GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE — BLACHEZ — G. DIEULAFOY — DREYFUS-BRISAC — FRANÇOIS-FRANK
A. HÉNOCQUE — L. LEREBOULLET — P. RECLUS

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XVIII — 1881



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

M DCCC LXXXI

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 6 janvier 1881.

Séance de l'Académie. Allocution du président sortant. Les nœuds du cordon ombilical.

Nos lecteurs, dont la majeure partie reçoit le *Bulletin de l'Académie de médecine*, y prendront connaissance de l'allocution prononcée par M. le président H. Roger au moment de céder le fauteuil à M. Legouest. C'est un plaisir auquel nous les invitons, ne pouvant, sous peine de double emploi, le leur procurer ici. Bornons-nous à dire que M. H. Roger a été dans cette circonstance un homme à double face; spirituel et rieur devant le ministre de l'instruction publique, triste et émouvant devant les tombes des collègues morts dans le cours de l'année qui vient de finir. Cette allocution a été accueillie par d'unanimes applaudissements.

— La discussion sur l'action nocive des nœuds du cordon ombilical a tenu encore presque toute la dernière séance de l'Académie, et, sauf l'intervention de M. Colin (d'Alfort), elle est restée circonscrite entre les mêmes membres. Ni les répliques opiniâtres, ni les interruptions répétées, ni les offres de paris de 1000, 2000, 10 000 francs, n'ont changé sensiblement l'état de la question. M. Guéniot a fait connaître le résultat d'une étude anatomique des cordons présentés par lui il y a trois semaines, étude faite par M. le docteur Farabeuf. Sur un des cordons, l'artère était oblitérée par des grumeaux sanguins dont l'aspect dénotait, au dire de M. Guéniot, qu'ils étaient d'origine ancienne. Mais, comme l'ont fait remarquer avec raison M. Depaul et M. Tarnier, il est, d'une part, assez difficile d'assigner une date à la formation de ces caillots, et, d'autre part, c'est un fait commun à presque tous les fœtus morts, n'importe par quelle cause, que la présence de concrétions sanguines, grisâtres ou brunâtres, dans les vaisseaux du cordon. Quant aux inductions à tirer, dans les cas de nouure en général, de la perméabilité des vaisseaux à l'injection artificielle, M. Colin a fait valoir les mêmes arguments que nous avions nous-même présentés dans le dernier numéro. Il a soutenu que, chez le poulain, même tout près du terme, l'ondée sanguine de l'artère a peu de force comparativement à celle qu'on peut déployer avec une seringue. Nous nous en tenons, sur ce point, à ce que nous avons déjà dit; des expériences comparatives, dont un terme (qu'on peut d'ailleurs contrôler) a été déjà fourni sur les vaisseaux ombilicaux par M. Ribemont, peuvent seules résoudre la question.

Un seul des deux cordons, nous venons de le dire, était oblitéré sur la pièce présentée à l'Académie. A supposer que cela explique la mort d'un des fœtus, comment est mort le second? Par une sorte d'empoisonnement, répond M. Gué-

FEUILLETON

Un épisode de l'histoire de l'anesthésie chirurgicale au dix-septième siècle. — Médecins et chirurgiens au temps de Guy Patin.

Entre l'époque où parut le *Guidon* de Guy de Chauliac et la fin du dix-huitième siècle, où se publièrent les travaux de Sassard, de Bell, de Humphry-Davy, il s'écoula une longue période pendant laquelle il est probable que les moyens de diminuer la sensibilité à la douleur dans les opérations ne furent par complétement méconnus.

Cependant les chirurgiens des deux derniers siècles semblent les avoir oubliés, et la plupart de ces antiques recettes n'existent plus que dans les livres de magie et de sorcellerie. Peut-être nous venaient-elles de l'antiquité par l'intermédiaire des Arabes ou même de traditions populaires. En tout cas, employés longtemps dans un but coupable par les charlatans et les exploiteurs de la crédulité publique, ces procédés tombèrent, peut-être même pour ce motif, dans le discrédit, et furent abandonnés de la majorité des médecins et des chirurgiens. Aussi les modernes inventeurs *du vol et du viol au chloroforme* ont eu leurs précurseurs aux quinzième et seizième siècles dans les donneurs de philtres, dont le but était, non pas de rendre amoureux, mais de livrer, sans défense, au séducteur, l'objet de sa convoitise.

Peu importe d'ailleurs que les sorcières, ces *bonnes dames*, un peu trop réhabilitées par Michelet, aient usé de ces moyens dans un but criminel ou charitable ; ou bien que ces agents somnifères, entre les mains des imposteurs, aient servi à exploiter l'ignorance, la faiblesse ou les passions humaines; leur emploi dans de telles mains suffisait pour les discréditer parmi les médecins, à une époque où le simple soupçon de sorcellerie était un arrêt de mort. Le temps n'était plus où Paracelse, dans un moment d'enthousiasme,

niot, le sang du fœtus vivant ayant pu se mélanger avec celui du fœtus mort. De là un débat annexe sur la putréfaction possible du fœtus. Quoi qu'ait pu observer M. Colin sur le cheval, sur le chien, sur le mouton, sur n'importe quel animal, il est impossible d'accorder que, dans l'espèce humaine, la véritable putréfaction du fœtus ait été jamais observée sur un œuf intact, c'est-à-dire sans rupture des membranes. Le fœtus se macère ou se momifie, mais ne se putréfie pas (1). Ce sont principalement MM. Depaul et Blot qui se sont chargés de rétablir la vérité sur ce point. Nous ne savons si le premier, en faisant une description pittoresque du fœtus momifié, qu'il a comparé, après P. Dubois, à une prune confite, s'est souvenu du texte de Lempereur : « Le fœtus plongé dans le liquide amniotique, *comme un fruit dans une liqueur*, y éprouve *quelques-uns des changements qu'on observe dans ce dernier cas.* » Lempereur n'avait pas ajouté, il est vrai, que le fruit intra-utérin ressemblait plus spécialement aux « prunes de la mère Moreau »; mais M. Depaul en est-il bien sûr?

A. D.

(1) Nous avons entendu dire à un médecin vétérinaire, membre de l'Académie, et qui n'est pas M. Colin, qu'il avait rencontré plus d'une fois, chez la chienne, un œuf absolument intact et répandant une odeur de putréfaction ; mais à supposer que les membranes aient été réellement putréfiées, rien n'indique qu'il en ait été de même du fœtus. A. D.

Le système actuel d'assistance médicale en cas d'accidents, et les ambulances urbaines à New-York.

On ne peut dissimuler l'insuffisance des moyens de secours dont nous disposons à Paris en cas d'accidents ou de maladies subites. Le plus souvent, lorsqu'un malade ou un blessé tombe sur la voie publique, on le transporte chez le pharmacien le plus proche, où il reçoit les premiers soins. Mais l'installation de l'officine du pharmacien est presque toujours insuffisante au point de vue de son installation, et le médecin que l'on requiert à la hâte ne peut, le plus souvent, alors même qu'il arrive à temps, trouver tous les appareils nécessaires pour appliquer un pansement utile. Il faut ensuite transporter le blessé chez lui ou à l'hôpital. Le brancard manque ou se trouve difficilement; le temps se passe, et le malade peut mourir faute de soins intelligents et rapides. Pour remédier à un pareil état de choses, diverses propositions pourraient être soumises à l'appréciation de ceux qui ont le devoir de perfectionner les systèmes d'assistance publique adoptés jusqu'à ce jour. A ce point de vue, nous devons signaler la note récemment présentée à l'Académie de médecine par M. le docteur H. Nachtel (de New-York). Notre confrère, qui a vu de près le fonctionnement des *ambulances rapides* installées dans les divers hôpitaux de cette ville, et dès l'année 1869 à l'hôpital *Bellevue*, recommande avec instance l'organisation d'un service qui lui paraît excellent.

A l'hôpital Bellevue et dans les principaux hôpitaux de New-York, deux médecins, logés à l'hôpital et placés sous la direction de l'Assistance publique, sont chargés de répondre à tous les appels qui peuvent leur être adressés d'urgence en cas de maladie subite ou d'accidents arrivés sur la voie publique. Ces accidents sont signalés par voie télégraphique. Une boîte spéciale, adaptée à un poteau télégraphique de couleur rouge, disposée sur les trottoirs à l'instar de nos becs de gaz et fermée à l'aide d'une clef déposée dans la boutique ou le magasin le plus proche, est à la disposition de tout citoyen, qui peut, en cas d'urgence, faire parvenir un signal d'alarme à l'hôpital le plus voisin. Au reçu de ce signal, les ordres nécessaires sont transmis au médecin de service et aux écuries, où tout est constamment préparé pour le départ ; « de sorte que, *quarante-trois secondes* après que l'alarme a été donnée, l'ambulance sort de l'hôpital ». Cette ambulance est pourvue de voitures d'un modèle spécial, dont la description rappelle assez bien celle des voitures dites *voitures Masson*, adoptées par l'administration de la Guerre pour le transport des blessés. Elles renferment, de plus, les instruments et appareils indispensables pour un premier pansement, et une place réservée au médecin qui dirige l'ambulance. Le cocher, durant son trajet, fait marcher une sonnerie qui oblige toutes les voitures à s'écarter pour lui livrer passage. De cette manière, il peut arriver très rapidement au lieu du sinistre; le médecin se trouve donc en mesure de donner au blessé les soins nécessaires et de l'accompagner à son domicile ou le faire transporter à l'hôpital. Ceux qui connaissent l'organisation du service des incendies tel qu'il a été institué à New-York comprendront aisément combien il est, en effet, facile d'obtenir avec rapidité le départ d'une semblable ambulance. Nous n'insisterons pas sur les détails qui, dans la brochure publiée par le docteur Nachtel (1), fixent le prix minimum auquel peut revenir l'installation de ces ambulances rapides. Nous n'avons d'autre but, en rappelant ce travail, que de faire

(1) « Fonctionnement de l'ambulance urbaine de New-York, destinée à porter les premiers secours sur la voie publique, et utilité qu'il y a d'établir un service de ce genre à Paris, » par le docteur A. Nachtel (Paris, G. Masson, 1881).

---

dit-on, d'égarement, croyons-nous, jetant au feu les livres des Arabes, des Latins, des Grecs, déclarait que tout ce qu'il savait, il l'avait appris des *bonnes dames*, des bergers et des bourreaux.

A l'époque de la Fronde, où se placent les épisodes dont il est ici question, l'éclat du rire et du bon sens fait impitoyablement justice de tout ce qui touche au merveilleux. Dans la rue, la majesté du trône n'est plus même à l'abri des sarcasmes de la raison et on a chanté aux oreilles royales la Custode du lit de la reine. Au théâtre bientôt, Molière poursuivra de ses railleries « le diable et ses chaudières ». Dans l'Université, de sa plume alerte et malicieuse, avec la verve et le bon sens d'un Rabelais, Guy Patin se moque de la sottise humaine, non moins éternelle et non moins grande que l'impudence des charlatans et des imposteurs. Aussi, défenseur convaincu des droits et des prérogatives de sa chère Faculté parisienne, entraîné par une ardente activité qui, quelquefois, l'emportait jusqu'à l'injustice, Guy Patin, animé de l'esprit frondeur de son temps, ne luttait pas seulement par la parole contre les chirurgiens de Paris, les apothicaires ou les réclames de Théophraste Renaudot; il soutenait aussi de ses conseils épistolaires les confrères des autres villes du royaume dans leurs luttes judiciaires pour le maintien et le respect de leurs privilèges.

Semblable à un capitaine traçant à ses soldats le plan de l'attaque ou de la défense, il intervient, à titre de conseil, dans le procès intenté au chirurgien Nicolas Nailly par le Collège des médecins des Troyes. C'est par ses avis et ses encouragements belliqueux que Belin et ses confrères furent guidés dans leurs revendications contre ce chirurgien *qui donnait de son chef aux malades des remèdes internes pour les endormir et apaiser la sensibilité à la douleur dans les opérations.*

La brochure récente du docteur Guichet sur l'*Histoire de la médecine à Troyes;* les articles du même auteur publiés en 1878 dans l'*Union médicale;* les indications fournies par

quelques réflexions que nous paraît suggérer ce projet. Le service médical de nuit, créé à Paris depuis deux années environ, grâce à l'initiative du docteur Passant, a déjà obtenu un réel succès. Un nombre suffisant de médecins a répondu à l'appel adressé par l'administration de l'Assistance publique à tous ceux qui peuvent disposer de leur temps. Ne pourrait-on pas, dans les mêmes conditions, installer à Paris, dans les hôpitaux, et aussi — car les hôpitaux sont bien peu nombreux et bien éloignés les uns des autres — dans un certain nombre de quartiers populeux, des *postes de secours*, ou des ambulances, moins perfectionnées sans doute, mais très suffisantes à notre avis, et qui pourraient être mises en mouvement sur une réquisition faite par l'intermédiaire du télégraphe? Un médecin de garde qui obtiendrait l'autorisation de donner au poste de secours, transformé en *dispensaire*, des consultations publiques, serait ainsi jour et nuit à la disposition des agents de la préfecture de police, suffisamment nombreux à Paris pour être seuls autorisés à requérir son secours. Ces médecins, rétribués par la préfecture, consentiraient sans doute à accepter cette mission. Il faudrait peut-être plus de *quarante-trois secondes* pour les mettre en mouvement, mais il nous paraît certain que la population parisienne n'aurait pas à se plaindre si, en quelques minutes, ils se trouvaient toujours sur le lieu du sinistre. Les médecins de ces ambulances, recrutés parmi ceux qui sont chargés des dispensaires publics, des bureaux de bienfaisance, des services de l'état civil, etc., ou parmi les médecins non encore chargés des soins d'une clientèle nombreuse, accepteraient, au début de leur carrière, des fonctions qui leur permettraient, grâce aux consultations gratuites ou rétribuées qu'ils seraient appelées à donner au *poste de secours*, de ne pas perdre leur temps en attendant une réquisition en cas d'urgence. Point ne serait besoin dès lors d'installer définitivement, dans chacun de nos hôpitaux, des médecins spécialement chargés du service de l'ambulance urbaine. Le mode de fonctionnement du télégraphe destiné à mettre la population en relation directe avec les postes de secours nous semble excellent. Nous n'avons d'objections à adresser au système préconisé par le docteur Nachtel qu'au point de vue de l'institution d'un ordre spécial de médecins logés à l'hôpital et rétribués par l'Assistance publique. Nous nous bornons donc, pour aujourd'hui, à soumettre à qui de droit les réflexions que nous inspire la proposition qui a été soumise à l'approbation de l'Académie, et que reprendra sans doute, dans un avenir prochain, un de nos confrères du Conseil municipal. Il importe, à notre avis, de perfectionner le système actuel d'assistance publique en cas de maladie ou d'accident observés sur la voie publique; mais nous pensons qu'on pourrait, sans attacher à nos hôpitaux des médecins internes dont le recrutement nous paraît très problématique, assurer, à tous ceux qui en ont besoin, des secours à la fois rapides et compétents.

L. L.

HISTOIRE ET CRITIQUE

LES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE MORPHINE CONTRE LES DYSPNÉES.

On a beaucoup préconisé, dans ces dernières années, les injections hypodermiques de morphine dans les dyspnées. Si les travaux qui ont assuré le succès de cette méthode thérapeutique, ceux de Renault, Vibert, Gubler, Huchard, entre autres, ont donné lieu à quelques réserves dans les diverses sociétés savantes où les conclusions de ces mémoires ont été discutées, du moins le fait essentiel au point de vue pratique n'a été révoqué en doute par aucun clinicien. « La morphine fait respirer. » L'effet eupnéique, qui appartient d'ailleurs à la plupart des préparations opiacées classiques, est beaucoup plus sûr, plus rapide, quand on a recours à la méthode hypodermique.

Lorsque chez un individu en proie à une violente dyspnée on fait une injection de morphine à la dose de 5 milligrammes, par exemple, on constate au bout de quelques minutes que le nombre des respirations diminue, de 4 à 10 en moyenne, à mesure que celles-ci gagnent en amplitude et en force. Si, immédiatement après l'injection, on note quelquefois une légère accélération des mouvements respiratoires, c'est un effet passager qui doit être attribué à l'appréhension qu'éveille chez le malade cette petite opération ou à la légère douleur qui en est souvent la conséquence. Le mieux être est très prompt à se produire et la dyspnée est calmée quelquefois pour plusieurs heures; souvent même, lorsqu'il s'agit d'asthme, essentiel ou symptomatique, à marche paroxystique, l'accès est entièrement supprimé, et, comme l'a montré M. Huchard, pour certains asthmatiques, la morphine est le meilleur des palliatifs. D'autres fois, *non sublatâ causâ*, l'action médicamenteuse s'épuise vite et le malade réclame une nouvelle injection, dont il attend, à juste titre, le même soulagement.

M. Socard, l'obligeant et érudit bibliothécaire de la ville de Troyes, ont été les premiers guides de ces recherches. Ces renseignements ont été complétés par des documents émanés des Archives nationales, par des pièces imprimées du recueil Thoisy de la Bibliothèque nationale, et par plusieurs lettres de Guy Patin à Belin, lesquelles concordent par leurs dates et par leur texte avec différentes phases de ce procès.

Qu'était-ce donc que ce Nicolas Bailly, assez audacieux pour lutter contre l'autorité et les privilèges de l'antique communauté des médecins de Troyes? Etranger à cette ville, il s'y était installé quelques années auparavant, y avait ouvert boutique de *barberie*, à l'enseigne de *Saint Côme et Saint Damiens*, et s'y livrait à l'exercice de son art. Il prenait d'ailleurs le titre de maître barbier et chirurgien de longue robe de la Faculté et Université de Paris, portait longs habits et bonnet carré, et probablement bigarrait aussi son enseigne des boîtes distinctives de la profession de chirurgien. L'intervention des chirurgiens de longue robe de Paris en sa faveur, dans le cours du procès, donne tout lieu de croire qu'il appartenait réellement à la célèbre confrérie de Saint-Côme. C'était là peut-être même un grief vis-à-vis de l'ombrageux collège des médecins de Troyes, qui, peu d'années auparavant, en 1643, avait dû soutenir un procès contre les chirurgiens réunis. Il devait, par conséquent, redouter l'établissement à Troyes d'un chirurgien de longue robe, dont la corporation jouissait de l'antique privilège d'exercer dans toutes les villes du royaume.

D'ailleurs ce collège était inflexible; quelques années après le procès de Bailly, il se montra aussi implacable dans l'expulsion d'un médecin de Reims, qui, muni cependant de lettres patentes du roi, était venu se fixer à Troyes sans s'être soumis au jugement de la corporation. « Personne, disait-elle, chez les Romains, ne pouvait exercer la médecine qu'il n'eût été approuvé par ses pairs, *nisi judicio ordinis probatus, optimorum conspirante consensu.* »

Le second grief était fondé sur l'emploi de remèdes in-

Comment agit la morphine? La physiologie de ce médicament est trop imparfaitement connue pour qu'il nous soit possible de répondre d'une manière formelle à cette question. Certains expérimentateurs, comme M. Vulpian, veulent qu'il impressionne directement la cellule nerveuse, tandis que pour la majorité son action s'opérerait sur le système circulatoire. Ces derniers même sont loin de s'entendre. Pour Cl. Bernard, l'opium produit l'anémie cérébrale, tandis que Gubler soutient qu'il congestionne les centres nerveux, l'encéphale en particulier. Sans nous prononcer sur ces points si controversés, il nous sera permis seulement de constater, avec tous les cliniciens, qu'en fait, la morphine est surtout efficace dans les cas où la dyspnée s'accompagne d'anémie cérébrale, tandis qu'elle est, comme nous le verrons, plutôt contre-indiquée alors qu'il existe de la stase viscérale et surtout encéphalique.

D'ailleurs, il est établi que la morphine agit sur les pneumogastriques, et sur les nerfs moteurs du cœur en particulier. « De là, comme le dit fort bien M. Huchard (*Soc. clinique*, » 1878), à admettre qu'elle est un médicament bulbaire, il n'y » a qu'un pas à faire, et l'on comprendrait ainsi pourquoi, » par les modifications qu'elle imprime aux fonctions de la » respiration et de la circulation, elle pourrait, d'une part, » produire d'aussi bons résultats dans certaines affections du » cœur; d'une autre part, être douée d'une action si grande » contre l'élément dyspnéique. » Hypothèse à coup sûr, mais qui suffit à rendre compte des faits thérapeutiques.

D'une manière générale, la morphine est indiquée dans toutes les dyspnées. Les dyspnées d'origine pulmonaire sont, sans exception, justiciables de ce médicament. Lévi, puis Huchard, l'ont à juste titre préconisée dans l'asthme; tous les jours on l'emploie dans la phthisie, et récemment encore nous lui devions un soulagement considérable chez une malade atteinte de pneumothorax suraigu. La morphine n'est pas moins efficace quand la perturbation respiratoire tient à une lésion cardiaque. C'est dans les affections aortiques, comme l'ont successivement démontré Vibert, Gubler, Huchard, qu'elle rend le plus de services, et on peut dire jusqu'à un certain point qu'elle est souvent aussi précieuse pour ces affections que la digitale pour les lésions mitrales. Pour notre compte, nous n'oublierons jamais une malade du service de M. Gubler, atteinte d'insuffisance sigmoïde, avec une énorme dilatation de l'aorte, qui fut en quelque sorte tenue à flot, pendant plus d'une année, par les injections de morphine, et qui succomba le jour où, ayant quitté l'hôpital, elle fut prise d'une crise dyspnéique à laquelle on n'apporta pas le remède qui lui avait toujours réussi. La morphine trouve moins souvent son application dans les affections mitrales, dans les lésions dégénératives du myocarde; mais là encore elle rend parfois des services, alors que la digitale est impuissante et que les manifestations asystoliques sont des plus prononcées. Mais, dans ces cas, elle ne doit être, ainsi que nous allons l'indiquer, maniée qu'avec une extrême prudence.

D'ailleurs, cette médication est soumise à certaines lois, et reconnaît certaines contre-indications. Est-il nécessaire de rappeler ici combien la susceptibilité des malades à l'égard des préparations opiacées est variable? Il existe de « mauvais dyspnéiques » qui supportent mal la morphine. Aussi, on ne saurait trop insister sur ce point, ne doit-on jamais commencer par une injection contenant plus de 5 milligrammes de substance active. Cette dose est très souvent suffisante, et, en mettant à l'abri de tout accident, permet de tâter l'impressionnabilité du malade. En agissant ainsi, d'ailleurs, on peut, en renouvelant deux et trois fois dans la journée l'injection, perpétuer en quelque sorte l'effet thérapeutique. Du reste, lorsqu'il s'agit d'affections chroniques, on est condamné à élever progressivement la dose, et mieux vaut faire plusieurs injections à courts intervalles que d'employer une dose massive.

L'intolérance bien connue des enfants à l'égard des opiacés fait comprendre que cette méthode thérapeutique soit rarement utile chez eux. Toutefois cette règle comporte des exceptions : c'est ainsi que, l'été dernier, à l'hôpital Sainte-Eugénie, nous avons obtenu d'excellents résultats d'injections de morphine chez deux jeunes cardiaques rebelles à toutes les autres médications.

Existe-t-il, enfin, des contre-indications formelles à l'emploi sous-cutané de la morphine? On a prétendu que, dans certains cas d'angine de poitrine essentielle ou symptomatique, la mort subite a été la conséquence d'une injection. La question est difficile à résoudre; car comment, dans ce cas, faire, dans le dénouement fatal, la part de la maladie et celle du médicament?

En dehors de ces faits d'une interprétation nécessairement contestable, il est deux conditions morbides où l'on ne saurait recommander les injections de morphine. Quand il existe chez un malade, un cardiaque par exemple, des signes de stase cérébrale très prononcés, tels que somnolence, subdélirium, la morphine semble souvent aggraver les phénomènes morbides. L'injection est rapidement suivie d'un état de col-

---

ternes, de son chef, et sans ordonnance d'un des docteurs de la Faculté de médecine de Montpellier ou de Paris, agréé d'ailleurs par la communauté. Un édit du roi Charles V (3 octobre 1372), toujours en vigueur, avait permis aux barbiers chirurgiens de donner, de leur chef, non pas des remèdes internes, mais seulement « de fournir à ses sujets des emplâtres, oignements et autres médicaments convenables pour guérir toutes sortes de clous, bosses, apostèmes et autres plaies ouvertes non mortelles, mais étant en péril faute d'un prompt secours. » De plus, les médecins de Troyes appuyaient leurs prétentions sur des privilèges remontant à une haute antiquité et confirmés par un édit de François Ier, par lequel il était « inhibé et défendu à toute autre personne, sous peine de cent marcs d'argent d'amende, de prison et de punition corporelle, de pratiquer audit Troyes l'art et les sciences de la médecine, s'ils ne sont docteurs en l'art et sciences de la médecine de la Faculté et Université de Paris ou de Montpellier. »

A côté de ce Collège des médecins existait une corporation de barbiers chirurgiens, soumise à leur autorité et docile à leurs inspirations, surtout depuis le procès de l'année 1643.

A cette époque, la communauté des médecins de Troyes comptait parmi ses membres Antoine Maillet, Claude et François Huez, Sébastien Belin, Belin le père, alors malade, et Belin le fils, qui succédait à son père dans l'amitié de Guy Patin, Nicolas Sorel, Antoine Blampignon, procureur du collège, tous docteurs agrégés aux Facultés de Paris ou de Montpellier.

Telle était la situation quand, vers la fin de l'année 1650, Belin, dont l'autorité était grande sur ses confrères, demanda probablement à Guy Patin de lui tracer la marche à suivre pour réprimer l'audace de Nicolas Bailly, à qui peut-être même quelques succès commençaient à donner une certaine notoriété.

Il ne pouvait pas mieux s'adresser qu'au mordant critique,

lapsus qui amène parfois la mort, sans qu'aucun excitant puisse faire disparaître la torpeur où est tombé le malade.

D'autre part, la morphine ne doit être employée qu'avec les plus grandes précautions dans les affections cachectisantes. Sans doute, dans la phthisie pulmonaire, à cette période où le médecin ne peut plus songer qu'à soulager, on obtient parfois les résultats les plus inespérés d'une faible injection de morphine, qui atténue la dyspnée en même temps qu'elle ranime le malade épuisé. Mais souvent aussi, en même temps que la dyspnée s'apaise, le phthisique tombe dans un état de torpeur, de somnolence, et enfin de coma, avant-coureur d'une mort prochaine. Plusieurs fois, alors que nous expérimentions cette méthode thérapeutique sous la direction de notre vénéré maître Gubler, nous avons cru voir — il y a là une impression plutôt qu'une certitude absolue — que la morphine accélérait le dénouement fatal, tout en le rendant moins pénible, tout en supprimant les dernières angoisses. Il semble dans ces cas que la morphine endorme la résistance à la mort. Il faut donc, et ceci est une question fort ardue de tact médical, jauger en quelque sorte le degré de vitalité du malade; lorsqu'on sent, par la petitesse, l'irrégularité du pouls, que sa résistance vitale est épuisée; lorsque surtout la somnolence, le subdélirium, font soupçonner une hyperhémie cérébrale très prononcée, on devra s'abstenir, puisqu'il n'est jamais permis au médecin d'abréger, fût-ce de quelques instants, la vie de son malade.

En résumé, sauf ces deux contre-indications, stase cérébrale et épuisement de la vitalité, l'injection de morphine, à faible dose, est le meilleur agent eupnéique que nous possédions.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

De la conduite de l'opérateur en face des corps étrangers engagés au niveau de la glotte, par M. le docteur M. Krishaber.

De la question des corps étrangers du larynx je ne toucherai qu'un point de pratique; un des plus importants, il est vrai : le cas de corps étrangers engagés au niveau de la glotte. Il est peu de situations où la vie du malade soit aussi directement entre les mains de l'opérateur, où le succès dépende aussi complètement du mode opératoire employé; la moindre manœuvre intempestive de la part du chirurgien pouvant aggraver le mal, en faisant choir le corps étranger dans la trachée ou dans les bronches.

La question se pose toujours très simplement : Fera-t-on l'extraction par les voies naturelles ou par la voie sanglante? Puis, le choix étant fait, par quel moyen l'exécution sera-t-elle la plus sûre et la moins dangereuse?

Les faits que j'ai observés me paraissent de nature à poser nettement les éléments du problème et à en faire connaître la solution. Deux de ces faits sont, pour ainsi dire, identiques; et comme ma conduite a été différente dans les deux cas, les avantages et les inconvénients des procédés opératoires se présentent face à face et permettent de conclure.

Par une de ces singulières coïncidences dont la clinique hospitalière n'est pas avare, j'ai été appelé, à court intervalle, dans deux hôpitaux de Paris, auprès d'individus qui avaient, l'un et l'autre, laissé tomber dans les voies respiratoires une pièce de 50 centimes; dans les deux cas ce corps étranger était placé au niveau de la glotte. Voici la première observation :

Obs. I. — Un ouvrier de trente-six ans se présente à la consultation de l'hôpital de la Pitié, déclarant que, la veille, une pièce de 50 centimes qu'il avait dans la bouche s'était, pendant un éclat de rire, engagée dans les voies aériennes. Cet individu me fut adressé par M. le professeur Verneuil, et se présenta chez moi dans l'après-midi. Je constatai, à l'examen laryngoscopique, la présence dans la cavité du larynx de la pièce d'argent. Elle était placée en travers, entre les cordes vocales supérieures et inférieures, couchée à plat, les bords engagés dans les ventricules de Morgagni. Les cordes vocales supérieures recouvraient environ le tiers de la pièce, dont la blancheur éclatante tranchait nettement sur la coloration foncée de la muqueuse enflammée tout autour. Un certain degré de suffusion œdémateuse avait déjà envahi les aryténoïdes et les replis aryténo-épiglottiques. La glotte n'était pas complètement obstruée; la moitié environ de la portion interaryténoïdienne laissait à l'air un étroit passage, et la respiration, pénible assurément, pouvait encore s'effectuer cependant d'une façon presque suffisante. Les cordes vocales inférieures, couvertes par la pièce, étaient invisibles.

Je ne crus pas devoir tenter immédiatement l'extraction, et je renvoyai le malade à la Pitié, où M. Verneuil le reçut dans son service.

Le lendemain, l'examen laryngoscopique fut renouvelé à l'hôpital, et M. Verneuil put, ainsi que ses nombreux élèves, faire la constatation que j'avais faite la veille. L'extraction du corps étranger me fut confiée.

J'employai d'abord un mode opératoire qui, dans un cas analogue, chez un enfant, m'avait pleinement réussi : le malade fut couché à plat ventre, en travers du lit, la tête fortement penchée en dehors et en bas. Je m'accroupis à terre, et, introduisant l'index de la main gauche jusqu'au niveau de l'épiglotte, je glissai le long de mon doigt une pince laryngée. Je sentis distinctement la pièce, et par deux fois je pus la saisir; mais les mors de la pince glissèrent, et je ne ramenai pas le corps étranger.

---

qui, élevé par la Faculté, l'année précédente, aux honneurs du décanat, venait d'être confirmé dans cette charge pour l'année 1651. L'humeur caustique et batailleuse de Guy Patin, le libre accès qu'il avait su s'ouvrir dans les grandes maisons par l'originalité et la vivacité de son esprit, l'intimité de ses relations avec le premier président de Lamoignon, faisaient de l'ancien correcteur d'imprimerie, devenu le chef de la Faculté de Paris, l'homme le plus apte, par son caractère et par son influence personnelle, à diriger la marche de ce procès. A ces avantages et à la pénétration de son intelligence, aiguisée d'ailleurs par les disputes et les controverses, il joignait une expérience personnelle de la basoche, qu'il avait acquise dans ses récents procès. De plus, il portait aux chirurgiens, alors toujours enclins à franchir les limites de leur art, une haine aussi vive qu'aux apothicaires, « à ces fricasseurs d'Arabie, à ces coions d'apothicaires », qui ont pris « trop de pouvoir sur l'honneur de la médecine. Il est grand temps de les rabattre ou jamais on n'en viendra à bout » (24 avril 1647). Aussi avec quelle ardeur et par quels encouragements Guy Patin répondit-il à la lettre de Belin.

« Pour les chirurgiens barbiers, écrit-il le 14 janvier 1651, ils ne sont reçus qu'avec notre approbation et examinés qu'en notre présence, et il ne leur est permis de faire que la chirurgie, point du tout de pharmacie; surtout ni purgatif, ni narcotique aucun, *sine præscriptione medici*. Si le vôtre donne des pilules narcotiques, il pourra bien y être attrapé. Cette sorte de poison en a trompé de plus fins : prenez-y garde, épiez ses actions et ne lui pardonnez point. *Sic quoque habent pharmcopei sua munia ab illis distincta*..... Quand chacun fait son métier, les vaches sont mieux gardées. Votre lieutenant général doit régler cela à votre requête, pour le bien du public, et empêcher les abus de l'art, qui est si chatouilleux, *propter metum mortis omnibus familiarem, tantus amor vitæ*. Saint Augustin a bonne grâce de dire quelque part : *Nemo vult decipi, nemo vult perturbari, nemo vult mori*. Le peuple est encore si sot, si ignorant,

Sur un enfant ce procédé est d'une exécution facile (j'en donnerai un exemple dans un instant), parce que le doigt indicateur est assez long pour pénétrer jusque dans la cavité du larynx; mais, dans le cas présent, je ne pouvais, à cause de la dimension des organes, franchir avec le doigt le bord de l'épiglotte, et ma pince, perdant son conducteur au moment où il lui était le plus nécessaire, fouillait aveuglément dans la cavité du larynx. Je dus renoncer à ce procédé. Cependant, grâce à la connaissance exacte que j'avais de la situation de la pièce, je pus, en modifiant mes manœuvres, faire de nouveaux essais. J'ai dit qu'une partie de l'espace interaryténoïdien était resté perméable; et comme, d'autre part, la pièce m'avait paru solidement engagée dans les orifices des ventricules latéraux, je pensai pouvoir tenter l'introduction d'une pince, le malade étant dans la situation verticale, sans m'exposer à précipiter dans la trachée le corps étranger.

Assis en face du malade et muni du miroir laryngé, dont l'image guidait mes mouvements, je parvins à glisser ma pince par l'étroite ouverture que j'ai signalée, jusque dans la portion sous-glottique du larynx. J'ouvris alors la pince, pour lui donner plus de volume par l'écartement des mors, et j'exerçai de bas en haut une forte traction; les rugosités des mors de la pince venant heurter contre la face inférieure de la pièce, je pus, sans la saisir, la déplacer de bas en haut et lui faire abandonner sa place. L'enclavement était tel que je dus déployer de la force pour ramener ma pince.

Le malade, qui sentait le corps étranger se déplacer, fit un mouvement de rejet; mais la quantité de mucosités et de sang qui s'était accumulée dans l'arrière-gorge provoqua un mouvement involontaire de déglutition, et la pièce fut avalée. Aussitôt après, nous pûmes constater au laryngoscope qu'elle avait disparu; le larynx était vide, les cordes vocales et la trachée se voyaient nettement. Tous les troubles cessèrent à l'instant, le malade put manger; puis il se mit au lit et s'endormit. La rougeur de la muqueuse persista quelques jours et disparut complètement. En quittant l'hôpital, cet homme put reprendre son travail.

Obs. II. — *Dans le second cas*, il s'agit d'un journalier de trente-cinq ans qui, ayant mis dans sa bouche une pièce de 50 centimes qu'il venait de recevoir comme pourboire, fit un mouvement intempestif d'aspiration, et sentit aussitôt la pièce s'engager dans les voies respiratoires.

Il se présenta à l'hôpital Lariboisière et fut admis par M. Humbert, remplaçant de M. Labbé. De là le malade fut envoyé dans le service de M. Proust, chargé du dispensaire laryngoscopique de Lariboisière. C'est là que je vis le malade. Il avait été examiné déjà par le chef de service et par les élèves; nous pûmes tous constater la présence, au niveau de la glotte, de la pièce d'argent. Elle était placée identiquement comme sur le sujet de ma première observation, c'est-à-dire enclavée entre les cordes vocales supérieures et inférieures, couchée à plat, engagée de chaque côté par son bord dans le ventricule de Morgagni. Comme on dispose à Lariboisière de l'éclairage à la lumière oxyhydrique de Drummond, l'examen fit voir la pièce avec un éclat tel qu'on put distinguer nettement son effigie. La glotte n'était pas complètement obturée; un étroit espace de la portion interaryténoïdienne permettait encore le passage de l'air. On entendait la respiration à distance, mais le bruit qu'elle causait ne pouvait cependant pas être considéré comme un véritable cornage; quoique difficile, la déglutition permettait encore au malade de se nourrir. Les replis thyro-aryténoïdiens étaient légèrement boursouflés.

M. Proust m'ayant confié le malade, je me proposai cette fois d'enlever le corps étranger par les voies sanglantes. Quoique j'eusse, chez mon premier sujet, pu saisir avec la pince la pièce de monnaie et la dégager de la glotte, je n'avais pu la ramener au dehors, et le résultat ne m'encourageait pas à suivre la même marche. Sans doute, une pièce de 50 centimes peut impunément tomber dans l'estomac d'un adulte; mais, la première fois, le hasard m'avait secondé, et je ne pouvais me proposer d'avance pour but de faire passer le corps étranger des voies respiratoires dans les voies digestives. Je préférai procéder par la voie artificielle; je me proposai d'ouvrir la trachée, et, par la plaie, de repousser la pièce de bas en haut.

Désireux de faire le tamponnement préalable de la trachée au moyen de la canule de Trendelenburg, je différai l'opération de quelques jours, n'ayant pas cet instrument à ma disposition; mais la situation du malade s'aggravait et se compliquait d'un œdème constamment croissant du larynx; je ne pus pas attendre plus longtemps et me décidai à faire la trachéotomie. Bien que je me fusse, pour l'opération, servi du thermocautère, il y avait eu une hémorrhagie assez abondante, et je préférai, dans ces circonstances, remettre à quelques jours le second temps de l'opération, l'extraction du corps étranger.

Au bout de quelques jours, la plaie avait l'aspect grisâtre des surfaces suppurantes; l'écoulement du sang dans la trachée n'était plus à craindre, la respiration était assurée; le second temps de l'opération fut décidé.

Voici comment j'opérai : Le malade fut couché sur le dos et chloroformisé; lorsqu'il fut endormi, je fis renverser fortement la tête en arrière, suivant le procédé de Rose pour les opérations intrabuccales. Je retirai la canule trachéale, et j'introduisis à sa place une grosse sonde de Béniqué que je poussai de bas en haut. Au niveau de la glotte, je sentis distinctement la résistance de la pièce de monnaie, qui fut déplacée; l'extrémité de la sonde arrivait dans la bouche et se montrait entre les lèvres. J'étais donc bien sûr d'avoir repoussé la pièce, mais je ne pus l'apercevoir dans la bouche. Le malade étant sans connaissance, je dus attendre son réveil pour l'examiner au laryngoscope, et je constatai alors que la pièce de monnaie avait été déplacée, en effet, mais qu'elle n'était repoussée qu'au niveau de la base de l'épiglotte, contre laquelle elle était adossée, laissant libre l'espace glottique.

Je fis reprendre au malade la position horizontale; cette fois je le laissai éveillé, pour pouvoir être renseigné par lui-même. La même sonde fut de nouveau introduite par la plaie trachéale, de bas en haut, et poussée jusque dans la bouche. Le malade, questionné par moi, fit un signe de tête pour indiquer qu'il sentait dans la bouche le corps étranger; on l'assit vivement, il cracha : la pièce de monnaie se trouva au milieu d'une gorgée de sang et de salive.

La canule ne fut pas replacée; l'œdème laryngé disparut peu à peu, la plaie trachéale se cicatrisa en quelques jours, et le malade quitta l'hôpital en parfaite santé. Je l'ai revu depuis, il est absolument bien portant.

Voici la troisième observation :

---

qu'il a vérifié le dire de Pline. *In hac artium sola evenit ut unicuique se medicum profitenti statim credatur*..... Ce grain somnifère de votre chirurgien ne serait-il pas la même chose que donne votre M. Le Fèvre, qui en donna au cardinal de Richelieu la veille de sa mort? Plût à Dieu qu'il lui en eût donné vingt ans plus tôt! Quoi qu'il en soit, ce n'est pas grand'chose qu'un somnifère; c'est un poison qui enfin tuera quelqu'un. Cet insolent barbier ne se doit encore vanter de rien; il n'a point encore fait tant de miracles que celui-là, dans Plaute, qui se vantait d'avoir guéri *crus fractum Æsculapii; Apolloni autem brachium.* »

Guy Patin termine sa lettre en recommandant à ses confrères de Troyes d'agir comme la Faculté de Paris, de soumettre les chirurgiens à leur patronage et à leur autorité. « Nous avons ici tous les chirurgiens fort souples, *quia pendent a nobis*. La saignée les fait riches, mais ils sentent bien qu'elle est entre nos mains et leur gain aussi. Au reste, ils trous· ils voient comment nous avons traité les apothicaires et comme nous les avons presque anéantis. Il ne serait pas malaisé d'en faire de même des chirurgiens, s'ils n'étaient souples... »

Dans cette lettre, où la marche à suivre dans le procès est indiquée aux médecins de Troyes, Guy Patin s'inspirait, sans doute, de la conduite tenue, au siècle précédent, par la Faculté de Paris dans sa lutte contre les envahissements des chirurgiens de Saint-Côme. En vain, pour réprimer leurs empiétements, elle leur avait imposé le serment *intra parietes*, serment dont le docteur Chéreau, avec son habituelle érudition, nous a fait connaître les formalités dans le récit qu'il a publié de la réception de Jean Pisis, le 19 juin 1408. (*Union médicale*, 1874.)

Deux siècles plus tard, au temps de Guy Patin, les chirurgiens étaient devenus, quelques-uns du moins, des artistes de talent, et avaient acquis la confiance des malades et la faveur des grands. L'ombrageuse Faculté, dans le but de contenir leurs écarts hors du terrain de la chirurgie et de

Obs. III. — C'est celle d'un paysan amené, comme le précédent malade, à la clinique laryngoscopique de Lariboisière. Il avait eu l'occasion de consulter en province, au moment de l'accident, M. le docteur Marchand, chirurgien des hôpitaux de Paris, et qui lui avait donné le conseil de venir se faire opérer à Paris.

M. Proust constata, à son dispensaire, la présence au niveau de la glotte d'un volumineux éclat d'os. Mon honorable confrère amena le malade chez moi, et là nous l'examinâmes ensemble: un morceau d'os plat fortement fiché dans la muqueuse laryngée avait à peu près la même position que les pièces de monnaie dans les observations précédentes,

Le cas était moins grave, l'extraction par les voies naturelles ne me paraissant présenter aucun danger. L'éclat d'os était, en effet, si fortement fixé dans les tissus, qu'on ne courait aucun risque de le déplacer par un simple attouchement, ni, par conséquent, de le faire choir dans les voies respiratoires.

Il fallut employer de la force pour le saisir entre les mors d'une pince et en faire l'extraction par arrachement; c'est ce que je fis dès la première séance, en présence de M. Proust, avec un plein succès. Après l'extraction, l'éclat d'os s'est brisé en trois morceaux d'inégale grosseur : le plus gros est plat, de forme irrégulière, déchiqueté sur les bords, long de 12 millimètres et large de 8 millimètres; les deux autres débris ont ensemble à peu près la moitié du volume du premier et lui ressemblent par la forme.

Le malade rentra chez lui et n'éprouva plus aucun accident.

Enfin la quatrième observation est celle-ci :

Obs. IV. — Une fillette de neuf ans, auprès de laquelle je fus appelé par M. le docteur Dupuy. En jouant, cette enfant avait, dans un éclat de rire, aspiré une petite plaquette de cuivre qu'elle tenait à la bouche. Immédiatement elle fut prise de toux et d'une douleur assez vive qu'elle reportait à la région laryngienne. La présence du corps étranger dans les voies respiratoires était indubitable. M. Dupuy avait fait administrer un vomitif qui était resté sans effet. Je vis l'enfant six heures après; sa respiration n'était pas bruyante, mais rapide et gênée; la voix était éteinte, une petite toux incessante révélait l'existence d'une irritation locale ; mais il n'y avait pas de spasme proprement dit.

J'examinai l'enfant au laryngoscope, et je constatai immédiatement l'existence d'un corps métallique brillant dans la cavité du larynx, au niveau des cordes vocales. C'était une plaquette dont la pareille m'était présentée par les parents, ressemblant à un de ces petits ornements de cuivre dont sont munies certaines étoffes algériennes.

La plaquette avait la forme et les dimensions d'une pièce d'argent de 20 centimes.

Je fis coucher l'enfant à plat ventre, en travers sur un lit, de façon que la tête dépassât le bord du lit, la face tournée vers le sol; je m'agenouillai devant l'enfant, et de l'index de la main gauche je pénétrai jusqu'au vestibule du larynx, en renversant l'épiglotte en avant et en l'aplatissant contre la base de la langue. Je frayai ainsi un passage libre à une pince laryngée très mince que j'introduisis de la main droite, et je pus saisir la pièce de cuivre et l'extraire.

Dans ce procédé opératoire, j'attache de l'importance à deux éléments de succès : la position de la tête et l'introduction du doigt dans le larynx. La position de la tête doit être telle que le corps étranger, étant déplacé, ait une tendance naturelle à tomber à terre, ce qui n'aurait pas lieu si le patient était opéré debout ou assis. On peut même ajouter qu'avec certains corps étrangers, il y a un inconvénient grave à opérer, le patient étant assis, comme pendant l'examen laryngoscopique, car il suffirait qu'une petite pièce comme celle dont il est question ici se plaçât verticalement après avoir été saisie, pour tomber entre les lèvres de la glotte. C'est dans cette crainte que je me suis bien gardé de tenter l'extraction en m'éclairant du miroir laryngé. L'introduction du doigt jusque dans le vestibule du larynx n'est pas moins utile ; elle permet de conduire la pince avec une sécurité pour ainsi dire infaillible.

L'enfant dont il est question ici a récupéré instantanément tout l'éclat de sa voix, toute la liberté de sa respiration ; quelques instants après elle se mit à jouer et paraissait très pressée d'oublier son accident.

Dans les quatre observations que je viens d'exposer, trois fois les corps étrangers furent ramenés par les voies naturelles et une fois par une voie artificielle.

Je n'hésite pas à déclarer que c'est ce dernier procédé que je préfère pour l'extraction des corps étrangers qui, par leurs caractères physiques, peuvent, comme les pièces de monnaie, s'échapper facilement du côté de la trachée.

L'observation II prouve combien par cette voie l'extraction est facile et sûre; l'observation I montre, au contraire, que, si l'extraction peut être effectuée chez l'adulte par les voies naturelles, elle est pleine de périls et d'incertitudes ; il n'y a de raison de la tenter que chez les enfants, parce que le doigt indicateur peut servir de conducteur à la pince jusqu'au corps étranger; l'observation IV nous en a donné l'exemple.

Quant aux corps étrangers qui sont retenus au-dessus de la glotte par leur volume ou par leur adhérence aux tissus, il y a tout avantage à les extraire par les voies naturelles (observation III).

Lorsque, se basant sur la nature du corps étranger et sur sa situation, le chirurgien s'est décidé à pratiquer l'extraction par la voie sanglante, il lui reste encore à choisir entre deux procédés : extraire par la plaie ou par la voie naturelle.

La seconde manière de faire me paraît infiniment plus sûre. L'extraction par la plaie exigerait une incision à proximité immédiate du corps étranger, et un écartement de la plaie suffisant pour lui livrer passage; or cette manœuvre, qu'il faudrait faire avant que le corps étranger fût saisi, serait tout à fait propre à lui faire perdre sa position et à le précipiter dans la trachée. Il m'eût été loisible d'ouvrir l'espace cricothyroïdien et de pénétrer avec une pince dans le larynx; mais il ne fallait qu'une petite impulsion, qu'une secousse im-

---

réprimer les abus, substitua au serment *intra parietes*, toujours violé, un acte plus solennel, la déclaration par devant notaire, moyen qui parut préférable pour soumettre les chirurgiens, *quia toti pendent a nobis*, selon l'expression de Guy Patin.

Tel était l'esprit qui animait les médecins du temps envers les chirurgiens.

Tout en faisant la part du charlatanisme dont ceux-ci étaient alors assurément capables, il faut donc tenir compte de l'époque où se déroulait le procès, et aussi de l'aigreur dont Guy Patin était coutumier dans toutes ses querelles; témoin sa violence, qui, dans la dispute au sujet de l'antimoine, l'emporta à déchirer ses amis avec autant de rage qu'il en mettait à mordre ses nombreux ennemis.

Le pétulant doyen ne se contenta pas de la première lettre, et, quinze jours plus tard, le 31 janvier 1651, il en adressait à Belin une deuxième, plus ardente encore que la première : « Je vous dirai que vous ne sauriez manquer de poursuivre votre barbier, donneur de grains, et qu'enfin vous aurez un arrêt qui le condamnera. Les attestations dont il se vante ne sont nullement recevables : si elles sont de malades qui se disent en avoir été soulagés, elles peuvent être fausses ou mendiées; si elles sont de médecins, ceux-ci n'ont pas de pouvoir sur vous : *pares in parem non habent imperium*, » à moins d'être commis comme experts par la cour.

Offrant ensuite l'intervention de la Faculté de Paris et l'appui de son autorité, d'autant plus naturel que certains médecins du Collège de Troyes lui étaient agrégés, il ajoute : « Si le compagnon fait mine de se défendre, il ne manquera pas d'être renvoyé devant nous; et, ainsi, peut-être qu'il vaudrait mieux que nous ne nous déclarassions pas ses parties, afin de pouvoir devenir ses juges... Si vous voulez obtenir notre intervention, que vous aurez facilement, il faudra que vous nous présentiez requête, de laquelle je serai porteur et la ferai entériner. »

Guy Patin voyait bien dans cette lutte autre chose qu'une

primée par ma main ou par un accès de toux, pour que la pièce de métal, qui, fort heureusement, était arrêtée au niveau du rétrécissement glottique, tombât dans la portion sous-jacente du larynx. N'eût-il pas été bien imprudent de provoquer par des attouchements directs de la muqueuse ces accès de toux qui auraient tout au moins contrarié grandement mes tentatives d'extraction?

L'opération que M. Verneuil a si judicieusement appelée la taille laryngée, la section médiane du thyroïde, n'aurait pas moins de danger; au contraire. Il faudrait que la section fût faite exactement entre les deux cordes vocales; en outre, je sais par expérience, pour avoir fait cette opération dans un cas de polype du ventricule, combien il est difficile d'écarter les deux valves du cartilage. Au surplus, cet écartement aurait précisément pour effet de dilater le point de l'organe dont l'étroitesse est la seule sauvegarde contre la chute du corps étranger dans la trachée et les bronches.

Mieux vaudrait ouvrir l'espace crico-thyroïdien, y placer une forte canule qui fermerait l'espace sous-glottique et empêcherait, en cas de déplacement, la chute du corps étranger jusque dans la trachée; on tenterait alors l'extraction par la bouche, le malade étant assis et éclairé.

Malgré les avantages de ce dernier procédé, je préfère celui que j'ai employé, comme étant plus sûr et plus expéditif. Il a en outre l'avantage de ne pas nécessiter de la part de l'opérateur l'habitude, encore peu répandue, de manœuvres avec l'aide du laryngoscope.

Conclusions. — Parmi les corps étrangers arrêtés au niveau de la glotte, il faut distinguer entre ceux qui sont fichés dans la muqueuse: éclats d'os, arêtes, épingles, etc., et ceux qui n'adhèrent pas à la surface de la membrane: pièces de monnaie, médailles, noyaux, etc.

Pour les premiers, l'extraction doit être faite par les voies naturelles, sans opération sanglante préalable.

Pour ceux de la seconde catégorie, c'est aussi par les voies naturelles qu'il faut tenter l'extraction; mais seulement après avoir ouvert et au besoin même tamponné la trachée, de façon à assurer la respiration et surtout à prévenir la chute du corps étranger dans les voies respiratoires sous-laryngées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BECQUEREL.

Des effets de l'arrachement de la partie intracrânienne du nerf glosso-pharyngien. Note de M. *Vulpian*. — On peut, sur le chat, enlever, par avulsion et d'une façon isolée, la partie intracrânienne du nerf glosso pharyngien et le ganglion d'Andersch, que contient ce nerf, au niveau du trou déchiré postérieur. Il est donc possible d'étudier, à l'aide de ce procédé, l'influence de ce nerf sur la sécrétion des glandes salivaires et sur la circulation des diverses régions de la membrane muqueuse buccale.

Or, chez les chats sur lesquels la partie centrale du nerf glosso-pharyngien avait été arrachée depuis sept à quinze jours, la faradisation de la caisse du tympan, faite à l'aide d'un courant d'intensité moyenne, pendant dix à quinze secondes, après la mise à découvert et la section du canal de Stenon et du canal de Wharton, détermine dès les premiers moments une sécrétion abondante de salive sous-maxillaire, mais est sans effet sur la glande parotide (côté de l'arrachement).

Il paraît probable, d'après ces résultats, que le filet du rameau de Jacobson qui se rend à la glande parotide ne subit pas une altération anatomique notable dans les ramuscules qu'il fournit à cette glande, bien que son excitabilité soit diminuée; un examen microscopique, d'ailleurs incomplet, de ces ramifications, ne m'a pas permis d'y trouver des fibres altérées. La corde du tympan, du côté de l'opération, reste absolument saine; on n'y constate pas une seule fibre en voie d'altération. Elle ne subit, en un mot, aucune modification, soit anatomique, soit physiologique.

Du maïs. — M. *Fua* adresse un mémoire sur les propriétés hygiéniques et économiques du maïs. (Commissaires: MM. Bouillaud, Bouley, Chatin.)

Sur l'excrétion, par l'urine, de soufre incomplètement oxydé, dans divers états pathologiques du foie. Note de MM. *R. Lépine* et *Flavard*. — Ronalds (*Philosoph. Transact.*, 1846), et plus récemment MM. Voit, Schmiedeberg, Meissner, Sertoli, Kulz, Gscheidlen, Lœbisch, Munk, Salkowski, Thudichum, etc., ont insisté sur le fait qu'à l'état physiologique l'urine de l'homme et de plusieurs animaux renferme divers composés sulfurés dans lesquels le soufre n'est pas à l'état d'acide sulfurique.

Les auteurs ont pu constater, dans bon nombre de cas d'ictère, que l'acide sulfurique artificiellement produit figurait pour plus de 25 pour 100, et parfois même pour plus de 40 pour 100 de l'acide sulfurique total, le chiffre de l'acide sulfurique préexistant n'étant d'ailleurs pas abaissé par rapport à celui de l'azote. Dans plusieurs cas de cirrhose atrophique, ils ont aussi observé un excès relatif de soufre incomplètement oxydé, mais moindre en général. Ils pensent qu'un obstacle à l'écoulement de la bile est une condition fort importante pour la production de l'excès en question. Au contraire, dans les cas où la sécrétion de la bile est réduite au minimum, son excrétion restant libre, il semble y avoir dimi-

---

simple querelle personnelle, et en voici la preuve dans ces mots qui terminent sa lettre: « Tout cela servira à contenir les autres en leur devoir, tant apothicaires que chirurgiens. »

« Le donneur de pilules narcotiques » fut donc cité devant la juridiction de Troyes par requête présentée au juge ordinaire, sans doute conformément à l'avis de Guy Patin: « *ex communi voto omnium medicorum collegii*.

Nous trouvons dans la brochure du docteur Guichet l'extrait suivant de la défense que Nicolas Bailly présenta probablement devant le juge: « Ayant reconnu, disait-il, qu'en grandes » opérations, amputations de membres, contre-ouvertures, cau- » térisations actuelles et potentielles, bien souvent les malades » échappaient à son art, faute de dormir, il s'était étudié dans » les secrets de la nature, et enfin avait trouvé un cordial ou » essence merveilleuse qui endormait gracieusement les ma- » lades et apaisait la sensibilité à la douleur. »

Il y a loin de ce procédé aux simples « pilules narcotiques » dont Guy Patin parlait si dédaigneusement. Ce procédé, quel qu'il soit, mérite l'attention et la discussion: aussi nous y reviendrons plus loin.

Des incidents dont nous trouvons la trace dans la lettre suivante (5 juillet 1651) retardèrent probablement encore la marche du procès et la sentence du bailli de Troyes. « Faites tout ce que vous pourrez pour ranger cet impudent barbier, qui veut regimber, *tanquam malus cui non est intellectus*. » Il conseille d'agir, à l'égard de son fils, comme la Faculté de Paris avait fait à l'égard de celui de Renaudot: « Si ce fils fait l'entendu avec ses lettres de Montpellier, dites que vous doutez si ces lettres sont légitimes, s'il n'y a pas eu quelque surprise ou fausseté; que l'on vous en a donné quelque avis; et, là-dessus, demandez qu'il vous soit permis de faire la même chose que l'on fait à Rouen, Dijon, Bordeaux, Lyon, Amiens, Orléans, Nantes, Rennes et autres bonnes villes; qu'il soit examiné de trois examens différents, de quinze en quinze jours, par chacun de vos compagnons, en présence du magistrat; il sera plus savant qu'un ange si vous ne le défer-

nution, dans l'urine, du soufre non oxydé, et augmentation, par rapport à l'azote, de l'acide sulfurique préexistant. C'est du moins ce que nous avons pu voir dans plusieurs cas de foie gras, chez des phthisiques.

Des réactions de la zone du cerveau dite motrice, sur les animaux paralysés par le curare. Note de MM. *Couty* et *de Lacerda*.

L'un de nous a déjà montré que l'on pouvait réaliser diverses conditions dans lesquelles un animal, ayant perdu tous ses mouvements spontanés ou volontaires, conservait encore les phénomènes regardés comme démonstratifs de l'excitabilité de l'écorce grise du cerveau et de sa subdivision en centres fonctionnels localisés. En continuant nos expériences sur le curare, nous nous sommes servis de la propriété qu'a cet agent de supprimer complètement toutes les manifestations cérébrales, alors qu'il laisse encore intactes les fonctions des centres nerveux sous-jacents. L'animal curarisé, comme on le sait, perd d'abord ses mouvements volontaires, plus tard ses mouvements respiratoires, et plus tard encore les secousses asphyxiques ou réflexes d'origine médullaire. Nous avons donc étudié, sur neuf chiens et sur deux singes, l'état de l'excitabilité dite corticale à ces diverses périodes de la curarisation.

Au moment où l'animal, agité de secousses irrégulières, est encore capable de mouvements volontaires incomplets et mal coordonnés, la zone motrice nous a paru devenir un peu plus sensible à l'électricité : dans plusieurs cas, l'intensité du courant minimum nécessaire pour produire une contraction a légèrement diminué, et dans deux le nombre des mouvements produits par l'excitation du gyrus a augmenté; de plus, ces mouvements paraissaient plus amples, plus brusques, modifiés dans leur forme. Après ces premiers phénomènes inconstants, ou difficiles à voir, si la curarisation n'est pas graduée, l'animal perd complètement ses mouvements volontaires des membres, puis de la face; mais, à ce moment, l'excitabilité de la zone corticale dite motrice reste toujours intacte.

Cette excitabilité persiste complète ou à peu près, même après l'arrêt des mouvements respiratoires. L'animal ne peut plus mouvoir spontanément aucun de ses muscles, pas même le diaphragme; et cependant il reste capable d'exécuter tous les mouvements que l'on a attribué à la mise en fonctionnement de l'écorce grise, et à cette période le nombre de ces mouvements peut même être plus grand qu'à l'état normal.

Mais, à cette période aussi, d'autres mouvements persistent, et l'excitation du nerf sciatique ou encore l'asphyxie peuvent déterminer des secousses réflexes, irrégulières, mais très nettes, des membres et de la face. De même, dans deux cas de contracture des membres antérieurs, consécutive à une ligature médullaire, nous avons vu ces contractures médullaires, comme les phénomènes d'excitabilité dite corticale, persister après l'arrêt de la respiration spontanée.

Tous ces mouvements d'origine médullaire, mouvements réflexes, secousses asphyxiques ou mouvements par excitation corticale, disparaissent à peu près en même temps.

Tous les phénomènes produits par l'électrisation de l'écorce grise dépendent donc, non du cerveau, mais de l'état des centres nerveux sous-jacents; et puisque, sur les animaux curarisés, nous les voyons varier et disparaître avec les autres manifestations fonctionnelles de ces divers centres, c'est bien sur ces centres médullaires ou même médullo-sympathiques que vient agir directement l'électrisation du cerveau.

Sur le passage des globules rouges dans la circulation lymphatique. Note de M. *Laulanié*. — Les expériences de l'auteur l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° L'oblitération des vaisseaux veineux a pour conséquence nécessaire le passage des globules rouges dans les vaisseaux lymphatiques correspondants.

2° Il s'écoule entre le moment de l'oblitération vasculaire et l'apparition des hématies dans la lymphe un temps assez considérable (douze heures environ), pendant lequel des communications artificielles s'établissent entre les vaisseaux sanguins et lymphatiques; à moins qu'il n'existe, comme l'affirme M. Sappey, des voies naturelles qui s'agrandiraient sous l'influence de la stase sanguine.

3° Le nombre des globules rouges s'accroît dès leur apparition, jusqu'à la quarantième heure environ, pour osciller autour d'une valeur moyenne (70 à 80 par champ).

4° Les phénomènes physiologiques, comme la mastication, qui sont accompagnés d'une augmentation de la vitesse et de la pression sanguines, exagèrent notablement le passage des globules rouges et restent sans influence sur le nombre des globules blancs.

5° L'influence du système nerveux sur le phénomène est encore à déterminer.

Nouvelles recherches sur les organes du tact. Note de M. *L. Ranvier*. — Voici ce qui résulte des nouvelles recherches de l'auteur :

Les nerfs du tact du groin du cochon, après avoir pénétré dans l'épithélium, se divisent, se subdivisent et forment, à la surface des cellules de Merkel, des ménisques qui paraissent semi-lunaires lorsqu'ils sont vus de profil, sur des coupes faites perpendiculairement à la surface du tégument, étoilés et anastomosés par leurs prolongements lorsqu'on les observe de face.

Chez l'homme, au moment de la naissance, les nerfs du tact montent dans certaines papilles de la face palmaire des doigts et se terminent à leur sommet, immédiatement au-dessous des cellules de la première rangée du corps muqueux de Malpighi, en formant une arborisation dont les branches, bien que fort distinctes, sont plus ou moins tassées les unes sur les autres, comme par une poussée se faisant de bas en haut. A cette époque, l'arborisation terminale qui représente le corpuscule du tact embryonnaire n'est mélangée d'aucune espèce d'éléments cellulaires; mais au-dessous d'elle il existe un petit amas de cellules rondes, claires et bien nettes. En poursuivant ces recherches sur des enfants de divers âges, l'auteur a pu reconnaître les phases successives de la formation des corpuscules du tact, et a été conduit ainsi à apprécier plus exactement leur structure. Peu à peu les cellules, amassées d'abord au-dessous de l'arborisation terminale, en gagnent les côtés, l'enveloppent et s'insinuent entre ses branches. Bientôt le tout se limite, et il se forme ainsi un lobe du corpuscule du tact. Quelquefois le corpuscule reste unilobé; mais, le plus souvent, au premier lobe s'en ajoute un second et même un troisième

---

rez; cette rigueur apprendra à son père à être sage. Et, quand vous le recevrez, faites-lui signer pour les lois et droits de votre compagnie, afin que son père même ait un martel domestique, *nisi ad meliorem mentem revertatur.* »

Blampignon, procureur du collège des médecins, suivit l'avis de Guy Patin. Comme il en est fait mention dans l'arrêt du Conseil privé, il écrivit à un professeur de Montpellier pour savoir si réellement le fils de Nicolas Bailly était agrégé à la Faculté de cette ville. L'intervention du fils avait, dans ce cas, une importance considérable, comme le prouve la lettre de Guy Patin, qui insiste, on vient de le voir, sur les moyens de le désarmer.

Cependant des sentences furent rendues les 5 et 6 novembre 1651. Mais Bailly, peut-être même sans attendre ces sentences, s'était adressé déjà au parlement de Paris et avait obtenu, le 29 août de la même année, une permission d'informer et d'obtenir monition.

Le Collège des médecins ayant mis opposition à cet acte, la Cour du Parlement rendit, le 31 octobre 1651, en faveur de Bailly, l'ordonnance suivante, dont la minute existe dans le registre criminel du Parlement conservé aux Archives nationales : « Vu par la Chambre des vacations la requête présentée par Nicolas Bailly, bachelier du Collège royal des maistres chirurgiens de robe longue, demeurant à Troyes, plaise ordonner que, nonobstant l'opposition formée par la communauté des docteurs en médecine de la Faculté de Montpellier, demeurant à Troyes, à l'exécution de l'arrêt de la Cour du 29 août dernier, portant permission d'informer et obtenir monition en forme de droit, et à la publication de ladite monition... Tout considéré, ladite Chambre a ordonné et ordonne que, nonobstant et sans préjudice de ladite opposition..., ledit arrêt sera exécuté. »

Ch. Éloy,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*A suivre.*)

Ces nouveaux lobes se forment successivement et s'organisent absolument suivant le même mode que le lobe primitif.

Chez les jeunes enfants, ainsi que Langerhans l'a décrit et figuré, les fibres nerveuses qui entrent dans la composition des corpuscules du tact sont séparées par des lits de cellules.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE MM. H. ROGER ET LEGOUEST.

L'Académie reçoit : 1° une lettre de remercîment de M. Ehrmann, élu dans la dernière séance membre correspondant ; 2° des lettres de MM. les docteurs Terrier et Lannelongue, qui se portent candidats dans la section de médecine opératoire.

M. *Gosselin* présente, au nom de M. Lannelongue, une brochure sur les abcès froids et la tuberculose osseuse.

M. *Dujardin-Beaumetz*, de la part de M. le baron de Villafranca, une brochure sur les plantes utiles du Brésil.

M. *le Président* avant de quitter le fauteuil, prononce une allocution. Il commence par rendre compte de la visite faite par le Bureau à M. le ministre de l'instruction publique, et où le président, faisant allusion aux projets de nouvelle installation de l'Académie, a souhaité au ministre de vivre longuement, afin que le temps ne lui manque pas pour réaliser ces projets.

M. H. Roger a ensuite rappelé les principaux faits de la gestion présidentielle, et rendu un douloureux hommage aux collègues décédés pendant l'année 1880 (voy. au *Premier-Paris*).

NŒUDS DU CORDON OMBILICAL. — M. *Guéniot* s'excuse de revenir à une question qui ne peut intéresser que médiocrement l'Académie; il demande seulement la permission de lui communiquer une note relative à l'examen anatomique de la pièce communiquée dans l'avant-dernière séance. Cette note est due à M. Farabeuf, dont la compétence spéciale ne saurait être contestée.

De cette note il résulte deux faits principaux, à savoir : 1° les vaisseaux d'un des deux cordons étaient imperméables au niveau du nœud et contenaient du sang grumeleux ; 2° les vaisseaux du second cordon laissaient passer le liquide injecté au niveau du nœud. Si l'on rapproche ces faits des phénomènes observés, on s'explique la mort des deux fœtus. Le premier a succombé par suite de l'oblitération de son cordon ; le second a été pour ainsi dire empoisonné par la communication qui existait entre le sang du mort et le sang du survivant.

M. *Depaul*. Je viens d'entendre le récit des expériences et de l'examen pratiqué depuis la dernière séance sur la pièce de M. Guéniot. Ces expériences sont conformes à ce que nous observons habituellement. Il est, en effet, très fréquent de rencontrer après la mort un caillot obturateur dans les veines ; mais ce caillot s'est formé après la mort, et rien ne prouve qu'il ait existé ici pendant la vie.

Quant à cette sorte d'empoisonnement de l'autre fœtus, elle ne se comprend pas physiologiquement. Rien ne passait du fœtus mort au fœtus encore vivant.

M. *Colin* (d'Alfort). M. Tarnier a dit que la nodure double ou triple n'est pas un obstacle à la circulation fœtale, parce que les injections de liquide coloré peuvent franchir cet obstacle ; mais l'impulsion produite par le cœur du fœtus ne saurait être comparée à celle produite par une seringue. Dans une dissection pratiquée sur un poulain arrivé au neuvième mois de sa gestation, M. Colin a pu constater que les pulsations des vaisseaux funiculaires ne sont pas extrêmement énergiques. Il n'est donc pas surprenant que le fœtus ait succombé à une obstruction vasculaire qui, quoique insuffisante pour fermer complètement le calibre des vaisseaux, ait été cependant suffisante pour s'opposer au passage de la quantité de sang nécessaire à la vie du fœtus.

Quant à la mort du second fœtus, elle a pu avoir lieu par septicémie.

M. *Depaul*. M. Colin vient d'émettre des opinions sur l'obstétrique comparée que je ne puis admettre. Lorsqu'il dit que le second fœtus est mort par septicémie, il faudrait admettre que la putréfaction du fœtus ait eu lieu dans l'utérus. Or il est démontré que les fœtus de M. Guéniot n'étaient pas putréfiés.

M. *Tarnier*. M. Guéniot avait annoncé que les nœuds du cordon avaient déterminé la mort des deux fœtus dont il a présenté l'observation.

J'avais dit à la séance suivante que, pour que le fœtus puisse succomber par le fait de l'existence d'un nœud du cordon, il faut que les vaisseaux soient oblitérés. Or M. Guéniot n'avait pas dit dans sa communication que l'un des cordons était imperméable à l'injection et qu'il allait prier M. Farabeuf d'en pratiquer la dissection. Il a donc ajouté dans le *Bulletin* un fait qu'il n'avait pas présenté à la tribune.

M. Tarnier accepte néanmoins le fait, mais il demande à M. Guéniot si le caillot signalé dans un des cordons n'a pas été produit *post mortem*. Les expériences et les autopsies qu'il a pratiquées lui font supposer qu'il en est ainsi.

M. Tarnier admet qu'un des fœtus soit mort par oblitération du cordon ; mais le second fœtus est vivant. Pour le faire mourir il faut accepter l'explication de M. Colin et croire que le premier fœtus s'est putréfié et a communiqué la septicémie au second ; mais une telle explication est absolument contraire à l'observation journalière des faits.

Rien ne prouve du reste que le second fœtus ait été privé de sang par le fait de la mort du premier. Il peut se former une circulation suffisante par anastomose pour alimenter le fœtus qui a survécu à l'autre.

Les faits apportés à la tribune par M. Guéniot ne prouvent donc ni que le premier enfant ait succombé à l'oblitération du cordon, ni que la mort du second fœtus ait été la conséquence nécessaire de celle du premier.

M. *Colin* cherche à démontrer que la putréfaction peut avoir lieu dans l'utérus malgré l'intégrité des membranes. Cette assertion soulève de vives protestations de la part de MM. *Blot* et *Depaul*.

M. *Depaul* dit qu'il ne peut laisser passer ce que vient de dire M. Colin en ce qui concerne la putrescibilité du fœtus dans les membranes. Il conteste absolument la possibilité de ce fait non seulement en médecine humaine, mais aussi en médecine vétérinaire.

Nous voyons chaque jour des enfants morts dans la cavité utérine, et qui sont expulsés après y avoir séjourné plus ou moins longtemps après leur mort; ils sont expulsés et ne sont pas putréfiés ; ils ont subi une sorte de macération que Dubois avait comparé à celle des fruits confits. Ils ressemblent, ajoute l'orateur, aux « prunes de la mère Moreau. » Il y a donc à distinguer entre la putréfaction et l'altération particulière qu'on observe chez les enfants qui ont séjourné dans une cavité remplie de liquide et à l'abri du contact de l'air.

M. *Blot* dit que M. Depaul vient d'énumérer une partie des arguments qu'il voulait exposer pour combattre l'opinion de M. Colin. Il veut néanmoins signaler à l'attention de son collègue un ouvrage dans lequel il trouvera toutes les notions qui semblent lui manquer. C'est celui de Martin (de Lyon), dans lequel se trouvent parfaitement décrits la momification et la macération que subit le fœtus dans l'utérus lorsque les membranes sont intactes.

Lorsque les membranes sont rompues, les choses ne se passent pas de la même manière, M. Blot a eu il y a quelques années, l'occasion de délivrer, avec M. Tarnier, une pauvre femme chez laquelle la putréfaction du produit de la con-

ception était très avancée. Mais cette putréfaction n'aurait certainement pas eu lieu si les membranes n'avaient pas été ouvertes.

M. *Guéniot* répète que le second enfant a pu succomber par le mélange de son propre sang avec celui de l'enfant mort.

La discussion se termine par une proposition de M. Blot, qui offre 10 000 fr. à M. Colin s'il peut lui prouver que la putréfaction du fœtus peut avoir lieu dans l'utérus lorsque les membranes sont intactes. Il ajoute qu'il ne faut pas confondre la putréfaction avec la macération et la momification.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Dilatation rapide de l'urèthre chez la femme. — Paraplégie causée par un calcul de l'urèthre. extraction ; guérison. — Autopsie d'une coxalgie au début. — Élection du bureau pour l'année 1881. — Lecture des rapports sur les prix Duval et Laborie.

M. *Terrillon* lit un rapport sur un mémoire de M. Simonin (de Nancy) : *Faits récents de dilatation rapide de l'urèthre chez la femme.* Selon l'auteur, cette méthode doit remplacer les autres opérations préliminaires pour l'extraction de la pierre chez la femme. Pour faire cette dilatation, M. Simonin employa un *speculum*.

Le mémoire renferme deux observations inédites. Dans la première, il s'agit d'une cystite rebelle; on diagnostique un épaississement des parois de l'organe avec diminution de la capacité. La malade est endormie, et M. Simonin fait la dilatation rapide pour confirmer le diagnostic; il fit cette dilatation à deux reprises sans provoquer aucun accident.

Dans la deuxième observation, une femme de quarante et un ans avait dans la vessie deux calculs très résistants. Dans une première séance, dilatation rapide de l'urèthre et fragmentation des calculs. Il fallut employer neuf séances pour débarrasser la malade ; une violente cystite arriva après la dilatation; elle était peut-être causée également par les fragments de pierre et la présence des instruments.

M. *Després*. La question de la dilatation de l'urètre chez la femme a été discutée il y a trois ans à la Société de chirurgie ; c'est une bonne méthode pour extraire les calculs vésicaux peu volumineux, ou les gros calculs réduits en fragments.

M. *Sée* s'est servi des instruments de Simon pour dilater l'urèthre chez la femme. Il n'a pas observé d'incontinence d'urine à la suite de cette dilatation. M. *Terrillon* a soigné une femme atteinte de cancer de l'utérus et de la paroi antérieure du vagin ; il y avait en même temps une cystite très douloureuse avec besoins incessants d'uriner. Dilatation brusque de l'urèthre ; soulagement immédiat.

— M. *Sée* lit un rapport sur une observation de M. Dieu (de Sétif) : *Paraplégie survenue à la suite de la présence d'un calcul dans l'urèthre ; extraction du calcul ; guérison.*

Un militaire de vingt-trois ans, ayant eu une blennorrhagie en 1879, avait remarqué que depuis plusieurs mois le jet d'urine diminuait; peu à peu survint une incontinence d'urine. Au moyen d'une bougie à boule, on rencontra un obstacle à 2 centimètres du méat.

Quelques jours après, M. Dieu introduit une bougie conductrice qu'il laisse à demeure. Des accès de fièvre survinrent; sulfate de quinine. L'uréthrotome de Maisonneuve ne put être introduit.

Le 8 février, le malade ne put remuer les orteils.

Le 9, nouvel accès de fièvre; faiblesse des jambes. On diagnostique une paraplégie réflexe urinaire, déterminée probablement par la présence de l'uréthrotome dans le calcul. M. Dieu résolut de faire la dilatation. Il passa successivement les bougies 7, 8, et 9 de la filière Charrière ; alors il s'assura qu'il y avait un calcul derrière le rétrécissement. Le 15, la paraplégie décroît.

Le 22, uréthrotomie externe sur conducteur ; extraction du calcul, qui avait la forme d'un clou de girofle.

Le 8 avril, le malade est complètement guéri.

Il est rare qu'une blennorrhagie simple donne un rétrécissement si serré ; la prostate était volumineuse, on ne put faire l'uréthrotomie interne. M. Dieu attribue la paraplégie à l'irritation produite par le calcul, et cependant elle s'améliora alors que le calcul n'était pas encore enlevé. On peut l'attribuer aussi bien aux tentatives d'uréthrotomie interne. En tout cas, c'est une paralysie réflexe suite de l'irritation de la muqueuse uréthro-vésicale.

M. *Le Dentu*. L'an dernier, un malade entre à l'hôpital avec un rétrécissement de l'urèthre ; un peu de cystite chronique. Le sujet, très nerveux, marche difficilement ; signes de paraplégie ; atrophie très marquée dans la jambe gauche ; faiblesse musculaire des deux jambes avec plaques anesthésiques. Quand le canal fut dilaté, le jet d'urine reprit de la force. C'est sous l'influence du rétrécissement de l'urèthre que s'étaient développées la paralysie et l'atrophie musculaire. M. Le Dentu fit la divulsion, les signes de paraplégie et d'atrophie diminuèrent bientôt.

M. *Le Dentu* a dans son service un autre malade à qui il a enlevé en octobre dernier un calcul du rein de 32 grammes. Le lendemain, hémianesthésie à peu près complète, qui diminua sans disparaître complètement. C'est ici l'opération qui est la cause de ce trouble nerveux.

— M. *Lannelongue* a fait trois autopsies de coxalgie au début; il a trois fois trouvé les mêmes lésions. Voici les pièces provenant d'une petite fille qui a succombé au croup. M. Lannelongue dit que la coxalgie est au début ; quand elle ne date que de quelques mois, on ne trouve rien d'anormal autour de la hanche ou de la capsule. Dans la capsule, pas de liquide ; la synoviale est légèrement tuméfiée et peu fongueuse. Sur une coupe du fémur, on voit une cavité immédiatement au-dessus du cartilage épiphysaire. Cette cavité est remplie d'une matière caséeuse ; de là partent de petites fongosités qui vont rejoindre les fongosités de la synoviale. Dans la moelle, on voit des granulations représentées dans le travail déjà publié par M. Lannelongue. L'enfant était de belle apparence et n'avait pas d'antécédents de scrofule. L'affection tuberculeuse peut rester longtemps dans les os sans déterminer des symptômes appréciables ; ce n'est que lorsque l'ostéite s'y ajoute qu'on observe des symptômes définis.

— Election du bureau pour l'année 1881 : *Président :* M. de Saint-Germain ; *Vice-Président :* M. Léon Labbé ; 1er *Secrétaire :* M. Le Dentu ; 2e *Secrétaire :* M. Nicaise ; *Archiviste :* M. Terrier ; *Trésorier :* M. Berger.

Comité de publication : MM. Giraud-Teulon, Sée et Horteloup.

La Société entend ensuite la lecture des rapports sur le prix Duval et sur le prix Laborie.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

Analyse de 140 cas d'excision de cancer du rectum, par M. Charles Kelsey (de New-York).

L'auteur constate que l'excision du rectum n'a pas été encore acceptée dans le monde chirurgical avec la faveur que mérite cette opération, qui cependant est la seule qui ait pu donner des cas de guérison radicale. Les chirurgiens anglais et américains préfèrent la colotomie lombaire comme moyen

palliatif, et c'est en France et en Allemagne que l'excision est plutôt en faveur, grâce aux opérations pratiquées par Verneuil. M. Kelsey, qui est chargé du service de l'infirmerie pour les maladies de rectum, à New-York, a voulu exposer l'état actuel de cette question de thérapeutique chirurgicale, et il a compulsé environ 140 cas d'excision de cancer du rectum.

L'auteur résume dans son mémoire les conclusions auxquelles l'a amené cette étude, et il donne l'indication bibliographique de ces opérations, ou du moins des observations assez précises pour être utilisées.

Nous analyserons les conclusions principales de ce travail, et tout d'abord notons que la mort est survenue 22 fois du fait même de l'opération (péritonite, 10 fois; phlébite et phlegmon du bassin, 4 fois; septicémie, 3 fois; puis érysipèle, hémorrhagie et épuisement dans 3 cas); il faut remarquer qu'une seule fois sur 140 opérations la mort est survenue par hémorrhagie, ce qui prouve que l'hémostase est facilement obtenue par le galvano cautère et par l'écraseur.

L'étendue de la dégénérescence est fort importante à examiner au point de vue du pronostic; en effet, dans les 8 cas où la mort est survenue par péritonite, on trouve que la lésion dépassait les limites du cul-de-sac péritonéal, et il est à remarquer que le péritoine, en cette région, semble plus délicat au point de vue chirurgical qu'en d'autres parties, car il n'a été lésé impunément que dans 3 cas.

Malheureusement pour la précision des indications opératoires, la limite du péritoine est fort variable, de sorte que l'auteur donne le conseil de n'opérer que dans les cas où le doigt d'une main de grandeur moyenne peut atteindre la limite supérieure de la dégénérescence; c'est, on le voit, une donnée fort approximative.

Il faut rapprocher de ces cas malheureux ceux dans lesquels la guérison a été obtenue radicalement, ou bien dans lesquels la guérison a été temporaire. Or, il n'y a que 6 cas de cure permanente (3 de Volkmann, 2 de Velpeau et 1 de March, d'Albany) : dans 1 cas (Volkmann) le malade a vécu onze ans après la première opération, bien qu'il ait eu deux récidives et deux ablations nouvelles. Le nombre de cas où la récidive n'est survenue qu'au bout d'un temps assez long est plus élevé : c'est ainsi qu'en tenant compte de la durée moyenne de la vie chez les malades atteints de cancer du rectum, soit deux ans ou moins, on trouve que la durée de la survie après l'opération dépasse un an et demi dans 22 cas, en ne comptant pas les guérisons permanentes.

M. Kelsey conclut dans les termes suivants :

Les cas dans lesquels la mort a été la conséquence de l'opération se rapportent presque tous à des faits dans lesquels l'étendue de la dégénérescence rendait un pareil résultat probable. Lorsque la tumeur dépasse 3 pouces en hauteur, ou lorsqu'elle a envahi les parties voisines, de façon à rendre l'extirpation complète très difficile sans compromettre le péritoine, l'opération est contre-indiquée.

Bien qu'il y ait eu quelques cas de guérison, un pareil résultat est si rare qu'il ne justifie pas le danger de mort immédiate qui peut être la conséquence d'une tentative d'extirpation de tumeur cancéreuse très étendue. L'opération doit surtout être considérée comme un moyen palliatif, et à ce titre elle est applicable aux cas dans lesquels la maladie n'a pas encore pris de grande extension.

Comme moyen palliatif, l'extirpation supporte favorablement la comparaison avec la colotomie lombaire; car elle n'est pas suivie d'incontinence des fèces, excepté dans une faible proportion des cas. Cette opération ne peut être substituée à la colotomie lombaire dans les cas où la maladie a envahi le rectum à plus de 3 pouces au-dessus de l'anus. Enfin rien ne prouve que l'intervention opératoire puisse hâter les progrès de la maladie. (*The New York medical Journal*, 1880.)

Névrite et poliomyélite, par LEYDEN.

Leyden s'est fait une spécialité de la recherche de l'originalité à outrance dans le domaine des maladies nerveuses; le travail ci-dessus en est une nouvelle preuve.

Les amyotrophies, quelle que soit leur nature, ne dépendent pas uniquement d'une lésion de l'axe gris de la moelle; elles peuvent prendre leur origine en *divers points* des voies motrices. Ceci s'applique aussi bien à l'atrophie musculaire progressive qu'à la paralysie atrophique des enfants ou des adultes ou *poliomyélite*, dont il est plus particulièrement question. Cette dernière maladie se présente sous deux formes anatomiques peu distinctes : ou bien ce sont de petits foyers de dégénérescence atrophique de la substance fondamentale des colonnes antérieures grises; ou bien, en même temps que ces foyers, une atrophie diffuse des grosses cellules ganglionnaires des cornes antérieures. « Ce sont là, dit Leyden, des lésions anciennes et centrales. » Mais il peut arriver aussi que la même forme clinique réponde à une névrite multiple périphérique. En voici deux observations très résumées :

I. Matelot de vingt-huit ans, souffrant de fièvre et de douleurs aiguës dans les membres. Tuméfaction œdémateuse au-dessous des coudes et des genoux, diminution de la sensibilité dans les doigts et les orteils, avec formication. Paralysie et atrophie des avant-bras et des jambes : amélioration progressive de l'état des extrémités inférieures. Mort à la suite de néphrite brightique. A l'autopsie, les deux nerfs radiaux, épaissis, atrophiés, dégénérés jusque dans leurs plus fines divisions. La lésion des nerfs s'arrête au milieu du bras. Les racines antérieures et l'axe gris tout entier, parfaitement sains, malgré l'examen le plus minutieux. Rien aux extrémités inférieures.

II. Chez le second malade, âgé de trente et un ans, s'était développé rapidement d'abord une paralysie des extrémités inférieures, puis supérieures, après des prodromes incertains. Atrophie des membres paralysés : les fonctions des sphincters demeurèrent intactes. Mort par fièvre typhoïde. A l'autopsie, névrite dégénérative multiple très intense, avec cette particularité que des cellules lymphoïdes ou plates étaient logées autour des vaisseaux et à l'intérieur de l'endonèvre. Racines antérieures intactes : quelques foyers de myélite dans la moelle : cellules ganglionnaires de la moelle cervicale et lombaires normales, seulement pigmentées, brillantes, tuméfiées.

Il s'agit, comme on voit, d'une névrite multiple dégénérative, frappant de préférence les nerfs moteurs à l'endroit où ils contournent les os (nerfs radial, péroniers, etc.). A cette lésion se joint bientôt une myosite, avec prolifération des noyaux du sarcolemme et dégénérescence graisseuse. « Cette névrite n'a aucune tendance centripète : les racines antérieures restent d'ordinaire intactes : les lésions peu importantes trouvées dans quelques cas dans la moelle ne sont que des coïncidences et non le point de départ de la maladie (?) »

Au point de vue clinique, on observe des symptômes du côté de la sensibilité (douleurs lancinantes des extrémités, parésies, anesthésies, myalgies), du côté de la motilité (paralysie avec atrophie musculaire, absence de réaction électrique), du côté de la peau (plus épaisse et plus dure, augmentation des poils, ongles pigmentés, friables), enfin du côté des articulations (œdème périarticulaire, tuméfaction). Dans les cas aigus, fièvre violente : ce tableau général est celui d'une paralysie de Landry, ce qui fait soupçonner son caractère infectieux (*Zeitsch. für klin. Med.*, t. I).

Z.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic différentiel des myélites, par M. le docteur Marmonier ; ouvrage précédé d'une introduction de M. le docteur Charcot. — Paris, 1880, G. Masson.

Ce livre est un ouvrage de vulgarisation ; il a pour but de faciliter l'étude des myélites, en distinguant pratiquement les diverses affections spinales dont les travaux récents ont constitué l'autonomie. L'auteur, dit M. Charcot, a réussi à éviter l'écueil qu'on rencontre trop souvent dans les entreprises de ce genre : il a su être clair sans trop schématiser. On ne saurait mieux louer un travail de ce genre. Pour bien comprendre les maladies de la moelle épinière, il importe de connaître l'anatomie topographique de l'organe, et de savoir bien localiser des lésions que l'on n'arrive à déterminer que par leurs symptômes. Ceux-ci, en effet, comme le dit M. Marmonier, dépendent moins de la nature que du siège de la lésion. Le diagnostic anatomique, moins important au point de vue thérapeutique que le diagnostic nosologique, doit donc le premier attirer l'attention du médecin. On comprendra dès lors qu'il soit nécessaire d'indiquer ce qu'enseignent, à ce point de vue spécial, les troubles de la motilité, les troubles de la sensibilité, enfin les troubles trophiques observés dans le cours des maladies spinales. Après avoir ainsi résumé les éléments généraux du diagnostic des myélites, l'auteur étudie en détail les myélites systématiques, expose successivement le diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive, celui de la sclérose des cordons de Goll, de la sclérose primitive et bilatérale des cordons latéraux, de la sclérose latérale secondaire, de la sclérose latérale amyotrophique, de la paralysie spinale infantile, de la paralysie spinale aiguë de l'adulte, de l'atrophie musculaire progressive de l'adulte et de l'enfance, enfin de la paralysie labio-glosso-laryngée. A propos de chacune de ces études, de nombreux tableaux servent à les préciser et à rendre plus facilement saisissables les symptômes qui permettent d'établir le diagnostic différentiel de la maladie. La même méthode a été suivie en ce qui concerne le diagnostic des myélites diffuses. Pour celles-ci, comme pour les myélites systématiques, l'auteur adopte la classification établie par M. Grasset dans ses remarquables leçons sur les maladies du système nerveux. Il étudie donc, au point de vue du diagnostic, les myélites diffuses aiguës suivant leur siège. Après avoir établi les éléments nécessaires à ce diagnostic, il résume en un tableau synoptique les signes distinctifs de la myélite diffuse aiguë dorso-lombaire et de la paralysie ascendante aiguë. Le même travail, appliqué aux myélites chroniques circonscrites ou envahissantes, lui permet d'établir les signes diagnostiques de la paralysie générale spinale antérieure ou diffuse et de la sclérose en plaques disséminées. Le livre de M. Marmonier, résumant avec fidélité et méthode des notions éparses dans tous les traités de neurologie, sera utile non seulement aux élèves qu'embarrasse si souvent l'étude des maladies de la moelle, mais encore aux médecins, trop souvent oublieux des signes diagnostiques différentiels, qui seuls permettent de bien localiser les lésions médullaires. A ces deux points de vue il méritait d'être signalé avec éloges.

L. L.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde, par M. le docteur André Boursier. In-8 de 210 pages. — Paris, G. Masson, 1880.

Pour exposer les indications et les contre-indications de l'intervention du chirurgien, l'auteur a dû consacrer une première partie de son étude à l'exposition des caractères anatomo-pathologiques et des particularités de la marche et des complications des tumeurs qui peuvent affecter le corps thyroïde. Il y a en effet des indications opératoires qui résultent de cette étude générale et qui peuvent avoir leur application à chaque cas particulier. Il était également nécessaire d'établir un classement dans les méthodes opératoires si nombreuses qui ont été employées dans le traitement des tumeurs du corps thyroïde et qui remontent bien loin.

M. Boursier s'est acquitté de cette première tâche avec méthode, et ses jugements représentent bien la tendance générale des chirurgiens français.

Dans une seconde partie consacrée à l'étude des méthodes opératoires, il a, avec raison, particulièrement insisté sur les méthodes plus récemment mises en honneur, telles que les injections intra-parenchymateuses, l'electrolyse, enfin l'extirpation ; ou bien sur les méthodes dites palliatives ; ou enfin sur les opérations d'urgence, telles que la trachéotomie ou la laryngo-trachéotomie.

L'histoire de la thyroïdectomie ou extirpation a été faite avec soin, et l'auteur, s'appuyant sur les statistiques les plus récentes, a pu arriver a cette conclusion que nous avons, pour notre part, émise à plusieurs reprises dans ce journal, à savoir que la thyroïdectomie devient une des opérations que les chirurgiens habiles peuvent pratiquer désormais sans être taxés de hardiesse exagérée, et avec des chances qui, suivant la statistique actuelle, ont augmenté d'année en année, depuis que les opérations ont été plus nombreuses.

Ainsi que le dit M. Boursier, l'extirpation du corps thyroïde est une opération qui mérite d'entrer davantage dans la pratique française. En effet, les résultats que donne la thyroïdectomie sont, quant à présent, aussi favorables que ceux des grandes opérations qui, après avoir été exceptionnellement pratiquées, sont entrées dans la pratique usuelle. Cependant il faut distinguer entre l'extirpation d'une tumeur bénigne, qui est un moyen de guérison définitive, et l'extirpation de tumeurs cancéreuses, qui n'est plus qu'une opération palliative, et qui n'offre que des chances de prolongation ; d'où peuvent résulter des indications tout à fait spéciales. C'est pourquoi il faut, en dehors des indications générales tirées de l'étude anatomo-pathologique, de celles plus spéciales résultant de l'aspect particulier et de la marche de la tumeur ou de ses complications immédiates, discuter le choix de l'opération, ou bien même la raison de l'abstention dans chaque espèce de tumeur de la glande thyroïde. Tel est le sujet que M. Boursier a traité d'une manière générale dans la dernière partie de sa thèse.

A. H.

Index bibliographique.

Molière et Gui Patin, Gui Patin et Th. Renaudot, par le docteur F. Nivelet. 1 vol. in-12 de 142 pages. — Paris, 1880. Berger Levrault.

Dans *le Médecin au théâtre*, on voit comment le caractère du médecin a été compris par les dramaturges. M. F. Nivelet met sous nos yeux, avec d'intéressants commentaires, les jugements ou les boutades de Molière et de Gui Patin sur la médecine et sur les médecins, ce qui amène naturellement sur la scène l'originale figure de Th. Renaudot; car c'est un trio inséparable que celui de ces trois hommes inégalement remarquables, mais remarquables tous trois par l'étendue de l'esprit et la verve critique, et c'est aussi une rencontre assez rare à une même époque. Gui Patin, mort presque en même temps que Molière (en 1672), s'attaque à tout et à tout le monde, au clergé, aux grands, aux lettres, à la science; il est, par-dessus le marché, numismate. Renaudot, leur aîné à tous deux, invente un bureau d'adresses, un Mont-de-Piété, des consultations gratuites, un laboratoire de chimie, une *Gazette de France* qui a vécu jusqu'à nos jours. Gui Patin se moque de Renaudot ou l'injurie; Renaudot le lui rend avec usure, et lève contre lui et la Faculté une armée d'*antimonistes*. Molière enfin

s'amuse de tous deux et de beaucoup d'autres. C'est le petit coin du tableau de l'histoire médicale, déjà peint plusieurs fois, et tout récemment encore par M. Laboulbène, à l'ouverture de son cours à la Faculté, que refait M. le docteur Nivelet.

La partie de cette étude qui rapproche Molière de Gui Patin a paru d'abord dans la *Revue médicale et étrangère;* la seconde, qui met en présence Gui Patin et Théophraste Renaudot, est comme le complément de la première. Nous devons dire que le récit de M. Nivelet, où ont pu être mis à profit des études comme celles de Réveillé-Parise sur Gui Patin, et celles de M. Maurice Raynaud sur les médecins de Molière, et qui a l'avantage de pouvoir élargir le point de vue à son aise au lieu de le limiter, comme les deux écrits précédents ou comme la leçon de M. Laboulbène, à des points de vue spéciaux, que ce récit, disons-nous, est complet dans sa brièveté et d'une lecture très attachante.

LES MÉDECINS AU THÉATRE DEPUIS MOLIÈRE, par le docteur Constant SAUCEROTTE. — Paris, Dentu, 1881.

Quelle place les médecins, qu'on voit jouer un rôle si important dans le théâtre de Molière, occupent-ils dans le répertoire de ses successeurs? Peut-on, comme l'a fait M. Maurice Raynaud, qui a étudié avec tant de soin les œuvres de notre grand comique, trouver matière à des réflexions intéressantes et à des aperçus ingénieux en recherchant, dans les pièces de théâtre ou dans les romans contemporains, ce que pensent des médecins le public et ceux qui ont pour mission de peindre, en exagérant ses vertus et ses défauts, la société moderne? Telles sont les questions que s'est posées M. Saucerotte, et il y a répondu en écrivant un petit livre plein d'observations fines et sensées. La moisson n'a pas été très abondante; le caractère, les mœurs et la tenue des médecins ne peuvent plus fournir aujourd'hui, comme au milieu du dix-septième siècle, l'occasion de produire des pièces de théâtre comme le ***Malade imaginaire*** ou le ***Médecin malgré lui.***

Les médecins et la médecine sont moins pédants et moins ridicules qu'autrefois. On n'en peut plus rire aussi bruyamment; mais il est un autre point de vue qui pourrait inspirer des pièces de théâtre ou des romans. M. Saucerotte l'a bien fait voir, lui qui s'est préoccupé si souvent des rapports de l'histoire et de la philosophie avec la médecine; il n'est guère de profession qui, plus que la profession médicale, offre, au moraliste aussi bien qu'à l'auteur dramatique, des sujets d'étude aussi intéressants que variés. Si donc un assez petit nombre de romans ou de pièces de théâtre mettent en scène les médecins; si, comme le dit M. Saucerotte, ils n'ont guère eu d'autre résultat que d'approprier le langage des médecins aux idées et aux goûts dominants, d'en faire « les coefficients d'une action dramatique quelconque, dans laquelle ils auraient pu figurer tout aussi bien à titre d'avocats, de notaires, etc. », c'est que le plus souvent les événements qui intéressent directement le médecin sont difficiles à divulguer; c'est qu'ils ne tombent qu'exceptionnellement dans le domaine public; c'est que, pour les bien mettre en relief, le médecin se verrait obligé, ce qui répugne à ses devoirs et à ses instincts, de dénoncer bien des secrets que son ministère seul lui a permis d'approfondir. Mais quel est le médecin qui n'a rêvé d'écrire un roman ou une pièce de théâtre, où il pourrait, en les modifiant un peu, faire connaître les faits moraux ou sociaux qu'il a observés, les événements auxquels il a pris part? Le rôle social de la médecine, le rôle moralisateur du médecin, sont des sujets toujours nouveaux et qui pourraient inspirer des ouvrages bien plus intéressants que ceux qui traitent du charlatanisme médical sous toutes les formes. M. Saucerotte a trouvé des auteurs en assez grand nombre, depuis Scribe jusqu'à Labiche, qui se sont occupés de ce sujet. Il en est d'autres qui ont peint le médecin des dames, le médecin de cour, le médecin des théâtres, le médecin ambitieux, le médecin politique, le médecin philanthrope, sceptique ou matérialiste. Mais, M. Saucerotte le reconnaît lui-même, à ce point de vue le théâtre et le roman sont pauvres en analyses psychologiques dignes d'être rapportés. Le petit livre que vient d'écrire M. Saucerotte n'en est pas moins intéressant et instructif. Un médecin aussi distingué, aussi érudit, ne pouvait, même sur un sujet assez ingrat, écrire une œuvre sans valeur.

L. L.

LES FONCTIONS DE L'ORGANE CARDIAQUE DANS LES PHÉNOMÈNES DE LA SENSIBILITÉ AFFECTIVE, par A. RICHE, de la Congrégation des prêtres de Saint-Sulpice. — Paris, E. Plon.

M. l'abbé Riche poursuit, avec un zèle qu'on ne saurait trop admirer, le but qu'il s'est proposé en écrivant une étude physiologique sur le cœur de l'homme : celui de concilier ou plutôt de réconcilier la science avec la religion. La préface de ce nouveau volume expose les difficultés qu'il a rencontrées, les adhésions qu'il a recueillies, les critiques que lui ont adressées, non les savants, mais les polémistes religieux. Nous craignons que cette fois-ci encore M. l'abbé Riche ne se soit exposé, de la part de certains de ses coreligionnaires, à bien des attaques. Eux seuls peuvent trouver quelque intérêt à discuter la question de savoir si le cœur doit être considéré comme le siège, l'organe ou le symbole de l'amour. Les physiologistes et les médecins sont édifiés par les travaux auxquels l'auteur a fait de nombreux emprunts, sur les fonctions du cœur et les relations qui peuvent exister entre cet organe et le système nerveux central. M. l'abbé Riche s'est imposé la tâche de démontrer que par ce mot *cœur* il faut entendre, non un organe déterminé, mais ce qu'il y a de plus intime dans les pensées et dans les affections diverses de l'âme. Dans le langage de l'Eglise le cœur n'est donc qu'un symbole, et ce symbole a été imaginé pour faire comprendre au peuple, ignorant toutes les notions scientifiques, ce qui correspond à l'âme et à ses facultés. Cette assertion ne sera contestée ni par les médecins ni par les physiologistes. Ils sauront gré à M. l'abbé Riche des soins qu'il a mis à étudier les ouvrages qui font autorité en pareille matière, et de la sincérité avec laquelle il a exposé leurs conclusions.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ ARTI ET AMICITIÆ, autorisée par arrêté du 22 juillet 1880, *pour la création d'une villa de retraite et de santé* en faveur des hommes de lettres et de science, et des artistes que l'âge, la maladie ou des infirmités obligent au repos.

Présidents fondateurs : Meissonier; Charles Garnier; Gérôme; Henri Martin, membres de l'Institut; de la Rochefoucauld; duc de la Roche-Guyon.

Fondateurs : MM. Blanc (Charles), de l'Académie française; Barbier, de l'Académie française; Caro, de l'Académie française; Broglie (le duc de), de l'Académie française; Dumas (Alexandre), de l'Académie française; Hugo (Victor), de l'Académie française; Littré, de l'Académie française; de Quatrefages, de l'Institut; Laboulaye, de l'Institut; Dubois (Paul), de l'Institut; de Chennevières (le marquis), de l'Institut; François, de l'Institut; Delaborde (vicomte Henri), de l'Institut; Gatteaux, de l'Institut; Lehmann de l'Institut; Lenepveu, de l'Institut; Arago (Alfred); Bonnat; Bastien Lepage; Carolus Duran; Delaplanche; Detaille (Edouard); Falguière; Vollon; Bardoux, député; Marquiset, député; de Saint-Victor (Paul); Firmin-Didot (Alfred); de Bouteiller (le comte); Dupont (Paul); Busnach; Dreyfus (Gustave); de Konstski; Norbert-Vuy (Alexandre); Vasselot (le marquis de); Jacquet; Lefebvre (Jules); Constant (Benjamin); Hiolle; Laurens (J. P.); Luminais; Machard; Mercié; Neuville (Alphonse de); de Nittis; Munkacsy; Letorsay, docteur; Dupouy, docteur; Pean, chirurgien des hôpitaux de Paris; Gosselin, de l'Institut et de l'Académie de médecine; Luys, de l'Académie de médecine; Hillairet, de l'Académie de médecine; Trélat, de l'Académie de médecine; Planchon, de l'Académie de médecine; de Pietra Santa, docteur; Onimus, docteur; Pozzi, docteur agrégé; Monod, docteur agrégé; Berger, docteur agrégé.

M. le directeur de la Société veut bien nous faire parvenir, sur ce projet de Société, une note imprimée dont nous ne pouvons, faute de place, que reproduire les passages essentiels. En nous envoyant, il y a deux mois environ, un premier avis, il nous avait annoncé sa visite, et c'est pour ce motif que nous avions sursis à toute mention du projet. Si nous

avions eu l'honneur de le recevoir, nous lui aurions certainement fait remarquer combien il eût été convenable de faire, parmi les membres fondateurs, fût-ce au moyen de démarches particulières, une autre place à la presse littéraire et scientifique, dont on sollicite l'appui.

Cette remarque, cela va sans dire, ne préjuge rien contre notre sympathie pour une œuvre aussi morale qu'utile; et nous apprenons avec grande satisfaction que, le projet ayant été communiqué par M. A. Latour au *Conseil général de l'Association des médecins de France*, une conférence a eu lieu entre le trésorier de l'Association et le directeur de la nouvelle Société; que, dans cette conférence, a été arrêté le mode de composition de l'Association des médecins de France, et qu'une proposition sera faite, à cet égard, dans la prochaine réunion du Conseil général.

« ... Ce n'est pas un hôpital qu'on veut créer, mais une villa de retraite, digne d'hommes ayant contribué à la gloire et à l'illustration du pays. La Société exclut toute idée de bienfaisance; le bienfait sera dans l'association, œuvre de tous. La base première de l'œuvre est un droit d'admission de 5 francs et une cotisation annuelle de 24 francs. C'est une faible contribution de 7 centimes par jour pour s'assurer contre toutes les mauvaises chances de la vie. La Société a voulu qu'elle fût à la portée des plus humbles fortunes. Cette cotisation serait insuffisante pour réaliser le but proposé, et former, en outre, une caisse d'assurances et de pensions viagères pour les veuves, si la Société ne possédait, parmi ses membres, de généreux donateurs, de grandes illustrations et d'admirables artistes. Elle compte sur leur générosité, leur dévouement et leur fidélité à la devise de la Société : *Inter amicos laborandum*. Les dons de toute nature arrivent de toutes parts; des expositions, des ventes d'objets d'art, des concerts, des conférences, des fêtes et des loteries seront organisés, et des donations considérables lui sont proposées, n'attendant, pour être acceptées, que la reconnaissance de la Société par l'Etat, comme institution d'utilité publique... »

Le siège de la Société est à Paris, avenue de Villiers, 111. S'adresser, pour les renseignements et les adhésions, au directeur, M. Norbert-Vuy.

PRIX DES INTERNES. — Les lauréats sont :

Première division (internes de 3e et 4e année). — Médaille d'or : M. Merklen, interne de 4e année à l'hôpital Beaujon. — Médaille d'argent : M. Ballet, interne de 4e année à l'hospice de la Salpêtrière. — Première mention : M. Chauffard, interne de 3e année à l'hôpital de la Pitié. — Deuxième mention : M. Poulin, interne de 4e année à l'hôpital des Enfants malades.

Deuxième division (1re et 2e années). — Premier prix, médaille d'argent : M. Netter, interne de 2e année à l'hôpital de Lariboisière. — Accessit : M. Michaux, interne de 2e année à l'hôpital de Lariboisière. — Première mention : M. Thibierge, interne de 1re année à l'hôpital de la Charité. — Deuxième mention : M. Dupleix, interne de 2e année à l'hôpital de Lariboisière.

Prix Civiale. — M. Ferré, interne de 3e année à l'hôpital Necker.

Concours d'internat. — Prix, M. Jarry; accessit, M. Gilbert; 1re mention, M. Wickham; 2e mention, M. de Langenhagen.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS : ASSISTANCE PUBLIQUE (séance du 29 décembre). — Une somme de 499 678 francs est inscrite au budget de l'Assistance publique, comme provenant des bonis prescrits au Mont-de-Piété, réserve faite de la solution à intervenir.

Une augmentation de 5400 francs est destinée à confier à des accoucheurs nommés au concours tous les services d'accouchements de la Ville. Le rapporteur propose de supprimer le traitement des aumôniers dans les hôpitaux du Midi et de Lourcine, et dans les hospices de Sainte-Périne et de La Rochefoucauld.

M. le directeur de l'Assistance publique objecte, en ce qui concerne Sainte-Périne, que cet établissement contient des personnes non indigentes, qui demandent en majorité le maintien de l'aumônier.

Malgré ces observations, les conclusions du rapport sont adoptées.

Le Conseil vote un crédit de 25835 francs pour dépenses des écoles municipales d'infirmiers laïques de Bicêtre, de la Salpêtrière et de la Pitié.

Le budget total de l'Assistance publique est fixé à la somme de 37 518 172 francs, comprenant une subvention de la Ville, pour dépenses ordinaires, de 13 029 494 francs, et pour travaux d'amélioration des établissements hospitaliers, de 6 millions.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — Cette Société vient de former son bureau comme il suit pour l'année 1881 : *président*, M. Frédéric Passy; *vice-présidents*, MM. les docteurs Jules Bergeron et Théophile Roussel, Levasseur et Duverger; *secrétaire général*, M. le docteur L. Lunier; *secrétaires généraux-adjoints*, MM. les docteurs Decaisne et Vidal; *secrétaires des séances*, MM. les docteurs Goyard et Guignard; *bibliothécaire-archiviste*, M. le docteur A. Motet; *trésorier*, M. Jules Robyns.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes, qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er février 1881, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

SOCIÉTÉ CONTRE L'ABUS DU TABAC. — Cette Société vient de constituer son bureau pour 1881. Ont été élus : *président*, M. H. Bouley, de l'Institut et de l'Académie de médecine; *vice-présidents*, MM. le docteur Bossu, Bourrel, le docteur Hache et Bctibou; *secrétaire général*, M. Rassat; *secrétaires des séances*, MM. Besseyre de Dyannes, Guignard, le docteur Jacquemart et Wable; *secrétaire pour l'étranger*, M. le professeur Birmann; *trésorier*, M. Raveret; *archiviste*, M. Collaux. M. Decroix, comme fondateur de la Société, fait partie de tous les comités.

COURS. — M. le docteur Martin-Damourette a commencé ses cours préparatoires au premier examen de doctorat (nouveau régime) et aux troisième et quatrième examens (ancien régime), le mardi 4 janvier à une heure, boulevard Saint-Germain, 63.

TRAITEMENT A DOMICILE. — M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du Xe arrondissement que, le samedi 14 janvier 1881, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

LA TRICHINOSE. — Le rapport du Comité sanitaire de Massachusetts contient la communication suivante de M. Billings, vétérinaire à Boston : « Sur 2701 porcs examinés dans l'espace de cinq mois, 154 contenaient des trichines, soit 577 pour 100, ce qui constitue une proportion énorme. Ces animaux provenaient des régions les plus diverses; toutefois, la plupart étaient originaires des Etats de l'Ouest. Sur 89 langues de cochons fraîchement préparées, 3 contenaient des trichines. »

D'après le même rapport, les rats seraient atteints de trichinose dans une bien plus grande proportion qu'en Allemagne. Sur 51 rats pris dans l'abattoir de Boston, 39 étaient atteints de trichine; 28 cochons engraissés dans cet établissement furent trouvés sains. 40 rats pris dans une grande boucherie d'exportation de la même ville furent trouvés trichinés; sur 60 pris dans diverses écuries ne contenant pas de porcs, 6 avaient la trichine.

Une épidémie de trichine s'est déclarée à Dingelstad. On compte un grand nombre de personnes atteintes plus ou moins gravement. Déjà plusieurs personnes ont succombé.

Enfin, voici ce que raconte le *Lyon médical* (n° 1, 1881) : « Le 20 novembre arrivait à Lyon, dans 50 caisses, 13000 kilogrammes de lard expédié de New-York; sur 50 échantillons examinés par M. Leclerc, inspecteur du service de la ville, 3 ont été reconnus infectés de trichine, soit un total de 6 pour 100, en admettant que ces échantillons, pris respectivement dans chacune des caisses, représentent bien la qualité générale de chaque colis, ce qui n'est point prouvé. »

Nous n'avons pas à insister sur les dangers de la trichinose; dans l'examen de M. Leclerc, on avait eu à déplorer des accidents à Lyon comme on en signale si fréquemment ailleurs. Il y a donc lieu de perfectionner le service d'examen dans les villes où il existe déjà, de le créer dans les villes où arrivent les produits

d'importation, et de surveiller avec soin les viandes d'origine étrangère, c'est-à-dire celles sur lesquelles on n'a aucune garantie de salubrité.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE. — Bureau pour l'année 1881 : *Président*, M. Billout; *vice-presidents*, MM. Tillot et Constantin Paul; *secrétaire général*, M. Leudet; *secrétaires des séances*, MM. Grellety et Cazaux; *trésorier*, M. Byasson; *archiviste*, M. Japhet.

FIÈVRE JAUNE DU SÉNÉGAL. — Le ministre de la marine et des colonies a reçu, le 5 janvier, du gouverneur du Sénégal, une dépêche lui annonçant qu'à la date du 26 décembre 1880, il n'y avait plus un seul malade de la fièvre jaune à l'hôpital, à Saint-Louis ou sur les bâtiments.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Un nouveau comité de rédaction est constitué. Il est composé de MM. Bouchard, Baudrimont, Douaud, Dudon, Gervais, Lande, Mauriac, Micé, Morache, Poinsot, Rousseau Saint-Philippe, Solles, Sous, Troquart, Vardalle.

MORTALITÉ A PARIS (52e semaine, du vendredi 24 au jeudi 30 décembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 996, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 14. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 52. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 40. — Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 60. — Bronchite aiguë, 56. — Pneumonie, 71. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 40; au sein et mixte, 21; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 94; de l'appareil circulatoire, 61; de l'appareil respiratoire, 51; de l'appareil digestif, 39; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 1. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 8.

Bilan de la 52e semaine. — Cette 52e et dernière semaine de l'année qui expire se différencie à peine par un très faible excédent (17 décès généraux) de la dernière semaine. Même état presque stationnaire des décès par maladies épidémiques. La diphthérie reste encore la plus redoutable de ces affections; elle s'est même légèrement accrue (52 décès au lieu de 47), et ses noyaux de concentration affectent toujours à peu près les mêmes quartiers du sud-est de Paris. C'est ainsi que, cette semaine, les quartiers les plus atteints forment une longue traînée non interrompue du nord au sud-est, comprenant les quartiers contigus : du *Pont de Flandre*, de *la Villette*, de l'*Hôpital Saint-Louis*, de la *Porte Saint-Martin*, de la *Folie-Méricourt*, de *Belleville*, du *Père-Lachaise*, de *la Roquette*, de *Sainte-Marguerite* et de *Picpus*. Le quartier qui loge l'hôpital Saint-Antoine, indemne cette fois de variole et de diphthérie, a par compensation 3 décès par fièvre typhoïde. Enfin, sur les 25 décès par fièvre typhoïde, il y en a 6 dans les hôpitaux, dont 3 pour les militaires.

Les renseignements incomplets qui nous sont fournis par les *notices statistiques* nous venant des hôpitaux, où sont allés mourir la plupart des enfants diphthéritiques, ne nous permettent pas d'attirer l'attention de l'Administration, ainsi que nous l'eussions voulu, sur les milieux enfantins fréquentés par ces jeunes victimes. Je signale seulement aux inspecteurs des écoles du quartier de l'*Hôpital Saint-Louis* les décès par diphthérie de deux petites filles de sept à huit ans fréquentant l'école.

En dehors des maladies épidémiques, à peu près stationnaires, il y a accroissement manifeste de décès par maladies des organes thoraciques, et surtout abdominaux, pour les petits enfants, mais particulièrement pour ceux privés du sein de femme. Ces derniers ont fourni 40 décès au lieu de 28 la semaine précédente.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

Agenda médical pour 1881, entièrement refondu, comprenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par le professeur TROUSSEAU, le docteur Constantin PAUL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur PAJOT — 3° *Formulaire magistral*, par M. DELPECH, pharmacien de 1re classe, membre des Sociétés de pharmacie et de thérapeutique. — 4° *Code médical et professionnel*, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — 5° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur DE VALCOURT. — *Plus un Calendrier à deux jours par page*, la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; *les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale*, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles. — Paris, ASSELIN, libraire de la Faculté de médecine.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des accidents bronchiques et broncho-pneumoniques de la variole, par le docteur Breynaert. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Leçons sur les affections nerveuses locales, par le docteur Brodie, traduites de l'anglais par le docteur Douglas Aigre. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Société des sciences médicales de Gannat. Compte rendu des travaux de l'année 1879-80. 34e année. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Contribution à l'étude de la maladie d'Addison, par le docteur Poirier. In-4, avec 2 planches en chromolithographie. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Fragments de clinique médicale, par le professeur Fabre; leçons recueillies par le docteur Audibert. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Quatrième grossesse de la duchesse de Berry. Naissance du duc de Bordeaux, par le docteur Deneux, accoucheur de la duchesse, manuscrit inédit publié par le docteur Mattei. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De l'oreille. Anatomie normale et comparée, embryologie, développement, physiologie, pathologie, hygiène, pathogénie et traitement de la surdité, par le docteur Gellé. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire, suivie de recherches sur la situation juridique des fous et des incapables à l'époque romaine, par le docteur Legrand du Saulle. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 8 fr.

Philtres, charmes, poisons. Antiquité, moyen âge, Renaissance, temps modernes, par M. Emile Gilbert. Grand in-8 de 84 pages. Paris, F. Savy. 2 fr.

Des applications du téléphone et du microphone à la physiologie et à la clinique, par le docteur M. Boudet (de Paris). Paris, Ve Frédéric Henry. 4 fr.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par MM. Jamain et Terrier. 3e édition, tome II, 2e fascicule. 1 vol. in-18. Paris, Germer Baillière et Ce. 4 fr.
En vente, tome I. 1 vol. in-18. Paris, Germer Baillière et Ce. 8 fr.
En vente, tome II. 1 vol. in-18. Paris, Germer Baillière et Ce. 8 fr
Tome III et dernier. (*Sous presse.*)

La technique de l'auscultation pulmonaire, à l'usage des étudiants en médecine, par le professeur Ch. Lasègue. 1 brochure in-8 avec fig. Paris, Asselin et Ce. 1 fr.

Contribution à l'étude des tumeurs des bourses, par M. Caradec fils. In-8. Paris, Alexandre Coccoz. 1 fr.

De l'impaludisme. 2e édition suivie d'un résumé, par M. Duboué (de Pau). In-8. Paris, Alexandre Coccoz. 7 fr.

Les campagnes d'Ambroise Paré, Médium de Charles IX, par M. Caradec fils. In-8. Paris, Alexandre Coccoz. 1 fr.

La deuxième à la ligue contre les vivisections, et des droits de la physiologie expérimentale, par M. Caradec fils, In-8. Paris, Alexandre Coccoz. 1 fr.

Leçons orales sur les phrénopathies, ou traité théorique et pratique des maladies mentales, par le professeur J. Guislain. 2e édition, publiée par les soins du docteur B. C. Ingels. 2 vol. in-8, avec 54 figures et 82 plans. Paris, J. B. Baillière et fils. 22 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 13 janvier 1881.

ERRATUM. — Dans le dernier sommaire, le titre suivant a été omis : *Les ambulances urbaines à New-York.*

Société de chirurgie : La kélotomie dans les hernies ombilicales étranglées.

L'étranglement des hernies ombilicales de l'adulte avait été, jusqu'à présent, soumis à des règles thérapeutiques spéciales : tandis que dans les entérocèles inguino-crurales la kélotomie immédiate, toutefois après échec du taxis, est adoptée comme l'unique loi, on hésitait dans les omphalocèles, et Huguier, Verneuil, pour ne citer que ceux-là, regardaient l'expectation comme le meilleur traitement. D'autres, moins radicaux, admettaient l'intervention; mais ils cherchaient, par des procédés opératoires particuliers, à conjurer certains des accidents redoutables que l'ouverture des sacs déterminait si souvent.

Depuis quelques années, une réaction s'est faite et s'accentue chaque jour davantage. La Société de chirurgie, à propos d'une fort intéressante communication de M. Terrier, a repris de nouveau l'étude de cette question, et nous la voyons affirmer catégoriquement à cette heure ce que, en 1875, quelques-uns hasardaient à peine et timidement : c'est que le chirurgien doit se comporter pour les hernies ombilicales étranglées comme pour les hernies qui se font autour du pli de l'aine; il doit, sauf quelques restrictions, sur lesquelles nous aurons à revenir, avoir recours à la kélotomie, et cela le plus tôt possible. Il n'y aurait plus, dans les hernies, de catégories à faire et d'exception à proclamer.

I

Il est facile de voir comment la question a évolué, et M. Trélat, dans une rapide improvisation, a bien montré les étapes successives qu'elle avait parcourues. Lorsque commença la grande controverse de Malgaigne sur l'inflammation et l'étranglement des hernies, on savait déjà l'extrême gravité des opérations dans les omphalocèles; le plus souvent, la mort en était la conséquence, et dans des proportions beaucoup plus considérables que pour les hernies inguino-crurales. Malgaigne et ses disciples crurent en donner la raison : il s'agit, dirent-ils, de péritonites herniaires, et non d'étranglements; on refoule dans la cavité abdominale des anses d'intestin malades; à leur contact, l'inflammation, d'abord localisée, se propage et se généralise; l'intervention a été directement nuisible.

Et de fait la péritonite herniaire est plus fréquente dans les omphalocèles. Le volume énorme que prend souvent la tumeur, son siège sur la convexité du ventre, l'absence de

FEUILLETON

Un épisode de l'histoire de l'anesthésie chirurgicale au dix-septième siècle. — Médecins et chirurgiens au temps de Guy Patin.

(Fin. — Voyez le numéro 1.)

De nouveaux obstacles entravèrent, sans doute, la publication de la monition; car, le 16 décembre 1651, la Cour rendit une nouvelle ordonnance prescrivant l'exécution des arrêts et des commissions du 15 août et du 15 octobre précédents, « obtenus par Nicolas Bailly, maistre chirurgien, contre les médecins... Tout considéré, la Cour a ordonné et ordonne que les dites commissions et arrêts seront exécutés, et, ce faisant, il a été passé outre à la publication de ladite monition..., octroyée par l'évêque de Troyes; il est enjoint de la publier »; et aux parties intéressées « d'en souffrir la publication, à peine de dommages-intérêts; et au lieutenant criminel de Troyes, commis par lesdites commissions, de faire exécuter le présent arrêt. » (*Archiv. nat.*, *Reg. crim. du parlement de Paris*, 16 décembre 1651.)

Ces incidents et la lenteur de la procédure fatiguaient le Collège des médecins, dont Bailly tenait en échec l'influence et les privilèges. Des négociations, des démarches du fils de Bailly, eurent pour résultat, sans doute, quelques hésitations dans la marche de l'affaire. Guy Patin écrivait, en effet, le 27 mars 1652 : « Je vous assure que Simon Piètre, qui est un excellent homme, presse le jugement de votre cause tant qu'il le peut; il est intelligent et fidèle et de plus fort habile homme... J'ai trouvé dans le palais le jeune médecin, fils de votre Bailli (1), auquel ayant dit, par compliment, qu'il

(1) Bailli, écrit sans majuscule dans l'édition des *Lettres de Guy Patin*, par Reveillé-Parise. Aussi ce passage n'aurait pas de sens avec une telle orthographe. C'est prendre non pas le Pirée pour un homme, mais un homme pour le Pirée.

véritable sac péritonéal, la minceur des téguments distendus, tout concourt à multiplier les chances d'inflammation. Il n'est donc pas étonnant que les accidents aigus, lorsqu'ils se manifestent dans les hernies ombilicales, soient plutôt déterminés par l'inflammation que par l'étranglement. Mais on a eu le tort de trop généraliser cette proposition, et surtout d'en tirer, comme conséquence rigoureuse, une abstention chirurgicale presque absolue.

La péritonite herniaire ne fut pas, du reste, la seule cause invoquée pour proscrire la kélotomie. Dans son discours à la Société de chirurgie, Huguier ajoutait la lésion des parties herniées rendue facile par la minceur des parois de la tumeur, les adhérences des viscères et la petite quantité de sérosité contenue dans le sac; la blessure nécessaire de l'épiploon, lorsqu'il forme une sorte de sac adventice autour de l'intestin; l'éruption subite des parties herniées, aussitôt faite l'incision des enveloppes; Boyer, dans un cas, ne put terminer l'opération; les difficultés de la réduction, une fois le sac ouvert et débridé; la blessure du péritoine pariétal dans le débridement.

M. Verneuil parla dans le même sens, et son argumentation fut néfaste à la kélotomie. Pourquoi tenter les hasards d'une opération sanglante, puisque, après elle, la mortalité est plus grande; et à l'appui de cette assertion il cite une statistique d'après laquelle, sur 100 malades, 98 mourront si l'on débride l'étranglement, tandis que 25 seulement succomberont si l'on s'abstient de toute manœuvre; car le taxis lui-même doit être proscrit. Nous croyons que, même à cette époque, on eût pu fournir des chiffres moins sombres; mais il n'en faut pas moins retenir ce fait : l'extrême mortalité qui sévissait alors, du moins à Paris, car quelques chirurgiens de province, Goyrand d'Aix et Laurent de Langres, avaient obtenu quelques guérisons.

Cependant, comme on se résigne difficilement à l'impuissance, on tenta d'intervenir en cherchant d'éviter quelques-unes des causes qui provoquaient, pensait-on, cette excessive mortalité. M. Richet demande qu'on opère vite les hernies et qu'on s'abstienne du taxis, car le sac froissé par une malaxation intempestive s'enflamme et suppure; une fois l'intestin mis à nu, il faut dilater l'orifice et non le débrider; il faut surtout empêcher la pénétration dans le péritoine des liquides altérés. M. Colson de Noyon propose de revenir à l'opération de J. L. Petit, la kélotomie sans ouverture du sac, et Bryant appuie cette idée de son autorité; mais lorsque ce procédé ne réussit pas et que la réduction n'est pas possible, il incise le sac tout près du collet et dans les limites strictement nécessaires pour pratiquer le débridement; on évite ainsi le danger que crée l'ouverture complète du sac, l'exposition à l'air et les manipulations de l'intestin enflammé. M. Demarquay imaginait de son côté un procédé à peu près analogue. Enfin, lorsque l'appareil de Dieulafoy eut démontré l'innocuité des piqûres intestinales, on ajouta l'aspiration, qui, en affaissant les anses, rendait la réduction plus facile. Ces procédés, quelque ingénieux qu'ils fussent, n'amélioraient pas les statistiques : il y eut quelques succès, mais beaucoup de revers, et, lors de la discussion de la Société de chirurgie en 1875, M. Verneuil insistait à nouveau sur la gravité considérable de la kélotomie; il concluait encore à l'abstention.

II

Le changement de front auquel nous assistons maintenant est dû surtout aux nouveaux procédés de pansement des plaies, et la kélotomie ombilicale bénéficie, plus encore peut-être que toute autre opération, des bienfaits de la méthode de Lister. Enhardis par les succès de toute sorte obtenus dans leur pratique, les chirurgiens en ont appelé de cette désolante abstention, qui cependant avait sa raison d'être, puisqu'elle était à cette époque moins meurtrière que l'intervention. Ces audaces furent encouragées : plusieurs guérisons furent constatées coup sur coup, et à cette heure on pourrait en dresser une statistique favorable.

En 1877, M. Nicaise reprend ce sujet devant la Société de chirurgie, à propos d'un nouveau cas de guérison : il s'agissait d'une hernie peu volumineuse, sans péritonite herniaire, mais fortement étranglée; la kélotomie avec ouverture du sac est pratiquée, la plaie est réunie par des points de suture métallique qui affrontent non seulement les lèvres de la plaie, mais la paroi du sac : on obtient un succès complet. M. Nicaise rapporte un certain nombre de faits semblables appartenant à d'autres chirurgiens; aussi pense-t-il que, avec les précautions antiseptiques dont on s'entoure aujourd'hui quand on procède à l'ouverture de la cavité abdominale pour l'ablation des tumeurs, la kélotomie ombilicale se chiffrera rapidement par de nombreuses guérisons.

Cette facile prédiction se réalise, et, dans la dernière séance de la Société de chirurgie, à peine M. Terrier avait-il rapporté trois faits qui lui étaient personnels, que M. Polaillon en ajoutait trois nouveaux. La discussion n'est qu'à ses débuts, mais déjà se dégagent certaines règles générales de traitement fort

---

eût fallu accorder cette affaire, il me témoigna que son père était tout prêt et qu'il souhaiterait fort; peut-être que vous auriez plus d'avantage et de profit qu'à le poursuivre par arrêt. »

Les démarches du fils de Nicolas Bailly échouèrent, et le 4 mai 1652 un arrêt fut rendu en faveur du Collège des médecins. Cette pièce a été imprimée sous le titre suivant : « Arrêt de la Cour du Parlement, rendu le 4 mai 1652 au » profit de la communauté des médecins de Troyes, contre » Nicolas Bailly, maistre-barbier-chirurgien, soy disant néan» moins barbier et chirurgien de longue robe. »

Bailly perdait sa cause, et on mettait en doute sa qualité de chirurgien de longue robe. Le Collège des médecins triomphait; mais tout n'était pas encore fini.

Le 15 juin 1652, c'est-à-dire postérieurement à l'arrêt du parlement, Guy Patin écrivait à Belin la lettre suivante : « Si je vous ai, en carême dernier, écrit quelque chose touchant votre barbier, c'est que son fils me faisait pitié, et qu'il me disait que son père était tout prêt à faire un accord, ce qui fût heureusement arrivé en cette saison-là; mais vous et votre compagnie ne l'ayant pas trouvé bon, j'ai aussitôt été de votre avis.... Ce n'est point aux barbiers à faire les maîtres..., et, à l'égard de ces gens-là, nous devons dire, après Dieu, ***gloriam meam alteri non dabo.*** »

L'intervention des chirurgiens de longue robe de Paris en faveur de Bailly vint compliquer le procès. La Confrérie de Saint-Côme, dont les membres portaient robe longue et bonnet carré, bien déchue d'ailleurs de son ancienne grandeur, était encore distincte, à cette époque, de la communauté des barbiers-chirurgiens de Paris, formant la confrérie du Saint-Sépulcre. L'édit de fusion de Louis XIII (1613), obtenu par surprise, n'avait abouti qu'au scandale, qui dégénéra en un pugilat dans l'église de Saint-Côme, le jour de la fête patronale de la corporation. Les chirurgiens du Saint-Sépulcre, indûment vêtus de la longue robe et coiffés du bonnet carré, essayèrent d'envahir l'église de Saint-Côme et de prendre

utiles à faire connaître. Voici, dans leurs points principaux, les observations de M. Terrier.

Le premier a trait à une femme de soixante-dix-sept ans, qui depuis longtemps avait une hernie ombilicale énorme; des phénomènes d'inflammation et de pseudo-étranglement survinrent; de temps à autre, il y avait quelques selles incomplètes; avec cela du ballonnement, des vomissements, de la douleur; il s'agissait évidemment beaucoup plus d'une péritonite herniaire que d'un étranglement vrai. Cependant la femme s'affaiblissait tous les jours; la mort était certaine. M. Terrier se décide à intervenir; il pratique une large incision sur les parois minces de la tumeur et trouve les anses intestinales agglutinées et adhérentes; il les dissèque et reconnaît un second sac, propéritonéal cette fois, contenant lui aussi de l'intestin. Il refoule les anses dans la cavité abdominale et suture; mais quelques heures après la malade était morte; cette opération *in extremis* n'avait pu la sauver.

Succès complet dans les deux autres cas : une première fois, il s'agissait d'une petite hernie ombilicale, étranglée depuis une trentaine d'heures; les accidents généraux étaient graves et l'intervention est décidée. On incise les enveloppes fort épaisses de la hernie; pas d'épiploon. M. Terrier attire un peu l'intestin et constate son intégrité; il en essuie minutieusement la surface après l'avoir lavée avec une solution phéniquée forte, et fait rentrer l'anse dans l'abdomen. Puis il adosse par deux points de suture profonde les deux lèvres du péritoine : il pratique au-dessus une suture superficielle, après avoir interposé aux deux sutures un petit tube en caoutchouc. La réunion immédiate fut obtenue.

Dans le second cas, épiplocèle ombilicale irréductible chez une femme de quarante-cinq ans; de temps en temps un peu d'intestin s'engageait dans le sac, et deux fois déjà avaient éclaté les signes de l'étranglement; une troisième fois, le taxis reste impuissant; les symptômes s'aggravent et l'opération se fait avec les précautions antiseptiques usitées. Le sac est ouvert; sa cavité contient de la sérosité et une masse énorme d'épiploon que l'on dissocie pour atteindre l'intestin; on arrive assez difficilement sur le collet du sac que l'on débride dans trois directions; l'intestin est dégagé, lavé avec la solution forte d'acide phénique et réintégré. Un tube à drainage est introduit jusqu'à l'orifice abdominal et l'on affronte par trois ou quatre points de suture; la réunion immédiate se fait; pourtant on observe un petit sphacèle de la peau amincie qui limite les deux lèvres de la plaie. Mais cette gangrène est sans inconvénient, car les parties profondes sont soudées et la guérison totale fut rapide.

Nous résumerons plus brièvement encore les observations de M. Polaillon, qui sont pour ainsi dire exactement « superposables » à celles de M. Terrier. 3 opérations : 1 mort; 2 succès. Premier cas : grosse hernie chez une femme âgée; phénomènes de péritonite herniaire des plus graves; intervention *in extremis;* soulagement momentané, mais la mort n'en survint pas moins. — Deuxième cas : petite hernie, d'ordinaire facilement réduite par le taxis; tout à coup irréductibilité complète et phénomènes d'étranglement. La peau amincie est incisée et l'on entre dans le sac, qui contenait de l'épiploon; débridements multiples et réduction de l'anse; une partie de la masse épiploïque est liée et réséquée, puis refoulée dans l'abdomen; on suture la plaie sans interposition de drain; léger sphacèle de la peau, mais réunion profonde et guérison. — Troisième cas : petite hernie étranglée depuis quarante-huit heures; kélotomie; pas d'épiploon dans le sac; réduction de l'intestin, suture superficielle et suture profonde sans drain; cette fois encore, sphacèle de la peau; mais la réunion profonde immédiate protège le péritoine; guérison.

III

D'utiles enseignements se dégagent déjà de ces observations. Nous voyons d'abord que, d'une façon générale, la kélotomie n'a plus la gravité qu'elle avait autrefois, et nous sommes loin des statistiques anciennes. Ainsi, sur 6 observations, nous avons 4 succès et 2 morts, soit une mortalité de 35 pour 100. bien éloignée de 98 pour 100 que M. Verneuil accusait il y a une dizaine d'années.

Nous voyons, en outre, que l'opération a toujours réussi dans les cas de hernies peu volumineuses et opérées rapidement, pour des phénomènes nets d'étranglement, tandis que la mort est survenue dans les deux kélotomies pratiquées pour de grosses hernies enflammées : il y a, en effet, au point de vue du pronostic et peut-être de l'intervention chirurgicale, une distinction qu'il faut faire et sur laquelle ont, à juste titre, insisté vivement MM. Verneuil et Trélat. C'est à l'ombilic que se rencontrent surtout les types de l'inflammation herniaire. Les volumineuses entéro-épiplocèles, peu ou pas contenues, exposées à tous les heurts, souvent froissées ou contuses, mal protégées par des enveloppes cutanées amincies, deviennent le siège de péritonites; l'étranglement, s'il arrive, n'est que consécutif. L'opération alors n'a que peu de chance de succès;

---

siège parmi les chirurgiens de longue robe. Un procès s'ensuivit, et les barbiers, selon un ancien écrivain, par arrêt du Parlement du 13 janvier 1614, durent quitter les ornements incompatibles « avec la poudre ». Il est vrai qu'en retour, quelques années après et avant l'époque du procès de Bailly, par arrêt du Parlement du 9 septembre 1641, les barbiers défendaient à leur tour aux chirurgiens de Saint-Côme « de faire, ni faire faire le poil par eux ni par leurs gens, en leurs maisons ou en ville ». En 1652 seulement, vers la fin du procès de Bailly, la fusion des deux corporations eut lieu. Les chirurgiens de Saint-Côme acceptèrent volontiers cette union avec l'ancienne confrérie des *barbiers-perruquiers-baigneurs-étuvistes*, qui avaient hérité de l'influence de leurs rivaux par la faveur des grands qu'ils approchaient, « et par l'avantage d'avoir entre leurs mains des têtes couronnées ».

Le contrat de fusion fut signé le 1er octobre 1652. C'est donc le collège de Saint-Côme seul qui se prononça en faveur de Bailly devant le Grand Conseil, tandis que plus tard, en 1653, à la fin du procès, ce furent les deux corporations réunies qui intervinrent devant le Conseil du roi.

En effet, devant le Grand Conseil, Bailly fût soutenu par les chirurgiens de Saint-Côme. Du côté des médecins de Troyes, se montrait aussi comme partie intervenante la corporation des chirurgiens de cette ville, devenus, depuis peu, il est vrai, « *souples, dociles, soumis au collège des médecins* », tels que les voulait Guy Patin.

La décision du Grand Conseil fut imprimée, et il en existe un exemplaire à la Bibliothèque nationale. Cette pièce est intitulée : « Arrêt du Grand Conseil, rendu à Mantes, contre Nicolas Bailly, maistre-barbier-chirurgien, le cinquième jour d'août 1652, par lequel défenses lui sont faites de ne porter d'autres habits, ni avoir autre enseigne, ni faire autres fonctions que de barbier-chirurgien. »

Dans leur requête, les médecins de Troyes réclamaient : « que défenses lui soient faites de donner aucune drogue, ni remèdes internes, qu'ils n'aient été vus, reçus, approuvés et

le malade, déjà affaibli, est emporté par l'inflammation qui se généralise.

Aussi nous semble-t-il nécessaire d'accepter les conclusions que formulait M. Trélat dans son cours de la Faculté: lorsqu'il s'agit d'une entérocèle de l'ombilic, petite, nettement étranglée, qu'on agisse vite, comme on le ferait pour une hernie crurale; la kélotomie immédiate est de rigueur. S'il s'agit d'une épiplocèle ou d'une entéro-épiplocèle ordinairement irréductible, adhérente, volumineuse, enflammée, pas d'opérations sanglantes, gardez-vous même du taxis: repos, émollients, bains, tous les moyens mis en usage par la thérapeutique ordinaire; mais, jusqu'à nouvel ordre, abstenez-vous d'ouvrir le sac. Enfin, il existerait une troisième catégorie qui renferme des cas de diagnostic malaisé; ici toute la sagacité du chirurgien doit être mise en œuvre: une entero-épiplocèle semblable aux précédentes, mais non enflammée, et dans l'intérieur de laquelle se fait tout à coup l'étranglement d'une anse intestinale nouvellement introduite dans la tumeur. Il faudrait, dans ce cas, intervenir par la kélotomie.

Nous touchons ici à la délicate et difficile question de doctrine de l'étranglement et de l'inflammation: à leurs limites ces deux états ne sont guère reconnaissables l'un de l'autre; aussi, comme maintenant l'incision cutanée et l'ouverture du sac sont relativement peu redoutables avec les procédés antiseptiques, nous pensons que, dans le doute, l'abstention ne serait pas de mise, et il vaudrait mieux ouvrir le sac d'une hernie enflammée que de méconnaître un étranglement. On voit le chemin qu'a fait la kélotomie, et combien ses indications sont devenues plus nombreuses.

Une fois l'opération résolue, il est certaines précautions qui en assureront le succès et sur lesquelles M. Terrier insiste avec raison: incision étendue pour bien mettre à découvert les viscères herniés et se rendre compte de leur état. Souvent le volume de la tumeur est tel qu'une incision rectiligne ne suffirait pas, et l'incision en L d'Alphonse Guérin devient nécessaire. L'intestin est alors exploré avec le plus grand soin; on le lave à la solution forte d'acide phénique; on l'essuie et on le rentre. L'épiploon est également refoulé dans la cavité; s'il est adhérent, on le lie au catgut, on coupe au-dessus de la ligature et on le réduit.

La suture doit porter à la fois sur les parties profondes et sur les superficielles. Si on peut, comme l'a fait M. Terrier, adosser la séreuse à elle-même, puis unir les téguments au-dessus par une autre série de fils, tout en interposant aux deux sutures un petit tube en caoutchouc, rien de mieux. Mais parfois cette manœuvre ne peut être exécutée; le tube alors devra parcourir le sac ouvert jusqu'à l'orifice abdominal, et la suture unique comprendra la plus grande épaisseur possible de tissus. Le sphacèle des téguments, noté dans 3 observations, et qui tient à la grande minceur des parois distendues, n'a jamais eu de grands inconvénients, car la réunion profonde était toujours obtenue au moment où tombaient les tissus gangrénés.

Grâce à ces précautions, grâce au pansement de Lister, grâce aussi à une doctrine bien assise qui fait intervenir sans les hésitations, les fausses manœuvres et les dangereux retards d'autrefois, on en a appelé à l'ancien jugement de Huguier, et désormais on doit traiter les omphalocèles comme on traite les hernies inguino-scrurales.

Paul Reclus.

Nous appelons l'attention du lecteur sur l'article — *Variété* relatif à la réorganisation des services d'accouchements des hôpitaux de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

De l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe, par M. le docteur Catrin, de Condé (Nord).

Dans la séance de la Société de chirurgie du 20 octobre 1880, M. Després a communiqué à la Société quatre observations de corps étrangers de l'oreille, enlevés par M. Roustan (de Montpellier), au moyen d'un fil de fer recourbé et garni de coton.

A ce propos, une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. Després, Gillette, Terrier, Marjolin, Verneuil, Farabeuf. MM. Després et Gillette insistent sur l'efficacité des injections.

M. Terrier fait remarquer que ce procédé classique ne réussit pas toujours; il ajoute que si le corps étranger emplit toute l'oreille, les injections ne peuvent que l'enfoncer. Ici, je me permets de n'être pas de cet avis, et apporte une observation à l'appui; mais d'autre part, lorsque M. Terrier distingue les cas où le corps étranger est arrivé dans la caisse, il est permis d'insister sur l'importance de cette distinction.

Enlever un corps étranger de la caisse est toujours une opération difficile, délicate, qu'on ne peut comparer à l'extrac-

---

de l'ordonnance des dits médecins; qu'il soit condamné aux dépens, dommages et intérêts, pour avoir porté en ses habits et enseignes, autres marques que de barbier-chirurgien... sinon que, pour jouir des privilèges concédés aux dits prévost et maistres-chirurgiens de robe longue de Paris, il ait à y faire sa résidence ».

D'autre part, les chirurgiens de Troyes demandaient « qu'il lui soit défendu, à l'avenir, de pratiquer la chirurgie en la dite ville de Troyes, en qualité de bachelier chirurgien de longue robe de l'Université de Paris, et qu'il lui soit enjoint de faire mettre à bas et ôter son enseigne et tableau nouvellement fait, comme aussi de porter longue robe, soutane et long manteau ».

Malgré l'intervention des chirurgiens de Paris, dans le but de sauvegarder leurs intérêts, qui étaient à ce qu'eux et ledit Bailly soient conservés aux privilèges qui leur ont été attribués et confirmés par les rois », et, sans s'arrêter à cette intervention, le Grand Conseil fit « interdiction et défenses à Bailly de faire autres fonctions, porter plus longs habits, ni prendre autres enseignes que les chirurgiens de la ville de Troyes sont accoutumés à le faire... Donné à Mantes, en notre dit Grand Conseil, le cinquième jour d'août, l'an de grâce mil six cent cinquante-deux, et de notre règne le dixième ».

Guy Patin reçut un exemplaire imprimé des deux arrêts de la Cour du Parlement et du Grand Conseil. « Je vous remercie, écrit-il le 16 novembre 1652, de vos deux arrêts (1). »

Dans la pensée que le procès n'était pas encore terminé et que Bailly en appellerait devant le Conseil du roi, il annonce à Belin que Piètre, l'avocat du Collège des Médecins, vient de quitter la robe pour prendre la soutane. D'ailleurs, ajoute-t-il, « si votre barbier ne s'amende pas, vous ne manquerez pas d'avocat ».

(1) C'est à l'obligeance de MM. Pauly et G. Barringer, de la Bibliothèque nationale, que nous devons d'avoir pu retrouver, dans le recueil Thoisy, ces deux pièces intéressantes.

tion d'un corps étranger situé dans le conduit. De même, la difficulté d'extraire un corps étranger du conduit auditif externe est bien différente, selon que le corps a franchi ou non l'isthme, la partie rétrécie du conduit.

D'ailleurs, avec M. Marjolin, je suis convaincu que les corps étrangers de la caisse seraient encore plus rares qu'ils ne le sont, si le procédé classique n'était pas aussi souvent oublié. M. Verneuil est partisan des injections. Quant au cas de M. Farabeuf, avec M. Després je ferai observer qu'enlever un noyau de cerise ou un épis de blé ne se ressemble pas, et que la pince tirée de la poche de M. Farabeuf n'enlève rien au mérite des injections.

Cette question de l'extraction des corps étrangers du conduit n'intéresse pas seulement les spécialistes; car, le plus souvent, c'est au médecin habituel de la famille qu'on s'adresse dans ces cas. Il n'y a que lorsque celui-ci échoue qu'on appelle un auriste.

Il m'a donc semblé intéressant, d'abord, d'insister sur l'utilité, l'efficacité des injections forcées, de faire connaître l'opinion d'un grand nombre de ceux qui se sont occupés de ce sujet ; enfin, d'examiner, d'autre part, la série innombrable de moyens et d'instruments inventés pour extraire les corps étrangers de l'oreille.

Il se passe rarement un temps considérable sans qu'un confrère ne vienne apporter un supplément à l'arsenal déjà si encombré des instruments destinés à l'extraction des corps étrangers.

Je ne cite que pour mémoire les procédés des anciens : secouer la tête, la frapper, « attacher la teste du patient sur une planche et la bien serrer », etc. Ambroise Paré a fait justice de ces procédés barbares et inintelligents, craignant, dit-il, « la grande commotion et ébranlement du cerveau ».

Comme curiosité, on peut rappeler le lézard d'Arculanus, mordant le corps à enlever ; cela fait souvenir des serres-fines primitives des Arabes, fabriquées avec les mandibules d'un coléoptère.

Egalment étranges sont ces procédés rappelés par Trœltsch, d'après Rau : le gluau, la pomme de rainette, pour attirer les animaux au dehors; la germination des graines et noyaux dans le conduit; enfin la sangsue de Bermond, qui enleva un pois.

Opinion des divers auteurs sur les injections forcées. — Les auteurs du *Compendium* recommandent de n'employer les instruments qu'à titre exceptionnel, et lorsque les injections d'eau tiède n'ont pas réussi (*Compendium de chirurgie*, t. III, p. 147).

J. P. Bonnafont (*Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille*. Paris, 1873) dit que les seuls cas où les injections d'oreille peuvent et doivent être faites avec avantage, sont ceux où il s'agit d'opérer l'extraction des corps étrangers engagés ou accumulés dans le conduit (p. 75). Toutefois (p. 151), il ne donne que des observations d'injections faites par d'autres : un chirurgien dont le nom n'est pas cité, l'opinion de Morgagni, etc., et il ne se prononce pas, mais semble incliner pour l'emploi des pinces.

Cependant il ne dit pas, comme l'affirme M. Collin dans sa thèse (*Des corps étrangers du conduit auditif externe et de leur traitement par les injections forcées*. Paris, Derenne, 1873), que les injections ont de grands inconvénients. Bonnafont n'affirme cela que pour les douches employées par Ménière comme traitement de l'otorrhée (p. 76). J. Toynbee (F. R. S.) (*Maladies de l'oreille*. Paris, Delahaye, 1874) cite sept observations : capsule, crayon, coquillage, tabac, etc. Pour lui, on doit d'abord se servir de la seringue, qu'il emploie d'ailleurs exclusivement pour les bouchons de cérumen. « Les injections d'eau chaude sont généralement tout à fait suffisantes pour chasser tous les corps solides arrondis, etc. » (P. 53.) A. de Trœltsch (*Traité pratique des maladies de l'oreille*, traduit par MM. Kuhn et Lévi. Paris, 1870) dit que les injections sont plus utiles que tous les moyens directs d'extraction (p. 472).

Yearsley (*Diseases of the ear*, Londn, 1863) proscrit d'une façon absolue les injections, dit M. Collin dans la thèse déjà citée, et pourtant le traitement spécial de Yearsley pour l'otorrhée commence ainsi : « Nettoyer l'oreille au moyen d'une injection d'eau tiède. »

James Hinton (Supplément à l'ouvrage de Toynbee, 1874), chirurgien auriste à Guy's Hospital, affirme que tout corps solide peut être extrait avec une seringue et de la patience. Il faut éviter, dit-il, de recourir aux instruments.

M. E. Ménière (*Des moyens thérapeutiques employés dans les maladies de l'oreille*. Thèse de Paris, 1868) : « Les douches liquides sont d'une efficacité incontestable, et un corps étranger, sauf de rares exceptions, peut être enlevé plus ou moins rapidement au moyen des injections, si l'on n'a pas tenté précédemment l'extraction avec un instrument quelconque. » (P. 22.)

M. H. Collin, dans la thèse déjà citée, est partisan convaincu des injections forcées; il cite un certain nombre d'observations personnelles, et résume d'une façon très intéressante la question (Paris, 1873).

M. Paquet (*Traitement chirurgical des maladies des oreilles*. Lille, 1879) : « Le meilleur et le plus inoffensif des moyens d'extraction, c'est l'injection. » (P. 53.) Guersant affirme que jamais les injections ne lui ont fait défaut. Mayor (de Lausanne) était un partisan ardent des injections. M. Debout trouve coupable de n'avoir pas recours aux injections.

M. Després (*Dictionnaire de méd. et chirur. pratiques*,

Bailly ne s'amenda pas, et, appuyé sur l'autorité de la Communauté des chirurgiens de Paris, il en appela à la juridiction supérieure du Conseil privé du roi.

L'ardeur des parties s'accommodait mal de ces lenteurs de procédure : des intrigues furent ourdies, et la lettre suivante de Guy Patin nous fait soupçonner ces impatiences et ces manœuvres. Le 27 septembre 1653, il écrivait à Belin : « Je sais bien que votre affaire contre Baillly a changé de face ; que M. Voisin, gendre de feu M. Talon, avocat général, est allé en Auvergne y être intendant, et que vous avez un autre rapporteur, vers lequel je n'ai nulle connaissance... J'espère qu'un barbier ne fera pas changer l'ordre, ni ne renversera pas les droits des universités qui sont fondés pour le bien public. »

Le 30 décembre 1653, le Conseil privé du roi rendit un arrêt qui clôturait cette longue lutte. C'est grâce à la complaisance d'un des éminents érudits des Archives nationales, M. Tutey, que nous avons pu consulter la minute de cet acte. Il est ainsi intitulé : « Arrêt dans l'instance entre le prévost du Collège et Faculté des chirurgiens de longue robe de la ville et Université de Paris, demandeurs, intervenants en vertu de l'arrêt du 16 mai 1641, d'une part; et la Communauté des docteurs de la ville de Troyes et les barbiers-chirurgiens de cette ville, défendeurs, d'autre part;

» Et entre Nicolas Bailly, bachelier et chirurgien de longue robe du Collège et Faculté de la ville et Université de Paris, pour partie intervenante, demandeur en l'instance du 16 août 1645, d'une part;

» Et la communauté des médecins de Troyes, barbiers et chirurgiens de la ville, défendeurs, d'autre part... »

C'était, en effet, la Communauté des chirurgiens de Paris qui réclamait à son tour, devant la justice royale, le maintien de ses privilèges, et revendiquait pour chacun des frères de la corporation, dont Bailly était un membre, « le droit d'exercer la chirurgie dans la ville de Troyes, de porter la robe longue, de mettre à sa maison l'enseigne de Saint Côme et

OREILLE, p. 53) : « Tous les corps étrangers, pierres, perles, etc., doivent être extraits à l'aide d'injections d'eau avec une seringue à jet très fort. »

M. Duplay (*Traité élémentaire de pathologie externe*, t. IV, p. 43) : « On devra, avant de tenter aucune manœuvre, essayer des injections d'eau tiède poussées avec force. »

M. Tillaux (*Traité d'anatomie topographique*. Paris, 1878, p. 97), n'emploie les injections que s'il est dépourvu d'instruments appropriés ; pour cet auteur, la meilleure méthode est l'extraction avec des pinces spéciales. Les injections ne seraient bonnes que lorsque l'introduction du corps étranger est récente et qu'il n'y a pas tuméfaction du conduit. D'ailleurs, M. Tillaux affirme, contrairement à beaucoup d'autres auteurs, « qu'il n'y a nulle difficulté à extraire un haricot, par exemple ».

En 1878, a paru dans le *Bulletin de thérapeutique* (t. XCIV, p. 311) un travail sur le traitement des corps étrangers du conduit auditif. L'auteur, M. le docteur Bourgeois, affirme que « les injections n'auront le plus souvent pour effet que de nettoyer les abords du corps étranger, car il ne faut pas compter débarrasser le patient par ce moyen ».

Je ne suis pas de cet avis. Il est vrai que cette pessimiste opinion est suivie de la description d'un nouvel instrument, *forceps auris*, sur lequel nous reviendrons.

Gosselin est grand partisan des injections et emploie la seringue classique.

Au congrès d'Amsterdam, section d'otologie, M. Ménière s'est affirmé de nouveau (*Gaz. hebdomad.*, p. 622, 1879 partisan énergique des injecttions forcées ; il cite une observation où des manœuvres intempestives avaient fait passer une pierre dans la caisse ; cette pierre, quelques jours après une chute violente, put être enlevée au moyen de trois injections. A l'appui de son opinion M. Ménière cite les vingt-cinq ans de pratique de son père.

M. Delstanche s'est, dans ce même congrès, prononcé contre les grandes injections, car il trouve les petites suffisantes.

M. A. Guérin (*Éléments de chirurgie opératoire*. Paris, 1869, p. 423) dit avoir échoué avec les injections, même pour du cérumen. Pour les corps durs, il ne cite que les pinces ou le crochet recourbé.

Malgaigne (*Manuel de médecine opératoire*, 8e édit., par Léon Le Fort. Paris, 1877, p. 136) emploie la curette, des pinces spéciales, etc., et dit avoir réussi avec le fil de fer recourbé, dans un cas où les injections de Mayor avaient échoué. Il est même sévère pour les injections : « Les injections d'eau dans le conduit auditif, que l'on regarde un peu légèrement comme si efficaces, n'ont aucune valeur dans les cas difficiles. » L'ultime moyen de Malgaigne est l'épingle recourbée en crochet.

M. Giampetro incise le conduit et fait des injections forcées.

Sédillot (*Médecine opératoire*, Sédillot et Legouest, 1870, p. 236) cite avec beaucoup d'autres moyens les injections de Mayor, mais sans donner son opinion.

M. Legouest (*Traité de chirurgie d'armée*, 1863) ne parle que des curettes, des pinces, et ne cite que les injections salées pour les animaux.

Richet (*Traité d'anatomie chirurgicale*, 1873, p. 148) ne parle pas des injections.

Pour M. Paulet (*Traité d'anatomie topographique*, 1876-1870, p. 187), le meilleur instrument, quand la pince échoue, est la curette articulée.

Voici enfin l'opinion de V. Urbantschitsch (*Lehrbuch der Ohrenheilkunde*. Vienne et Leipzig, 1880), professeur à l'Université de Vienne ; opinion donnée dans un volumineux traité analysé dans les annales de M. Ladreit, mais non encore traduit. Je dois la traduction du passage concernant la thérapeutique des corps étrangers de l'oreille à l'obligeance de M. Andt, pharmacien, et à sa parfaite connaissance de la langue allemande. Urbantschitsch insiste surtout sur le danger des essais infructueux et violents. Il conseille avant toutes choses (vorerst) les injections. L'extraction, dit-il, d'après Trœltsch, est quelquefois facilitée par l'introduction préalable d'eau de savon ou d'huile.

En résumé, l'immense majorité des chirurgiens est pour les injections. Je vais maintenant rapidement énumérer la liste des instruments et moyens employés pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif.

Instruments employés pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif. — M. Spillmann, dans son *Arsenal de la chirurgie contemporaine*, Paris, 1872, p. 447, cite les instruments suivants : 1° instrument de Vidal : un ressort de montre dans une canule plate ; 2° la curette articulée de Leroy (d'Etiolles) ; 3° celle de Cloquet, curette à anse ; 4° les pinces à disséquer à mors longs et aplatis, conseillées par Bonnafont ; 5° les pince-curettes de Roussel de Vallière ; 6° la pince de Bonnafont ; 7° un tire-fond que Cloquet a aussi employé.

Enfin il cite le procédé Bussière : épingle recourbée ; procédé souvent cité sans nom d'auteur (mémoire du docteur Bourgeois). Malgaigne parle du même moyen. Quel est l'inventeur? Je laisse à d'autres le soin de le chercher. Les pinces à dissection.

Les pinces de Dupuytren, et l'instrument de Fabrizi, signalés par A. Guérin (déjà cité). Pince spéciale de Duplay. *Forceps auris* de M. Bourgeois, qui a le défaut commun à toutes les pinces, de nécessiter, pour s'en servir, l'introduction des mors de la pince entre les parois du conduit et le corps étranger. J'ai une fois essayé avec des pinces à mors

---

Saint Damiens, comme ils le faisaient dans la ville de Paris, autres villes et autres lieux du royaume, et de faire défenses aux médecins, barbiers et chirurgiens de Troyes, et tous autres qui appartiendra, de troubler le dit Bailly en la dite fonction, sous peine de mille livres d'amende et de dommages et intérêts ».

Les demandeurs furent condamnés. La communauté des chirurgiens de Paris ne put balancer l'influence du Collège des médecins de Troyes, aidés et soutenus, grâce au zèle de son infatigable doyen, par la Faculté de Paris, et Bailly dut payer des dépens, moindres, il est vrai, que dans l'arrêt du 4 mai 1652.

L'arrêt se termine ainsi : « Le roi et son Conseil, faisant droit, déboute les dits prévost, Collège et Faculté des chirurgiens de longue robe de la ville et Université de Paris, et le dit Bailly, des fins et conclusions de leurs requêtes du 20 mai et 30 août derniers ; condamne le dit Bailly aux dépens modérés à deux cents livres. »

Telle fut la fin de ce procès, dont la durée fut de plusieurs années, pendant lesquelles s'accumulèrent les actes de procédure les plus divers : sentences, monitions, commissions, arrêts, ordonnances, etc. Devant tout ce papier timbré, noirci pour obtenir un tel résultat, comment ne pas se rappeler le classique dialogue des *Plaideurs* de Racine entre haute et puissante dame Golande Cudasne, comtesse de Pimbesche, Orbesche, etc., et Chicaneau — j'allais dire Bailly — s'écriant :

> Quatorze appointements, trente exploits, six instances,
> Six vingts productions, vingt arrêts de défenses,
> Arrêt enfin. Je perds ma cause avec dépens.

Mais Bailly ne perdait pas seul : sa défaite était celle des chirurgiens de longue robe. Si le donneur de pilules de Troyes devenait soumis comme ses confrères, simples barbiers de cette ville, à la juridiction des médecins, l'échec était plus grand pour les frères de Saint-Côme. Il montrait leur impuissance à maintenir leurs privilèges et à défendre les membres

fins, et trouve cette introduction bien difficile. Toynbee s'est servi quelquefois d'une pince rectangulaire, et aussi d'une pince à anneaux-levier, qu'il emploie pour l'extraction des polypes. Ne pas oublier qu'il préconise fortement les injections.

M. H. Macnaughton Jones (*Atlas of diseases of the membrana tympani*. London, 1878, p. 17) parle d'un forceps de Toynbee (Toynbee's forceps) qu'il a employé pour extraire une tumeur sebacée située dans la cavité de la caisse. Ménière a aussi fait construire un forceps spécial. MM. Meyer, Saarlanis et Gardiner Brown ont extrait des corps étrangers par aspiration, raréfaction de l'air dans le conduit (Urbantschitsch, déjà cité).

Hutchinson s'est servi d'une anse de fil métallique : c'est une simplification de la curette Cloquet. Les vrilles tire-fond ont eu aussi leurs partisans : ce procédé me semble bien dangereux pour le tympan.

Trœltsch (déjà cité, p. 472) a employé le polypotome de Wilde pour extraire une boule de cuivre. Le procédé de M. Roustan ressemble fort à celui de M. Bussière, le coton en plus ; on peut varier en mettant de l'amadou, etc. On peut citer comme procédé le morcellement du corps étranger, employé par plusieurs praticiens.

Le docteur Gruber (Desprès, *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*) opère le resserrement des graines par les injections de sulfate de zinc. Un moyen assez ingénieux est celui qui consiste dans l'emploi d'un pinceau trempé dans une solution adhésive : on laisse sécher après avoir appliqué contre le corps étranger et l'on tire. Engel et Löwemberg se sont servis de colle-forte ; Blake, d'une solution de gomme laque et coton dans l'alcool ; Walther, d'une résine adhésive ; Clarke, de l'emplâtre agglutinatif.

Urbantschitsch cite la pince de Trautmann, une pince-levier, la curette Leroy d'Etioles, la baguette aimantée de Rau, le lacet constricteur de Tröltsch (*Schlingenschnürer*). Toutes les curettes, tous les polypotomes, ont eu leurs amateurs :

Polypotome de Wilde, de Blake. Pince fenêtrée ou non de Politzer, de Voltolini. Une pince à articulations multiples de Bruns, tout à fait analogue à la pince de Collin, pour les corps étrangers de l'œsophage. La pince à polype de Guye, Mathieu, Hinton, Trautmann, Duplay. Les curettes de Schmidt, Coxeter, Politzer, Trœltsch, Miczkowski.

Pince de Hunter ; à pédale, de Triquet ; tire-fond de Bonnafont.

Pour les curettes, il semble d'ailleurs qu'il suffise de faire varier l'angle d'inclinaison de la curette sur le manche pour avoir un nouvel instrument, de 1 à 190 degrés en tous sens. On comprend combien il est facile de donner son nom à un outil et de passer ainsi à la postérité.

Après cette longue énumération, j'avouerai toutes mes sympathies pour les injections forcées faites de la façon suivante :

1° Se servir d'une seringue à hydrocèle de préférence à l'irrigateur. Avec celle-là le jet est plus puissant, et l'opérateur est maître de sa force, de sa direction. Pour les concrétions cérumineuses, où il s'agit de diluer, l'irrigateur est peut-être préférable.

2° Se servir d'eau tiède, car l'eau froide expose aux vertiges, syncopes, etc.

3° Diriger le jet, non contre le corps étranger lui-même, mais, et surtout si le corps est volumineux, dans l'angle formé par la paroi supérieure du conduit et la paroi antérieure du corps étranger. Il y a là une décomposition de la force du jet que je ne m'explique pas, mais qui me semble très efficace. On a soin de redresser le conduit en haut et en arrière.

4° Ne pas se décourager, et ne pas croire que dès la première injection le corps étranger doit tomber à terre.

Il est un instrument auxiliaire non indispensable, mais qui évite d'inonder d'eau le patient. On ne trouve pas cet instrument dans les catalogues de Collin, Mathieu, Aubry ; Toynbee en parle dans son traité (p. 65), et en donne la description suivante : « C'est une gouttière composée d'un ressort destiné à passer sur la tête, et à l'une des extrémités duquel s'attache le conduit s'adaptant sous le pavillon, et qui amène l'eau de retour dans le bassin. » On trouve cet instrument, dans les catalogues allemands, sous le nom de *Ohrrinne zum Auffange der Flüssigkeiten* (gouttière à oreille pour recueillir les liquides injectés).

Et maintenant je me permets de citer quelques observations à l'appui de l'efficacité des injections forcées. Je ne parlerai pas des bouchons de cérumen : sur 230 individus pris au hasard, j'ai rencontré 38 cas de concrétion de cérumen plus ou moins volumineuses et altérant plus ou moins la fonction auditive.

Obs. I. — *Noyau de cerise ayant séjourné treize ans dans le conduit auditif.* — Cuvi..., vingt-deux ans, vient me consulter le 6 août 1878, se plaignant de bourdonnements d'oreille occasionnés, dit-il, par un bain froid pris la veille. Mon attention est éveillée par cette particularité que le malade accuse : les bourdonnements ne se manifestent que du côté droit ; de ce même côté la montre est entendue à peine à 3 centimètres. A gauche, l'ouïe est normale. D'un côté comme de l'autre, montre mieux entendue quand elle est placée sur les parois du crâne. Le spéculum de Toynbee me fait découvrir un volumineux bouchon noir obstruant complètement le conduit ; je conclus à du cérumen ; mais, interrogé, le malade me conte ce qui suit : A l'âge de neuf ans, un de ses camarades lui introduisit en jouant un noyau de cerise dans l'oreille. Cuvi... chercha à le retirer ; mais, n'ayant réussi qu'à l'enfoncer plus profondément, il ne dit rien à ses parents, et c'est seulement un an après qu'un médecin appelé tenta l'extraction du noyau au moyen d'un instrument rigide.

---

de leur corporation. Leur étoile, c'est-à-dire leur palette, pâlissait ; et l'éclat qu'elle n'a plus, elle ne le retrouvera que par son union avec la Communauté rivale des maîtres-barbiers, devenus peu à peu les favoris des grands, grâce au rasoir et à « la poudre », grâce aussi à leur souplesse digne de Figaro et au patronage des médecins, qui, satisfaits de leur docilité, avaient favorisé leurs débuts.

Une autre conséquence historique de ce procès mérite plus encore de fixer l'attention. Quel que soit le respect dû à la chose jugée et aux appréciations de Guy Patin, de sarcastique mémoire, doit-on seulement considérer les procédés de Nicolas Bailly comme ceux d'un imposteur et d'un charlatan ? En dehors donc de l'honorabilité douteuse du personnage, que, sans regret, on peut abandonner aux critiques de ses adversaires, n'est-il pas naturel de se demander si la méthode de ce chirurgien n'était pas une imitation, même une simple contrefaçon, des moyens employés par ses prédécesseurs pour prévenir la douleur dans les opérations.

La narcotisation dans le but de supprimer la douleur, et aussi de prévenir l'ébranlement nerveux inséparable des grandes opérations, était probablement une méthode vulgaire. C'était par l'odoration que Théodoric faisait usage, chez ses malades, de « médecines obdormitives qui les endorment, afin qu'ils ne sentent incisions, comme *opium, succus morellæ, hyosciami, mandragoræ, hederæ arboreæ, cicutæ, lacturæ* », au moyen d'éponges imbibées de ces liquides et séchées au soleil. Plongées dans l'eau chaude, elles dégageaient des vapeurs narcotiques que les patients « odorent tant qu'ils prennent sommeil, et, quand ils sont endormis, ils font l'opération » (Jean Canoppe, *Le guidon*, en français. Lyon, 1538, p. 258).

Hugues de Lucques avait enseigné cette pratique à Théodoric, de qui Guy de Chauliac l'avait apprise.

Il existait un autre procédé, dont parle Jean Pesta dans la *Magie naturelle*, et qui consistait dans l'emploi d'une drogue somnifère volatile « qu'on devait conserver dans des vases

Cette tentative n'a pour résultat que de produire une hémorrhagie, peu abondante d'ailleurs, et une douleur très vive. Quelque temps après, deuxième tentative par les mêmes moyens : nouvel insuccès; médecin et malade, découragés, abandonnent le corps étranger.

Depuis cette époque Cuvi... est presque sourd d'une oreille; il est sujet de temps à autre à des bourdonnements qui deviennent insupportables après les bains, surtout si le malade plonge; dans ces cas, quelques vertiges se joignent aux bourdonnements. Cuvi... termine son récit en me priant de ne pas renouveler les tentatives d'extraction; il semble avoir conservé un souvenir très net des douleurs éprouvées dans les opérations antérieures. J'essaye d'abord avec une pince à mors très fins; mais aucun résultat, si ce n'est production de douleur.

Avec une seringue à hydrocèle, je fais deux injections successives d'eau tiède, dirigeant le jet contre la paroi antérieure du noyau; pas de résultat.

Une troisième injection dirigée dans l'angle formé par les parois supérieure du conduit et antérieure du noyau amène rapidement la chute du corps étranger. Enduit de cérumen, ce noyau pèse 375 milligrammes; nettoyé, il pèse 23 centigrammes. Le tympan est un peu rouge dans son hémisphère supérieure. Ouate dans l'oreille. Les bourdonnements persistent quelques jours, puis cessent, et l'ouïe est normale à droite comme à gauche.

Obs. II. — J. J. Bro..., garçon de quatre ans. Otorrhée à droite, datant d'un an. Surdité remarquée par les parents. Appelé le 2 mai 1878, avec un simple irrigateur, j'enlève un petit bouchon cérumineux ayant à son centre une glumelle de blé. Rougeur du tympan. Cessation de l'écoulement.

Au mois d'octobre de la même année, appelé pour un écoulement de l'oreille gauche datant d'un mois, je retire au même enfant, et par le même procédé, un tampon d'ouate situé contre la membrane tympanique. Cessation de l'écoulement.

Obs. III. — 6 novembre 1879. J. Guil..., fille de sept ans, s'est introduit, il y a deux mois, un bouton de gant dans le conduit auditif gauche. Tentatives d'extraction faites avec un irrigateur; otite externe consécutive, et éruption impétigineuse ayant gagné la face. Le bouton est enlevé après quatre injections forcées faites avec la seringue à hydrocèle. L'éruption ne fut guérie que le 15 décembre.

Obs. IV. — 14 mai 1880. Guénée, vingt-deux ans, cultivateur. Extraction d'un grain d'avoine situé dans l'oreille gauche. Injections forcées. Ce corps étranger avait causé une légère otite externe, mais l'ouïe n'était pas altérée.

Obs. V. — 14 mai 1880. Dieuis, vingt-trois ans, cultivateur. Extraction par injection forcée d'un grain d'avoine situé dans le conduit auditif droit. L'ouïe n'était pas altérée, le malade ne se plaignait nullement; le corps étranger a été découvert en examinant les oreilles.

Obs. VI. — 1er juin 1880. Lereverend, vingt-quatre ans, domestique. Ablation, par les injections forcées, d'un volumineux bouchon de cérumen ayant pour centre de formation un morceau de papier.

Obs. VII. — 1er juillet 1880. Pauline, vingt-trois ans, cordonnier. A dix ans, s'est introduit dans l'oreille gauche un petit coquillage qu'il a essayé en vain d'enlever lui-même; n'a pas avoué à ses parents, et a gardé son corps étranger, qui, dit-il, le rend un peu sourd. Montre entendue à 6 centimètres. Extraction après quatre injections. Le lendemain la montre est entendue à 3m,80. Ici le malade s'est aperçu de sa surdité, car l'oreille droite était malade, le tympan était incrusté de dépôts calcaires, et la montre ne s'entendait qu'à 30 centimètres. Dans ce cas, désobstruer l'oreille droite, c'était rendre l'ouïe au malade.

Obs. VIII. — Observation communiquée par M. le docteur E. Vuillemin. Fruit de caroubier introduit dans l'oreille d'un jeune enfant depuis deux jours. Essais infructueux d'extraction avec des pinces. Extraction après deux séances d'injections forcées, faites avec une seringue à hydrocèle.

Pour terminer, je rappellerai qu'une de nos célébrités chirurgicales contemporaines racontait à ses élèves, qu'appelé, dans sa jeunesse, à enlever un corps étranger de l'oreille, il avait eu la naïve bonhomie de montrer la simplicité du procédé des injections à son client. Quelque temps après, dans une pareille circonstance, le client, peu reconnaissant, ne fit pas appeler son médecin et opéra lui-même. Mais ce n'est pas là une raison, nous ne sommes plus au temps des frères Côme, et l'anecdote qui précède ne doit pas nous empêcher de laisser les procédés et médicaments secrets aux industriels qui vivent de la santé et de la bêtise du public.

D'ailleurs il est une consolation : tout n'est pas dans l'instrument, et la main de l'opérateur doit jouer un certain rôle dans l'opération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE MM. BECQUEREL ET WURTZ.

Chirurgie des armées. — M. *Larrey* offre, de la part de M. le général Burns, un volume de 900 pages, intitulé : *Index bibliographique de la chirurgie des armées.* (Nous avons rendu compte de ce volume.)

Muscle petit oblique de l'œil, par M. *Fano.*— M. *H. Bouley* présente, au nom de M. le docteur *Fano*, un travail relatif à la physiologie du muscle petit oblique de l'œil chez l'homme.

Corps organisés des météorites. — M. *Dumas* met sous les yeux de l'Académie un atlas de M. *Otto Ahan* relatif aux météorites et à leurs organismes, c'est-à-dire aux débris des corps organisés qu'elles contiennent. M. Dumas croit que les figures nombreuses que l'on voit dans les météorites ne sont pas l'indice de corps organisés, et la preuve en est que, dans

---

hermétiquement clos. Par l'odoration de cette essence, le patient était plongé dans le sommeil le plus profond, et, à son réveil, n'avait aucune connaissance de ce qui s'était passé ». Coïncidence tout au moins singulière : Bailly, dans sa défense, alléguait l'emploi « d'un *cordial ou essence merveilleuse* ». Quand bien même ce chirurgien n'aurait été qu'un imposteur, il faudrait bien admettre qu'à cette époque la tradition des pratiques de Théodoric, ou bien l'emploi du liquide décrit par Jean Pesta, n'étaient pas encore tombés dans l'oubli (1).

D'ailleurs il est probable que, dans la distillation de l'*aqua ardens*, telle que la décrit Albert le Grand (*Liber de mirabilibus mundi*, in-12, 1553), il se produisait des substances autres que l'alcool impur, et, parmi ces substances, des liquides éthérés et odorants, doués peut-être de propriétés somnifères.

L'emploi des pilules narcotiques, que, d'après Guy Patin, le chirurgien de Troyes mettait en pratique, aurait peut-être plus de rapport avec l'usage des breuvages somnifères, composés de sucs d'herbes de la famille des Solanées et des Papavéracées (1). Les donneurs de philtres et les sorciers ne furent pas seuls à les employer (2). Dans un passage de la

(1) Jean Pesta (*Magie naturelle*, p. 318) conseille encore, pour faire une pomme odorante, d'employer un mélange de « jus de pavot, de mandragore, de ciguë, de » semence de jusquiame et de lie de vin », d'y ajouter du musc et d'en faire des pommes de la grosseur du poing. « En les flairant, dit-il, on provoque le sommeil. » Pour dissiper l'influence de ces somnifères, il conseille « de frotter les tempes, le » nez et les gèuiloires de sel dissous ou distillé en vinaigre, afin que par leurs » efforts ils chassent le sommeil et réveillent l'endormi ». C'est encore là de l'anesthésie par odoration.

(1) Dans un autre passage de Jean Pesta, ces mêmes sucs somnifères, mélangés au styron et au musc, sont recommandés sous forme solide ou sous forme liquide. Telle est encore la substance obtenue par la distillation du jus de pavot, mélangé à d'autres « compositions » et dont le produit était employé « dans la proportion de » ce que peut contenir une coquille de noix ». Il existait même une autre formule plus active, dont les bases étaient les mêmes et dont « la grosseur d'une fève » était suffisante pour obtenir le sommeil et l'insensibilité à la douleur.

(2) Les criminels, au témoignage des anciens chroniqueurs, faisaient également

la fabrication des météorites artificielles, on retrouve ces mêmes figures, qui n'ont certainement pas, dans ce cas, une origine organique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. Brouardel, élu dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : des rapports émanant des médecins-inspecteurs des eaux de Saint-Christau pour 1878, Saint-Honoré, Challes, et Châteauneuf pour 1879;— un exemplaire de l'*Annuaire statistique de la France*, et le tome VII de la *Statistique générale de la France*.

Les préfets de la Savoie et de la Haute-Savoie répondent à l'Académie que les rapports des Conseils d'hygiène et de salubrité de ce département n'ont pas été imprimés jusqu'à ce jour.

L'Académie reçoit : 1° une lettre de M. le docteur Ruijsch (de Maestricht), accompagnant l'envoi d'un rapport en langue hollandaise sur les Écoles de médecine et les hôpitaux, à Paris, à Londres, à Dresde et à Berlin; — 2° une note de M. le docteur Metzquer sur 35 expériences nouvelles prouvant la non-spécificité des phthisies. (Renvoi à la Commission précédemment nommée pour examiner les travaux de M. Metzquer); — 3° MM. Ledentu et de Saint-Germain adressent des lettres de candidature pour la section de médecine opératoire.

M. Pidoux est remplacé par M. Bourdon dans la Commission du prix Desportes.

Nœuds des cordons ombilicaux. Putrescibilité du fœtus dans le sein maternel. — La discussion continue encore devant l'Académie, sur la question si controversée, si pleine d'hypothèses, de la possibilité de mort par les nœuds des cordons ombilicaux. Mais, suivant l'expression de M. Dechambre, que rappelle M. Blot en rouvrant la discussion, elle roule plus particulièrement aujourd'hui sur une question *annexe;* cette question, c'est la putrescibilité du fœtus dans le sein maternel.

Aux assertions de M. Colin sur la putréfaction du fœtus après sa mort dans la cavité de l'œuf, M. Blot ne se contente pas de répondre par le défi qu'il lui a lancé à la précédente séance; il apporte encore un véritable luxe de preuves et d'arguments. Il présente un certain nombre de dessins déjà anciens, datant de 1853, 1854 et 1855, montrant divers fœtus avec les modifications caractéristiques auxquelles ils peuvent être soumis après leur mort: la momification dans les premiers mois, la macération ensuite, tant que les membranes sont restées intactes. Il insiste sur ce fait que si la mort du produit de la conception a lieu pendant la période embryonnaire, l'embryon peut disparaître par une sorte de dissolution dans le liquide amniotique. Dans ces cas, on trouve dans l'œuf, dont les membranes sont toujours intactes: tantôt un embryon plus ou moins déchiqueté; tantôt quelques parcelles d'embryon; d'autres fois simplement un vestige du cordon ombilical, qui sert là comme de témoin de l'existence antérieure d'un embryon que la dissolution a fait disparaître. Enfin, dans quelques autres œufs très jeunes, mais toujours intacts, il ne reste dans la cavité amniotique que du liquide et quelques débris grumeleux. M. Blot montre ensuite combien toutes ces particularités sont classiques depuis longtemps; il donne lecture de leur description dans l'ouvrage de Martin (de Lyon), ouvrage datant de 1835, et même dans le *Traité de la parturition des principales femelles domestiques*, écrit par Rainard en 1845. Les vétérinaires ne devraient donc pas l'ignorer; et il importe d'autant moins de laisser passer les erreurs qui ont été émises, que ces faits ont une grande importance en médecine légale, alors qu'ils pourraient tromper sur l'époque de la conception d'un enfant.

M. *Depaul* combat à son tour les assertions de M. Colin, auquel il oppose plus particulièrement les recherches consignées dans la thèse bien connue de Lempereur, et qu'il invite à constater le manque d'odeur d'un fœtus mort depuis dix-huit jours, expulsé à terme la veille, à la Clinique d'accouchements. La mère, forte, bien portante, d'un bon appétit, primipare, a eu des couches faciles; elle a, dix-sept jours avant l'accouchement, éprouvé le symptôme caractéristique du durcissement momentané des seins, suivi de flaccidité; les mouvements du fœtus avaient cessé brusquement, après avoir été très désordonnés ce jour-là; l'auscultation indiquait l'absence des battements cardiaques, le toucher montrait le défaut de consistance de la tête. L'enfant que présente M. Depaul n'offre que les phénomènes de la macération; son cordon est volumineux et comme infiltré. M. Depaul montre, en outre, un cordon ombilical provenant d'un enfant qu'il vient de mettre au monde, enfant bien portant et pesant près de 8 livres; ce cordon présente un nœud très serré et aplati, qui n'a aucunement empêché l'enfant de crier fortement dès sa naissance; M. Depaul déclare plus que jamais qu'un nœud du cordon ne peut produire la mort sur un enfant né à terme, et il demande à M. Guéniot, en réponse à l'hypothèse qu'il a émise à la fin de la dernière séance, comment, dans le cas qu'il a cité au début de toute cette discussion, le sang du fœtus survivant a pu pénétrer dans les veines placentaires du mort, celles-ci étant oblitérées par des caillots sanguins, d'autant que les départements circulatoires des deux fœtus sont bien distincts.

M. *Guéniot* réplique qu'il a dit en effet que le second jumeau avait dû succomber soit par intoxication, soit par embolies, soit enfin par déperdition sanguine ou par trouble profond de la circulation générale. Mais si les veines placentaires du mort étaient réellement oblitérées par des caillots, il y avait des points où le sang en circulation du second fœtus venait battre contre ces mêmes caillots; la mort par embolie serait donc très possible.

M. *Colin* à son tour maintient le bien fondé de ses asser-

Démonomanie des sorciers, que l'histoire de l'anesthésie doit à l'érudition du docteur Dechambre, dont la science fait autorité, nous avons la preuve que d'autres en faisaient aussi usage.

Par ces breuvages « la personne semble morte, et, néanmoins, il y en a qu'on endort si bien qu'ils ne se réveillent plus... Ceux qui ont été endormis par ces breuvages narcotiques n'ont aucune mémoire de chose quelconque ». Le procédé était, paraît-il, employé en Orient dans l'opération de la castration. Enfin, Bodin ajoute que « les sorciers ne font usage d'aucuns breuvages » (Bodin, *Démonomanie des sorciers*, p. 92, éd. 1580). Ils se servaient donc d'autres moyens somnifères.

En effet, d'après un passage de la célèbre compilation du jésuite Del Rio, ils employaient « des onguents narcotiques naturels..., composés de sucs de pavot, de morelle, de semblables plantes, lesquels ont la vertu d'endormir et d'assoupir le sentiment ».

S'appuyant sur le témoignage de Rémy, le fameux juge de Lorraine, et l'un des plus célèbres brûleurs de sorcières, il ajoute plus loin : « Et nous apprend, ce même Rémy, qu'elles sont accoutumées de frotter et graisser premièrement celui qu'elles veulent endormir... d'un onguent... » (Del Rio, *Disquisitiones magicæ*, trad. Duchesne, p. 223, 224 et 245; éd. in-12, 1599.) Par ces frictions plus ou moins violentes et prolongées, elles obtenaient la pénétration du topique, et devançaient ainsi les procédés modernes, plus complets et plus rapides, de la méthode endermique. L'emploi des onguents était combiné quelquefois avec celui des breuvages. (*Les Sérées*, par Bouchet, sieur de Brécourt. Paris, 1606, p. 39.)

Ainsi donc, narcotisation par odoration, par breuvages, par frictions, ou bien emploi d'une essence volatile, tels sont

usage de préparations narcotiques pour éviter la douleur dans les supplices; ces moyens étaient donc vulgaires. (Claude Lebrun de la Rochette, *Le procès criminel*, in-8°, Rouen, 1611. Voy. Chassagnac, in journal *la Médecine contemporaine*, 1861).

tions, tout en déclarant que chez le fœtus présenté par M. Depaul il n'y avait pas, en effet, de putréfaction, mais parce que ce fœtus n'était pas dans les conditions voulues; tandis que chez les femelles des animaux, lorsqu'un ou deux petits ont été expulsés, il y aurait alors, suivant lui, possibilité de pénétration d'air, possibilité de putréfaction pour les fœtus qui restent encore.

Des fausses dyspepsies en général. — M. Germain Sée communique à l'Académie plusieurs chapitres d'un ouvrage qu'il va prochainement faire paraître. Il s'agit d'une nouvelle théorie (de clinique physiologique d'après le titre) des dyspepsies. Les fausses dyspepsies seraient : 1° des atonies intestinales simples avec constipation habituelle et tympanisme permanent; 2° des atonies d'origine hémorrhoïdaire ou mécanique; 3° des atonies suivies d'entérite muco-membraneuse; 4° des atonies intestino-hépatiques; 5° des atonies spasmodiques de l'estomac. Et de plus celles-ci prendraient la place de cette maladie appelée « vaguement gastralgie, névrose de l'estomac, dyspepsie atonique ». La conclusion d'un changement nosographique aussi considérable, qui appelle à tous égards une lecture attentive de l'ouvrage entier, est que l'atonique souffre toujours, mais digère; le dyspeptique digère toujours mal, et souffre souvent ».

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

De la kélotomie dans les hernies ombilicales étranglées. — Nomination de correspondants nationaux. — Rapport sur le prix Laborie.

M. *le Président* annonce que la séance annuelle solennelle de la Société de chirurgie aura lieu le 19 janvier.

— M. *Terrier* a fait plusieurs rapports sur des observations de hernies étranglées, et il a toujours conclu que le chirurgien ne devait pas quitter le malade avant que l'étranglement fût levé et la hernie réduite. Cet axiome s'applique à toutes les hernies, même aux hernies ombilicales étranglées.

Dans son *Traité des hernies*, M. Gosselin pense qu'on a assombri le pronostic des hernies ombilicales étranglées, et qu'une opération faite dans de bonnes conditions peut être suivie de succès. Huguier, au contraire, conseillait d'intervenir le moins possible. M. Verneuil a dit que si l'on touche aux hernies ombilicales étranglées, on perd 80 malades pour 100; si l'on n'intervient pas, on en perd seulement 25 pour 100. M. Terrier n'est point de cet avis, et il apporte trois observations à l'appui de son opinion.

1° Femme de soixante-dix-sept ans, habitant la Salpêtrière, et portant depuis longtemps une énorme hernie ombilicale, exposée de temps en temps à des phénomènes d'inflammation et d'étranglement. Cette femme entre dans le service de M. Terrier avec des symptômes de péritonite herniaire et des signes d'étranglement interne. Les accidents s'aggravant, on se décide à intervenir. Le sac étant ouvert, on trouve les anses intestinales accolées; pas de traces de péritonite; un second sac herniaire qui existait sur le côté fut incisé; une partie des anses intestinales fut rentrée dans l'abdomen. La malade mourut quelques heures après l'opération.

A l'autopsie, la cavité abdominale étant ouverte, on voit une anse intestinale qui descend entre la paroi abdominale antérieure et le péritoine, où il y avait un sac (hernie propéritonéale). Il n'y avait pas de péritonite, mais l'intestin était rétréci au point où il descendait dans le sac intra-abdominal.

2° Homme ayant une petite hernie ombilicale donnant des phénomènes modérés d'étranglement. Opération. Le sac herniaire, très épais, contenait beaucoup de graisse, pas d'épiploon, et une anse d'intestin grêle qui fut rentrée. Guérison rapide.

3° Femme de quarante-cinq ans. Depuis 1861, tumeur au niveau de l'ombilic, contenant habituellement un épiploon irréductible, et de temps en temps de l'intestin que le médecin arrivait à réduire. Le 10 juillet, après un effort, phénomènes d'étranglement. Opération le même jour, douze heures après le début des accidents. Méthode de Lister, sauf la pulvérisation. Le sac contenait du liquide, une masse énorme d'épiploon et une anse intestinale de 12 centimètres de longueur. Le collet fut débridé; l'intestin non lésé fut réduit; réunion et tube à drainage. Guérison.

Sur trois opérations, voilà deux succès sans avoir employé une méthode spéciale. En ayant soin d'empêcher l'écoulement du sang dans le sac, de nettoyer avec minutie l'anse intestinale, employant les solutions phéniquées, M. Terrier a pu éviter les accidents. La kélotomie peut être pratiquée pour la hernie ombilicale comme pour la hernie crurale; s'il y a une restriction à faire, c'est pour les grosses hernies avec adhérences nombreuses.

M. *Polaillon* a trois observations de hernies ombilicales étranglées; deux ont déjà été publiées.

1° Femme ayant l'anneau ombilical dilaté par des accouchements nombreux; hernie ombilicale qui put être réduite plusieurs fois. Un jour la hernie s'étrangla; opération. La tumeur était grosse comme le poing; dans le centre de la masse épiploïque était une anse intestinale; débridement et réduction de l'intestin; ligature de l'épiploon et résection. Pansement de Lister. Guérison.

2° Petite hernie ombilicale chez une femme. L'étranglement datait de quarante-huit heures. Opération: peu d'épiploon; réduction de l'intestin; suture profonde et suture superficielle. Guérison.

---

les moyens dont la tradition existait encore vraisemblablement au temps de Bailly. Les autres procédés anciens, la compression du cou poussée jusqu'à l'insensibilité générale, la saignée jusqu'à la syncope, la ligature des membres, la compression des nerfs, l'emploi de la pierre de Memphis, ne jouissaient plus de la même faveur au moyen âge que dans l'antiquité.

Il est donc vraisemblable que les remèdes internes dont usait le chirurgien de Troyes étaient des somnifères puissants, et que, s'il fit usage de l'anesthésie par odoration, il employa soit le procédé de Théodoric, c'est-à-dire les narcotiques; soit le liquide volatile dont parle Jean Pesta, « véritable essence ou cordial », selon les propres expressions de Bailly dans sa défense. Des recherches ultérieures, avec de nouveaux documents tirés de l'Instruction criminelle faite à Troyes, permettraient peut-être d'éclaircir ces points encore obscurs. Mais il est une conclusion certaine que l'on peut tirer de ce procès, c'est que l'emploi chirurgical des moyens propres à diminuer la douleur et à abolir la sensibilité dans les opérations fut une tradition vivace dans l'ancienne médecine. Ce fut une des préoccupations constantes des chirurgiens et des savants. L'illustre Denis Papin lui-même y arrêta son attention. Malheureusement son précieux manuscrit nous est inconnu; il a été conservé néanmoins à la bibliothèque du grand-duc de Hesse, et il était intitulé : *Traité des opérations sans douleur*, 1681.

Dans leurs essais plus modernes de narcotisation, Sassard, à la fin du dix-huitième siècle (*Dissertation sur les moyens de calmer la douleur*, in *Journal de physiologie*, 1781), et de nos jours Conrad (de Neufchâtel) (thèse de concours de Courty, Montpellier, 1849), Dauriol (de Toulouse) (*Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse*, 1847), n'ont fait que continuer cette tradition, que leurs prédécesseurs avaient sans doute empruntée aux pratiques des médecins de l'antiquité (1).

(1) Enfin, fait en rapport avec le témoignage de Guy Patin dans ses lettres,

3° Femme âgée. Grosse hernie habituellement irréductible; sous l'influence d'un effort, paraissent des signes d'étranglement. Taxis impuissant. Opération. Réduction d'une portion de l'intestin, laissant dehors les anses adhérentes. Méthode de Lister complète. La malade meurt de péritonite.

Dans les cas de hernies ombilicales étranglées de volume moyen, on a chance de guérir par l'opération; dans les grosses hernies, l'opération a peu de chance de réussite. Dans tous les cas, la peau amincie qui recouvre la hernie est peu propre à la réunion immédiate.

M. *Verneuil* dit que ses opinions d'il y a dix ans étaient basées sur les observations recueillies jusqu'alors; mais depuis l'application des pansements antiseptiques M. Verneuil a changé d'avis. Il faut distinguer les hernies en grosses hernies et en petites hernies. Dans les grosses, avec le taxis, les émollients, le repos, on obtient assez de succès pour recommander, jusqu'à nouvel ordre, de ne pas opérer.

M. *Trélat*. Les doctrines courantes sont contemporaines de la discussion sur l'inflammation dans les hernies et des travaux de Malgaigne. La péritonite étant cause de beaucoup d'étranglements, il était défendu de toucher aux hernies ombilicales.

Mais la chirurgie opératoire a bénéficié des perfectionnements apportés dans les pansements; de plus, les hernies récentes, qu'on respectait autrefois, on les opère aujourd'hui avec succès si l'on arrive avant les complications inflammatoires. Les hernies ombilicales doivent être traitées comme les autres; mais elles sont plus rapidement envahies par l'inflammation que les autres.

La hernie ombilicale n'a pas de sac péritonéal; elle a des enveloppes minces; elle siège dans une région exposée aux chances d'irritation extérieure; ce sont là de mauvaises conditions. M. Trélat a dit, il y a cinq ans, que les hernies étranglées doivent être divisées en hernies récentes, aiguës, avec phénomènes francs d'étranglement; celles-là, aussitôt reconnues, il faut les réduire ou les opérer. Deuxième espèce : hernies volumineuses, anciennes, non réductibles : ici ce n'est pas l'étranglement, mais l'inflammation; il ne faut pas opérer. Enfin les anciennes hernies épiploïques, dans lesquelles vient se faire une entérocèle récente donnant l'étranglement : ici, faire le diagnostic et opérer le plus tôt possible.

— Sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de chirurgie : MM. Pilate, Vibert, Maunoury et Dézanneau.

— M. *Berger* lit le rapport sur le prix Laborie.

L. Leroy.

Société de biologie.

Séance du 8 janvier 1881. — Présidence de M. de Sinéty.

Nouvelles recherches sur l'action du chloroforme appliqué sur la peau. Recherches sur les effets d'applications de chloroforme sur les muqueuses nasals, buccale, pharyngée et laryngée. Effets produits par le chloral liquide, pur, anhydre, appliqué sur la peau: M. Brown-Séquard. — Constitution chimique de la substance musculaire. Action du nerf laryngé supérieur sur la sécrétion salivaire: M. Picard. — Structure de la poche à encre de la seiche: MM. Défossé et Mario. — Décomposition du salicylate de soude par le suc gastrique: M. Yvon. — Électricité développée sur les métaux plongés dans l'eau de mer: M Rabuteau. — Tuberculose expérimentale: M. Martin.

M. *Brown-Séquard* fait les trois communications suivantes :

I. *Nouvelles recherches sur l'action du chloroforme appliqué sur la peau.* — L'auteur a refait les expériences mentionnées dans ses précédentes communications, en ayant soin de faire respirer à l'animal de l'air provenant d'une chambre à un autre étage du laboatoire que celui où l'expérimentation avait lieu. De cette façon, à l'aide d'un tube placé dans la trachée, l'animal respirait de l'air pur, sans trace possible de chloroforme. Les résultats obtenus ont été les mêmes que ceux qu'il a déjà rapportés, avec cette différence que la période d'excitation qui précède ordinairement la résolution, lorsqu'on applique le chloroforme sur la peau, de même que lorsqu'on le fait inhaler, a été un peu plus longue que dans les premières expériences, dont les résultats ont été publiés. Dans cette période d'excitation, qui n'est pas constante, mais qui est extrêmement fréquente, la respiration et les mouvements du cœur sont plus rapides et plus énergiques; l'animal crie et s'agite; il semble être hyperesthésique, et sa température rectale s'élève d'un cinquième ou d'un quart de degré.

II. *Recherches sur les effets d'applications de chloroforme sur les muqueuses nasale, buccale, pharyngée et laryngée.* — L'influence qu'exerce le chloroforme sur ces muqueuses est, en général, plus rapide et bien plus considérable que celle qu'il exerce lorsqu'on l'applique sur la peau. Dans ces expériences, les animaux (chien, chat, lapin, cobaye) respiraient, par un tube fixé dans la trachée, de l'air qui arrivait avec force d'une pièce du laboratoire très éloignée de celle où l'expérimentation avait lieu. Non seulement des inhibitions du cœur et de la respiration ont été presque toujours produites, pour un temps variable et assez court; mais la perte de la sensibilité, celle de la faculté réflexe, et une résolution générale, avec arrêt des échanges entre les tissus et le sang, ont été souvent observées presque immédiatement après l'application du chloroforme faite sur les muqueuses nasale et laryngée. Les mêmes phénomènes ont été observés aussi quand du chloroforme a été versé dans la bouche d'un cobaye ou d'un lapin. Au contraire, chez le chien, l'application du chloroforme sur la partie postérieure de la muqueuse buccale et sur la muqueuse pharyngée a presque toujours produit l'inverse des effets inhibitoires constatés chez d'autres animaux. La respiration s'est activée considérablement, et, dans un cas, un chien a eu jusqu'à

A un point de vue tout différent, ce long procès, si fertile en épisodes, est un exemple de la tenacité des anciennes corporations médicales dans la défense de leurs droits et la protection de leurs membres, le maintien de leurs privilèges et la répression du charlatanisme, cet éternel Protée aux mille formes diverses. Dans ces luttes, enfin, l'esprit de chicane animait souvent les passions les plus étroites, suscitait d'aveugles colères, de mesquines jalousies; et, trop souvent aussi, au détriment de l'honneur et de la dignité professionnels,

Des blasphèmes, toujours ornements des procès,

envenimaient ces luttes. C'était bien l'ironie impitoyable et la plume acérée d'un Guy Patin qui convenaient à ces querelles. Peintre fidèle des qualités et des défauts de l'ombrageuse Faculté, dont il fut, pour un temps, l'âme et le chef, l'illustre doyen nous en a tracé, par tempérament, pour ainsi dire à son insu, l'exact tableau. Il observait bien ces devoirs du portraitiste que Cromwell rappelait un jour avec rudesse au peintre Lely, chargé de reproduire les traits et les rides du redoutable dictateur. « Faites, disait-il, mon portrait avec exactitude et sans flatterie; remarquez bien mes rugosités, mes bourgeons, mes verrues, enfin tous les détails de mon visage; si tout cela n'est pas rigoureusement rendu, vous n'aurez pas un liard. »

Dr Eloy,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Scrive (*Gazette des Hôpitaux*, 1851) a pratiqué l'ablation d'une tumeur chez un Arabe qui avait été narcotisé par l'emploi, pendant trois jours, à doses croissantes, de pilules d'opium. L'opération fut faite dans l'insensibilité complète du patient. On peut encore rapprocher de ce fait les expériences de narcotisation de la Société de médecine de Versailles (*Union médicale*, 25 février 1864), et celles qu'on pratique quelquefois sur les animaux dans les laboratoires de

160 respirations par minute. Il est extrêmement remarquable de voir le chloroforme produire, chez le chien, des effets absolument différents suivant que l'application de cet irritant a lieu sur la muqueuse pharyngée ou sur les muqueuses avoisinantes (arrière-bouche, pharynx) Ce fait est digne d'attention, en raison de la présence de filets sensitifs, provenant surtout du même tronc nerveux, dans le larynx et les parties voisines.

Les influences exercées sur le diaphragme et les nerfs phréniques par le chloroforme versé dans une narine ont été très souvent tout à fait semblables à celles qu'exerce ce liquide appliqué sur la peau d'un côté du thorax et sur une épaule. Il y a eu rupture d'équilibre entre les deux moitiés de l'appareil respiratoire diaphragmatique. En effet, le nerf phrénique et la moitié du diaphragme du côté correspondant à celui de la partie irritée par le chloroforme gagnent en énergie et en durée d'action ou d'excitabilité, après l'ouverture du thorax, tandis que le nerf phrénique et la moitié du diaphragme du côté opposé à celui de l'irritation ont une diminution notable de force et de durée d'excitabilité. Il y a donc alors dynamogénie du côté irrité et inhibition du côté opposé.

III. *Effets produits par le chloral liquide, pur, anhydre, appliqué sur la peau.* — L'auteur s'est assuré qu'une solution très concentrée de chloral hydraté appliquée sur la peau ne produit aucun des effets anesthésiques et autres que l'on obtient lorsqu'on l'injecte sous la peau ou dans les veines. Il n'en est pas ainsi lorsqu'on irrite une portion assez considérable de peau à l'aide de chloral anhydre. L'auteur se borne pour aujourd'hui à signaler l'analogie parfaite qui existe, à beaucoup d'égards entre les effets qui proviennent d'une application de chloral anhydre sur la peau et ceux que produit le chloroforme. Les différences suivantes existent cependant entre l'action de ce dernier liquide et celle du premier : 1° le chloral agit plus lentement, mais il cause la mort bien plus facilement que le chloroforme; 2° le chloral produit, bien plus souvent que le chloroforme, des hémorrhagies pulmonaires, rénales et intestinales; 3° le chloral donne lieu à des sécrétions abondantes des diverses glandes abdominales et cause de la diarrhée, tandis que ces effets manquent plus ou moins complètement lorsque l'on applique du chloroforme sur la peau même en quantité suffisante pour tuer l'animal; 4° le chloral produit du diabète, tandis que le chloroforme ne le fait pas; 5° le chloral semble être absorbé par les vaisseaux de la peau en plus grande quantité que le chloroforme.

L'auteur a constaté, en outre, que ni les inhalations de chloral anhydre ni les applications de ce liquide sur la peau ne produisent l'anesthésie, excepté au moment où l'animal soumis à ces inhalations ou à ces applications est sur le point de mourir. Chez le cobaye particulièrement, qui est anesthésié si aisément par l'inhalation d'une très faible quantité de vapeurs de chloroforme, l'inhalation de vapeurs de chloral est très lente à produire un effet marqué quelconque.

M. *Laborde* rappelle que l'aconitine appliquée sur la peau produit des effets analogues à ceux du chloroforme; mais on observe en même temps des phénomènes généraux. M. Laborde croit qu'à côté de l'action sur le système nerveux périphérique, il y a aussi une action générale sur l'économie due à l'absorption d'une certaine quantité de chloral ou de chloroforme.

M. *Brown-Séquard* dit qu'il a déjà démontré que le chloroforme, appliqué sur la peau, agit directement sur les nerfs périphériques, et qu'il n'agit pas par l'intermédiaire de la circulation. L'expérience suivante, qu'il a faite ces jours-ci, prouve qu'il en est bien ainsi. Il coupe la trachée à un animal et introduit un tube dans le bout inférieur, pour que la respiration se fasse librement; puis il injecte de l'acide carbonique sur la surface de la muqueuse laryngée; très rapidement il observe l'arrêt de la respiration et du cœur; le sang est rouge dans les veines. Il n'y a pas eu absorption d acide carbonique; ce gaz n'a agi que sur les nerfs de la muqueuse.

M. *Rabuteau* pense que le bromal appliqué sur la peau produirait des effets encore plus marqués que ceux du chloral, le bromal ayant une action irritante considérable. Il admet aussi que, dans les expériences de M. Brown-Séquard, les effets dus à l'absorption des anesthésiques s'ajoutent à l'action topique de ces derniers.

— M. *Picard* réclame l'insertion au procès-verbal d'une communication qu'il a adressée à la Société au mois d'avril dernier. Cette note concluait à l'existence dans les muscles d'une substance albuminoïde particulière, une sorte de globuline, qui constitue en grande partie les faisceaux primitifs. Cette substance s'obtient en lavant pendant longtemps des muscles hachés par une solution de chlorure de sodium. Il reste dans les dernières eaux de lavage, ne contenant plus de globules sanguins, une substance albuminoïde qui ne se sépare pas quand on fait passer dans la solution un courant d'acide carbonique, et qui ne se coagule qu'à 58 et 60 degrés. M. Picard a constaté aussi la présence de l'hémoglobine dans les muscles du chien.

— M. *Picard* a trouvé récemment que le nerf laryngé supérieur agit sur la sécrétion salivaire. Si l'on excite le bout central de ce nerf, coupé à la région latérale du cou, on voit la sécrétion de la glande sous-maxillaire notablement augmentée, beaucoup plus que lorsqu'on excite la corde du tympan. L'excitation du laryngé supérieur provoque aussi une hypersécrétion des glandules buccales. On augmente également la sécrétion salivaire en excitant le bout central du pneumo-sympathique chez le chien. Ce phénomène s'accompagne de la dilatation des vaisseaux. M. Picard rappelle que cette action du pneumo-sympathique est connue depuis longtemps en Allemagne.

Le nerf laryngé supérieur agit aussi sur le cœur, dont il ralentit les battements, quand on excite son bout central. Pour bien constater ce fait, il faut expérimenter sur des animaux peu sensibles, afin que les mouvements généraux ne viennent pas masquer l'action du nerf.

— M. *Pouchet* dépose sur le bureau une note de MM. *Défossé* et *Mario* sur la structure de la poche à encre de la seiche. La portion glandulaire de cette poche est formée par des lames ramifiées et anatomosées, constituant un tissu spongieux. Les lames sont recouvertes par un épithélium qui produit le pigment noir. Les cellules pigmentaires tombent dans la cavité de la poche, se détruisent, et le pigment est mis en liberté. L'analyse chimique de ce pigment a montré qu'il se rapproche beaucoup du pigment choroïdien des mammifères. Il résiste à l'action de l'acide sulfurique : l'eau chlorée chaude le décolore.

— M. *Laborde* dépose une note de M. *Yvon* dans laquelle il déclare avoir signalé, avant M. Hallopeau, la décomposition du salicylate de soude en acide salicylique par le suc gastrique, dans l'estomac, et sa reconstitution dans le sang, à l'état de sel de soude.

— M. *Rabuteau*, en plongeant dans l'eau de mer des lames de différents métaux, a reconnu que c'est le zinc qui donne le courant électrique le plus intense.

— M. *Malassez* communique au nom de M. *Martin*, une note sur la tuberculose expérimentale. L'auteur a inoculé à de grands animaux les tubercules qu'il avait obtenus en injectant, sur des lapins, des substances pulvérulentes dans la cavité péritonéale. Ces inoculations n'ont donné aucun résultat : M. Martin en conclut que les granulations qu'il a obtenues expérimentalement ne sont pas de vrais tubercules, bien qu'elles en aient la structure.

— MM. *Bouchereau* et *Laborde* sont nommés vice-présidents pour 1881, et MM. *D'Arsonval*, *Künckel*, *Landouzy* et *Quinquaud* sont nommés secrétaires.

REVUE DES JOURNAUX

La résection du larynx dans le rétrécissement de cet organe, par M. P. Bruns.

Les rétrécissements du larynx, suivant leur nature, leur ancienneté, leur degré, sont justifiables de traitements fort différents. La dilatation progressive suffit généralement même dans les cas graves où le conduit laryngien est le siège d'un rétrécissement cylindrique à peine aussi gros qu'une plume de corbeau, comme il peut arriver à la suite des périchondrites de la fièvre typhoïde. Mais cette méthode, pour arriver au résultat désiré, exige de la part du chirurgien une patience, une douceur continue pendant des années, sans compter la perte de temps; de la part du malade, une grande intelligence et force morale : circonstances qui se rencontrent bien rarement, pour ne pas dire jamais. En fait, l'auteur l'a employée cinq fois sans succès suffisant.

Aujourd'hui, il pratique de préférence la laryngotomie externe et, dans les cas très graves, la résection de toute la partie antérieure des cartilages laryngiens. Dans la gouttière postérieure ainsi formée, il introduit une canule du calibre désiré et laisse la cicatrisation se faire sur la canule. C'est la même opération que pour l'uréthrotomie interne. Attendre la cicatrisation avant d'essayer de poser les canules, expose à de grands mécomptes.

A cette façon d'opérer on oppose deux reproches. Le premier est la perte de la phonation : or, l'opération n'est faite, par définition en quelque sorte, que dans les cas les plus graves, ceux où la voix est depuis longtemps et définitivement perdue. Le second est que l'introduction d'une canule empêche toute guérison; mais il n'est pas impossible que les tissus s'habituent, avec le temps, à une dilatation suffisante, et que l'on puisse sans rien risquer éloigner la canule. (*Berl. klin. Woch.*, n°s 38-39, 1880.)

De l'orchite épidémique, par M. Heller.

Il s'agit d'une forme spéciale d'épidémie d'oreillons, qui n'a pas, que nous sachions, été observée jusqu'ici. Dans le premier trimestre de l'année 1876, entrèrent, à l'hôpital militaire de Dantzig, 29 soldats atteints d'orchite. Trois fois seulement l'affection put être rapportée à une contusion de l'organe : huit fois, on avait constaté l'existence antérieure d'une parotidite, deux fois l'oreillon existait encore. Il n'en est pas moins extraordinaire que dans *seize* cas l'orchite présentait les symptômes caractéristiques de l'orchite oreillarde, sans qu'il y ait eu de manifestations du côté de la parotide. Toute idée d'origine traumatique ou vénérienne doit être écartée, vu l'évolution orageuse et rapide de la maladie.

L'auteur rappelle à ce propos la très singulière opinion de Kocher (qui est, comme on sait, professeur de chirurgie à Berne) sur la nature des oreillons. Ce serait une inflammation épidémique des muqueuses en contact avec l'air : la parotidite est un accident secondaire consécutif à une stomatite, de même que l'orchite est consécutif à une uréthrite. Aucun des malades de Heller ne s'est plaint de symptômes du côté des voies urinaires.

Heller a eu l'occasion d'examiner depuis cette époque 10 des malades qu'il avait traités. Cinq fois le testicule était manifestement atrophié (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 38.)

De l'aphonie spasmodique, par le docteur A. Jurasz.

Schnitzler a signalé le premier, en 1875, cette affection qui paraît être très rare, puisque le nombre des observations publiées jusqu'ici est de 4 seulement. Le symptôme principal du spasme de l'appareil phonateur est une aphonie plus ou moins complète. Cette aphonie se distingue, à toutes ses périodes, de toutes les autres, par la qualité de la voix, qui est toujours *pressée* (*Gepresstsein*) et a été comparée par Scheck a celle qui suit immédiatement les cautérisations des cordes vocales (voix de Jean Hironx). En même temps le malade ressent une constriction douloureuse dans la gorge et une pression gênante dans la poitrine. A l'examen de la poitrine, on est frappé de l'absence de tout symptôme pathologique : la dyspnée spécialement fait toujours défaut. Du côté du système nerveux, on observe généralement des complications, d'ordinaire des convulsions diverses qui sont probablement en rapport avec le spasme phonateur. Au laryngoscope on trouve un larynx parfaitement normal, tant que le malade se contente de respirer; dès qu'il veut émettre un son, on peut voir la partie de la glotte destinée à la phonation se fermer d'un mouvement brusque, les fausses cordes peuvent participer à cette convulsion. Dès que le malade cesse ses efforts, tout rentre dans l'ordre ; plus il cherche à parler, à combattre le spasme, moins il y réussit.

Comme traitement, la galvanisation de la moelle mérite le plus de confiance, associée à un régime général fortifiant. Les antispasmodiques et les nervins ne sont d'aucune utilité. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

De l'action de l'acide phénique sur l'organisme, par M. Gies.

Solution de quelques questions importantes.

1° Les symptômes nerveux consécutifs a l'emploi de l'acide phénique ont-ils leur point de départ dans le cerveau ou dans la moelle? — Dans la moelle dont l'irritabilité est exagérée. Les grenouilles décapitées et phéniquées présentent les mêmes convulsions que les grenouilles entières.

2° Quelle est l'action du médicament sur l'appareil circulatoire? —L'acide phénique apporté par le sang au centre vasomoteur en détermine la paralysie: d'où dilatation des vaisseaux périphériques, diminution de la somme des résistances, diminution de la pression sanguine. Il suffit d'expérimenter sur les lapins dont la moelle allongée est intacte ou sectionnée en travers.

3° Quelle est l'action sur le système musculaire? — La force des muscles des grenouilles intoxiquées est beaucoup au-dessous de la normale.

4° La sécrétion sudorale est-elle augmentée par l'acide phénique? — Oui, et cette action est signalée par plusieurs observateurs. L'action est centrale, puisqu'elle n'existe pas sur les membres dont le nerf est coupé. La proportion est de 29 : 1.

5° La sécrétion salivaire est-elle de même augmentée? — Oui (Lemaire, Hoffmann, etc.). Gies a trouvé la proportion de 3 : 5/7.

6° Quelle est la teneur des principaux organes en acide phénique, après l'intoxication par cet agent? — Moyenne de six expériences : foie, 0,009 pour 100; reins, 0,013 pour 100 ; cerveau, 0,026 pour 100; sang, 0,125 pour 100; muscles, 0,00125 pour 100.

7° Quelle est la cause de la mort? —A petite ou moyenne dose, la paralysie du centre respiratoire ; à forte dose, la paralysie du cœur. (*Archives de Klebs*, t. XII, p. 401.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'anémie consécutive aux hémorrhagies traumatiques, par le docteur KIRMISSON. In-8 de 140 pages. Ad. Delahaye et E. Lecrosnier, Paris, 1880.

Pour se conformer au titre même de sa thèse, l'auteur a dû étudier d'abord les caractères de l'anémie traumatique, c'est-à-dire l'anatomie et la physiologie de cette complication du traumatisme, et dans une autre partie il a examiné quelle peut être la part d'influence de l'anémie traumatique sur les phénomènes généraux et les complications des blessures.

Le champ d'observation à explorer était vaste, et l'auteur s'est efforcé de nous en retracer la topographie avec toute la rigueur possible; malheureusement on s'aperçoit que ce sujet, tout en comportant des chapitres très riches en documents, était fort difficile à traiter d'une manière égale en ses divers chapitres. Une telle revision est intéressante parce qu'elle nous montre combien il est nécessaire qu'à certains moments on examine dans son ensemble une question qui concerne la pratique de chaque jour. comme celle-ci. On voit alors que, soumise à un examen méthodique, cette question en apparence si simple offre des lacunes considérables qu'on ne saurait combler que par des recherches de laboratoire ou des investigations bibliographiques. Ces remarques ne diminuent en rien le mérite des recherches tentées par M. Kirmisson sur certaines particularités de l'histoire de l'anémie traumatique qui ont à peine été étudiées.

L'anatomie pathologique de l'anémie, que celle-ci soit aiguë ou bien qu'elle survienne lentement à la suite d'hémorrhagies soudaines repétées, comporte surtout l'étude du sang. Depuis les premiers travaux de Denis, d'Andral et Gavarret, de Vulpian et Dechambre, de Vierordt, les documents relatifs à l'état du sang ont été nombreux et donnent des renseignements généraux qui, ajoutés aux nouveaux moyens de numération des globules du sang, ont acquis assez de précision pour qu'on puisse rapprocher ainsi les faits expérimentaux des observations cliniques. « En résumé, dit l'auteur, l'étude des altérations du sang dans l'anémie traumatique permet de conclure que tous les éléments de ce liquide sont plus ou moins altérés, la masse totale du sang est diminuée, la quantité d'eau augmente, la proportion des leucocytes de même; la densité du sérum est moindre, mais l'altération fondamentale, c'est l'abaissement du chiffre des hématies, qui représentent l'élément le plus vivant du sang..... »

Il n'y a pas seulement altération numérique; mais les hémorrhagies graves agissent sur la valeur en hémoglobine, et ont pour conséquence la diminution de l'oxygène contenu dans le sang; d'où un changement dans la proportion relative des gaz du sang, l'oxygène diminuant plus que l'acide carbonique.

L'étude physiologique de la réparation du sang à la suite des hémorrhagies est entrée dans une phase nouvelle depuis les recherches d'Hayem, Malassez, Pouchet, Viney. Mais c'est encore un sujet en voie d'évolution.

L'étude clinique, c'est-à-dire l'étiologie, les symptômes, la marche et les terminaisons de l'anémie traumatique, ont été envisagés plutôt au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique ; l'auteur a ébauché les rapports du choc et de l'anémie par hémorrhagie ; il lui eût été cependant possible de donner à son court chapitre de l'influence des hémorrhagies sur le système nerveux les développements que réclame, même dans un résumé, cette question, éclairée déjà par les travaux de M. Brown-Séquard sur « les arrêts des échanges ».

Quoi qu'il en soit, cette thèse sera fort intéressante à consulter, et elle est de nature à encourager les recherches nécessaires pour la compléter.

A. H.

VARIÉTÉS

Réorganisation des services d'accouchements.

Les services d'accouchements des hôpitaux de Paris réclament d'importantes réformes; sur ce point l'opinion est unanime.

On connaît l'organisation actuelle : il existe des *services spéciaux* et des *services annexés*. Les premiers, au nombre de trois, sont dirigés par des chirurgiens; les seconds, au nombre de huit, ainsi nommés parce que, dans les hôpitaux où ils sont répartis, des salles d'accouchements sont « annexées » à des services généraux, ont à leur tête des médecins qui font double fonction : ils soignent, d'une part, les femmes en couches; et, d'autre part, les malades qu'amène quelque autre maladie.

On ne formule, à notre connaissance, aucun reproche contre les services spéciaux : Cochin, la Maternité et les Cliniques ont été et demeurent des centres où les accouchements sont bien faits, les femmes bien soignées; des maîtres s'y succèdent, dont plusieurs jettent sur leur art un éclat que nul ne méconnaît. M. de Lanessan atteste cet accord, puisque, dans un des considérants de sa récente motion au Conseil municipal, il met ces hôpitaux hors de cause.

Il n'en est plus de même pour les services annexés. Certes, l'opinion du public médical ne ratifie pas les paroles de M. de Lanessan, et l'on ne croit pas « que les médecins et les chirurgiens chargés de ces services soient obligés, dans les cas difficiles, de faire appel à l'aide d'accoucheurs n'appartenant pas à l'Assistance publique ». Du reste, M. Bourneville s'est chargé, dans une note, de montrer ce que cette assertion avait d'excessif à l'égard d'hommes dont l'incontestable compétence est justement invoquée par l'auteur du rapport sur le budget de l'Assistance publique.

Cependant il n'en est pas moins vrai que quelques-uns de ces médecins, déjà fort occupés par leur service général, n'ont plus le temps matériel pour surveiller les salles « annexées », peut-être moins activement visitées que les autres. Il y a donc là un premier écueil. D'autre part, l'organisation de ces services est évidemment défectueuse, et nous craignons que M. de Lanessan n'exagère que peu lorsqu'il dit : « En dehors des heures de la visite, les femmes en couches sont livrées aux soins de personnes incompétentes. »

Eh, mon Dieu! si nous voulions tant soit peu ergoter, nous ferions remarquer à M. de Lanessan que, sans doute, il ne croit pas, autant que veut bien le dire son troisième considérant, à l'ignorance des chefs de service actuels, puisque, dès le quatrième, il ne trouve de personnes incompétentes « qu'en dehors des heures de la visite ». Pendant la visite donc, lorsque le médecin est là, les femmes en couches sont en de bonnes mains! Mais n'insistons pas sur ces contradictions : nous trouvons l'organisation défectueuse; il faut y porter remède, et se hâter d'accueillir tous les efforts et toutes les bonnes volontés.

Le ministre de l'intérieur est le maître; c'est à lui de décider les réformes; mais deux autorités ont droit de présenter leurs vœux de par le vieil axiome « Qui paye conseille » : le Conseil municipal, car il inscrit à son budget plus de 13 millions pour les hôpitaux, et le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, car cette dernière entre de son chef pour plus de 18 millions dans la dépense totale, qui s'élève à 31 millions par an. Tous les deux se sont préoccupés de la situation ; ils ont présenté chacun un projet que nous allons exposer, tout en faisant remarquer que celui de l'Administration n'est pas définitif. Le rapport de la sous-commission est déposé, mais nous ne croyons pas qu'il soit d'ores et déjà sanctionné par un vote de la commission et du Conseil de surveillance.

Le projet du Conseil municipal est rédigé par M. Bourneville. La forme nous en a paru en certains points trop vive;

mais nous y avons retrouvé le soin et la netteté que l'honorable conseiller apporte à tout ce qu'il fait. Il rappelle que, dès le mois de mai 1878, un vœu fut déposé demandant « la création de services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices; de confier ces services à des médecins accoucheurs nommés à la suite d'un concours imposant des connaissances générales et spéciales ». « Les services destinés aux accoucheurs devraient comprendre les femmes enceintes *malades pendant leur grossesse*, les femmes dont la grossesse est anormale ou compliquée, les femmes en couches, les *femmes malades de suites de couches immédiates ou éloignées*, les nourrices. »

Ce vœu fut voté à la suite d'un rapport de M. Bourneville, la même année, et fut renouvelé depuis, en décembre 1878 et en décembre 1879. Le Conseil demande de nouveau, en décembre 1880, sur la proposition de M. de Lanessan et le rapport favorable de M. Bourneville, « de mettre au concours en 1881 deux places d'accoucheurs et deux places de sages-femmes; au commencement de l'année 1882, deux autres places seront mises au concours pour deux médecins accoucheurs faisant fonction de médecins accoucheurs du Bureau central, c'est-à-dire chargés de remplacer les médecins accoucheurs titulaires en cas d'absence. Ces médecins accoucheurs prendraient possession des services d'accouchements à mesure de leur organisation. L'attention des hommes laborieux étant appelée du côté de cette branche des sciences médicales, il n'y aurait aucun danger, pour le niveau du concours, à donner deux autres places vers la fin de 1882, soit six places en deux ans. Les médecins accoucheurs devront jouir des mêmes prérogatives que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux. »

Le projet de la sous-commission, composée de MM. Trélat, président, Guéniot, Polaillon, Lucas-Championnière et Nicaise, rapporteur, s'il diffère du précédent en ses parties essentielles, s'en rapproche par quelques points. D'abord, de part et d'autre on demande l'adjonction de sages-femmes munies d'un diplôme de 1re classe. Les femmes en couches ne seront donc plus « livrées, en dehors des heures de visite, aux soins de personnes incompétentes ». Nous pouvons dire aussi que, *pratiquement*, les deux projets réclament, non l'adjonction de services spéciaux, mais leur substitution aux services annexés. En effet, le Conseil municipal, je suppose, ne demande pas la disparition des services annexés avant la création d'un nombre suffisant de services spéciaux, et la sous-commission, de son côté, déclare qu'elle installera des services spéciaux « dans les hôpitaux désignés par leur position et le nombre des accouchements qui s'y font annuellement ». On parle déjà de la création de quatre services spéciaux, qui prendront la place de quatre services annexés. Ce n'est qu'un commencement, et voici ces derniers qui de huit sont réduits à quatre!

Nous insistons sur ce point, — création de services spéciaux et suppression des services annexés — car il nous paraît contenir, en partie, la solution du problème. Les lits de femmes en couches « annexés » qui échoient à un médecin ne constituent que la moindre partie de son service. S'il n'aime pas les accouchements, il accepte quand même, car son activité et sa curiosité scientifiques trouvent un emploi suffisant aux soins des autres malades, et sa conscience est satisfaite par le long temps que chaque jour il leur consacre. Rien de semblable n'est à craindre dans les services spéciaux. Il n'y a là que des accouchements à faire; si on éprouve quelque répulsion pour ce métier, on ne prend pas le service; si on l'accepte, on s'en occupe, on s'y intéresse; l'expérience l'a prouvé surabondamment, et c'est de là que sortent nos meilleurs accoucheurs. Ai-je besoin de donner des noms qui sont sur toutes les lèvres?

C'est dans le mode de recrutement des chefs de service qu'éclatent les divergences entre les deux projets. Le Conseil municipal réclame un concours spécial; la commission pense que l'Assistance publique possède, dans les chirurgiens du Bureau central, un personnel désigné d'avance pour occuper les nouvelles places.

Un concours spécial pour des services spéciaux! Cette idée est fort séduisante; mais, avant de se décider, nous croyons qu'il faut y regarder à deux fois et bien peser le pour et le contre. Nous ne demandons qu'à nous laisser convaincre; cependant voici, à première lecture, les objections qui nous viennent.

Si les nouveaux chefs de service devaient se borner à faire des accouchements, nous ne verrions que peu d'inconvénients au mode de recrutement que l'on propose. Mais, d'après le projet du Conseil municipal, « les femmes malades pendant leur grossesse, — les femmes malades des suites de couches immédiates et éloignées » seraient soignées dans les services spéciaux. Cette formule nous semble assez large pour englober, sans entorse à la lettre et peut-être à l'esprit du projet, la gynécologie presque tout entière.

Or les ovaires et l'utérus, qui autrefois n'étaient guère abordables que par les voies naturelles et dont la chirurgie était presque nulle, sont devenus, depuis que par la laparotomie la voie abdominale est ouverte, les organes sur lesquels se pratiquent les opérations les plus délicates et les plus périlleuses. Une éducation chirurgicale complète est absolument nécessaire, et nous croyons que, sous ce rapport, les chirurgiens du Bureau central sont mieux qualifiés.

Il est vrai que, dans le projet du Conseil municipal, le concours impose « des connaissances générales et spéciales ». On demandera donc que les candidats fassent preuve de haute chirurgie. Mais ce sont les concurrents, bien plus que les matières exigées, qui font la valeur des épreuves. Or il est certain qu'à cette heure, et peut-être pour longtemps encore, les candidats du Bureau central font seuls les longues et pénibles études qu'exige la chirurgie. Sans doute les « médecins accoucheurs » en feront aussi, mais jusqu'à présent la tradition n'est pas là. Leur internat, lorsqu'il est complet, ne compte guère qu'une année de chirurgie; puis leurs études « générales » s'arrêtent.

Malheureusement la contre-partie est vraie, et si les accoucheurs, je ne dis pas « ne savent pas » la chirurgie, mais du moins ne peuvent donner aucun gage de leurs connaissances, les chirurgiens d'ordinaire ignorent leurs accouchements en entrant au Bureau central. La commission demande qu'on introduise dans les concours de l'internat et du Bureau central, en chirurgie, « une épreuve de tocologie ou de gynécologie ». A la vérité c'est quelque chose, mais nous ne croyons pas à l'efficacité absolue de cette mesure qu'il faut cependant adopter. Il en sera de cette épreuve comme de celles qui, dans les concours des médecins accoucheurs, devraient prouver « leurs connaissances générales ». Elle vaudra ce que la feront les candidats, et il est possible que ce n'est pas sur elle que portera l'effort.

Non: nous croyons que la création des *services spéciaux* aura plus d'influence que toutes ces mesures. Les vocations irrésistibles sont exceptionnelles, et nous voyons l'hôpital bien plus que les études antérieures créer « les spécialités ». Saint-Louis, Lourcine et le Midi ont fait nos syphiliographes; nos hôpitaux d'enfants, les orthopédistes; la fondation Civiale, nos chirurgiens urinaires; et notre professeur d'ophthalmologie est né d'un service créé à Lariboisière. N'en est-il pas de même pour les accouchements? Cochin et la Maternité nous fournissent des accoucheurs dont nous avons le droit d'être fiers. Les services réclamés par les besoins nouveaux augmenteront leur nombre.

Nous sommes loin de croire qu'un concours spécial d'accouchements ne donnerait toujours que des résultats médiocres! Certaines individualités qui, dit-on, s'y présenteraient, nous sont un garant du contraire, du moins pour les premières nominations. Mais « les hommes passent et les institutions restent »; aussi faut-il autant que possible faire des règlements qui, bons pour le présent, sauvegardent aussi

l'avenir. Ne pourrions-nous pas citer un exemple récent? Un concours spécial est institué pour la nomination de médecins aliénistes; les premiers élus ont été excellents. Or on nous dit qu'au second concours il n'y a eu que 4 concurrents pour 2 places; et de ces concurrents, quelques-uns, très recommandables d'ailleurs, n'auraient fait, dit-on, aucune étude « spéciale » des maladies mentales.

Il faut donc réfléchir avant de prendre parti; la chose en vaut la peine, et nous nous proposons d'y revenir encore. Mais déjà si, comme le projet municipal le comporte, les services d'accouchements deviennent des services de gynécologie, avec la haute chirurgie que cette dernière entraîne, le concours spécial ne nous semble pas donner de garanties suffisantes. Pour ne parler que des morts, depuis Antoine Dubois jusqu'à Velpeau dont M. Bourneville invoque l'autorité, les chirurgiens ont montré qu'ils savaient être fort bons accoucheurs; les accoucheurs ont moins prouvé chez nous que la réciproque fût vraie.

Et si nous insistons, c'est que nous touchons ici à une question bien grosse : à notre époque, les sciences médicales ont fait de tels progrès que la spécialisation devient nécessaire : pour bien étreindre il faut peu embrasser. Mais doit-on commencer par la spécialisation ou finir par elle? Jusqu'à présent l'Ecole de Paris a opté pour cette dernière solution. Elle pense, comme tout se tient dans l'organisme, et que l'affection particulière n'est souvent que la manifestation d'une maladie générale, qu'il est bon de parcourir le champ tout entier de notre art avant d'en clôturer une partie pour la travailler plus profondément.

Le concours du Bureau central en médecine et en chirurgie est la porte d'entrée de nos hôpitaux. Peut-être serait-il sage de continuer cette tradition. Lorsque nos accoucheurs actuels ont voulu un service de l'Assistance publique, ils ont concouru et l'ont conquis de haute lutte. Pourquoi les nouveau-venus n'en feraient-ils pas de même? Nous en connaissons pour qui ce serait un ennui peut-être, mais non pas un obstacle. Qu'ils fassent comme leurs devanciers. Plus ne serait besoin alors de spécifier dans un rapport « qu'ils devront jouir des mêmes prérogatives que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux ». Ces prérogatives, ils les tiendront du même combat.

Paul RECLUS.

CONSULTATIONS A LA SALPÊTRIÈRE. — Conformément à un vœu autrefois exprimé par M. Charcot à M. Husson, directeur de l'Assistance publique, des consultations gratuites pour maladies mentales et autres maladies du système nerveux vont être ouvertes à la Salpêtrière, dans une petite annexe construite à cet effet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — *Prix de la Société à décerner en* 1882. — La Société met au concours la question suivante : *De l'influence exercée par l'adoption de la méthode antiseptique de Lister sur la thérapeutique des maladies articulaires.* Le prix, d'une valeur de *mille francs*, sera décerné au commencement de l'année 1882.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. Douaud, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Magnan reprendra les leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 23 janvier, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure.

Les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur l'étude des impulsions et des actes des aliénés au point de vue du diagnostic et de la médecine légale.

LE DOCTEUR BACCELLI. — M. le docteur Baccelli, professeur de clinique médicale, médecin de l'hôpital du Saint-Esprit, à Rome, vient d'être nommé ministre de l'instruction publique. L'honneur de diriger les affaires de l'Etat est souvent échu, soit dans le Piémont, soit dans l'Italie une, à des membres du corps médical.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Question disciplinaire.* — M. le docteur Regnault, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes, pour avoir pris part à une manifestation publique organisée à l'occasion de l'application des décrets relatifs aux congrégations religieuses, avait été révoqué de ses fonctions par le Conseil académique. Dans l'une de ses dernières séances, le Conseil supérieur, prenant en considération les circonstances de la cause et les titres universitaires de M. Regnault, a réduit cette condamnation à la peine de la suspension, sans traitement, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

CONSEIL SUPÉRIEUR DES PRISONS. — En modifiant la composition actuelle du Conseil supérieur des prisons, le ministre de la justice vient de supprimer, on ne devine guère pourquoi, le nom du président de l'Académie de médecine parmi les membres de ce Conseil.

MORTALITÉ A PARIS (1re semaine, du vendredi 31 décembre 1880 au jeudi 5 janvier 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1035, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 63. — Variole, 20. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 44. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 35. — Phthisie pulmonaire, 163. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 53. — Bronchite aiguë, 47. — Pneumonie, 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 28; au sein et mixte, 19; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 115; de l'appareil circulatoire, 73; de l'appareil respiratoire, 76; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 21. — Causes non classées, 5.

Bilan de la 1re semaine. — On a enregistré cette semaine 1035 décès au lieu de 996, soit une augmentation de 39 décès. Il y a accroissement des décès typhiques : 63 (dont 5 militaires) pour cette première semaine de l'année, au lieu de 25 (dont 3 militaires) pour la dernière semaine de 1880. Pour les hôpitaux civils, les chiffres des admissions dans les cinq dernières semaines (du 29 novembre au 2 janvier) se sont succédé comme il suit : 48, 60, 65, 92. Relativement à la distribution par quartier, on constatera l'existence de trois ou quatre centres bien accusés : d'abord le quartier *Saint-Merri*, qui, à lui seul compte 5 décès typhiques; puis les quartiers *Saint-Vincent-de-Paul* et *Saint-Martin*, chacun 4; enfin *Saint-Georges*, *Picpus*, *Quinze-Vingts*, *Combat* et *Père-Lachaise*, chacun 3. D'autres maladies épidémiques ont vu croître aussi le nombre de leurs victimes : la variole, dans une très faible mesure; mais elle présente toujours ses mêmes lieux de concentration, dans les quartiers voisins de *Sainte-Marguerite* et des *Quinze-Vingts*, tous deux contigus à l'hôpital *Saint-Antoine* et à son dépôt de varioleux, contenant encore 50 malades. Les décès par rougeole ont monté de 17 à 25; les quartiers des *Epinettes* et de *Belleville* en comptent chacun 3. Cependant la diphthérie a plutôt baissé (47 à 44); mais le quartier de *la Roquette* a encore 4 décès par diphthérie. Il est bien remarquable que ce quartier a le triste privilège d'être un foyer constant de cette redoutable affection : ainsi les décès par diphthérie relevés dans ce quartier dans les neuf semaines précédentes se succèdent comme il suit : 1, 2, 4, 1, 2, 3, 5, 4, 4. Quant aux décès par maladies locales, la plupart se sont accrus, mais surtout ceux de l'appareil cérébro-spinal, qui de 94 se sont élevés à 115.

Depuis quelques semaines la natalité reste fort élevée, puisque l'on a enregistré cette semaine 1148 naissances vivantes. C'est un des plus gros chiffres que nous ayons vus.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris

---

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 20 janvier 1881.

Séance de l'Académie de médecine.

La communication faite à l'Académie de médecine, en son nom et au nom de M. Lannelongue, par M. Maurice Raynaud, nous paraît mériter, à deux points de vue différents, l'attention de tous ceux qu'intéresse l'étude des maladies virulentes. Dans une première note présentée il y a un an à l'Académie des sciences (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 717), M. Raynaud avait cru pouvoir affirmer la transmissibilité par inoculation directe de la rage de l'homme au lapin. Or, les nouvelles expériences qu'il vient d'instituer, dans un cas analogue, ont donné des résultats différents, mais non moins importants à signaler. D'autre part, sollicité par les dernières paroles de son confrère à intervenir dans la discussion, M. Pasteur s'est cru autorisé à annoncer dès aujourd'hui qu'il avait reconnu dans le sang rabique l'existence d'un microbe que l'on pourrait considérer comme l'agent virulent de cette maladie si redoutable. On lira au compte-rendu de l'Académie (p. 38), et surtout au *Bulletin*, le détail des expériences faites par MM. Raynaud et Lannelongue. Rappelons seulement que, les recherches de M. Galtier (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 577) ayant contribué à mieux faire voir que la rage du chien pouvait être, par l'inoculation directe de la salive rabique, inoculée au lapin, on se trouvait en mesure de soutenir que, d'après les expériences nouvelles, cet animal avait été atteint de la rage ; que la période d'incubation était, dans ce cas particulier, beaucoup plus courte que chez les autres animaux ; enfin que les symptômes rabiques qui prédominaient chez le lapin semblaient être non les phénomènes d'excitation qui caractérisent la rage dans l'espèce canine, mais des convulsions cloniques et diverses formes de paralysie. Les premières expériences de M. Raynaud semblaient avoir cette signification. Les symptômes observés le mois dernier sont beaucoup moins nets. Ils sont même, de l'aveu de MM. Raynaud et Lannelongue, assez peu caractéristiques. La tristesse, l'abattement, le refus de manger, l'immobilité de l'animal, qui reste, plusieurs heures durant, l'œil terne et les oreilles basses, s'observent toutes les fois qu'un lapin a été soumis à un traumatisme quelconque. Il en est de même des convulsions, accident ultime de toutes les maladies qui tuent l'animal. Mais la fréquence des paralysies, notées quatre ou cinq fois sous forme d'hémiplégies, de paraplégies ou d'hémiparaplégies, et l'intensité des convulsions, durant plusieurs heures avant la mort, devaient, alors même qu'aucune période d'agitation n'avait pu être constatée, faire songer à l'existence de la maladie dont M. Galtier avait si nettement décrit les symptômes. Il est admis, en effet, que la rage des herbivores, dans l'espèce bovine par exemple, peut se manifester sans que l'on constate les symptômes qui, chez l'homme ou chez le chien, sont prédominants. Le nom de *rage tranquille* désigne cet état qui, chez le lapin, paraît être le plus ordinaire et qui, s'il faut en croire certaines observations de Lafosse, s'observerait aussi parfois dans l'espèce canine. La rapidité extrême de la mort, survenue quelques heures (de 17 à 45 heures) après l'inoculation, montre que, dans leurs expériences, MM. Raynaud et Lannelongue se sont servis d'un agent virulent d'une extrême nocuité. La susceptibilité d'intoxication rabique qui paraît spéciale au lapin répond à l'une des objections faites par M. Colin. Si, en effet, il est prouvé, comme on l'a dit, que le lapin ne résiste jamais plus de dix-huit jours à l'inoculation de la rage, et que souvent il peut succomber en quelques heures, point n'est besoin de tenir grand compte de la période d'incubation, qui, chez l'homme, dure parfois si longtemps.

Cependant, M. Dujardin-Beaumetz, qui a assisté à ces expériences, affirme, avec M. Colin, qu'il ne saurait être question, dans tous les cas qu'il a vus, de phénomènes rabiques semblables à ceux que M. Galtier a signalés. Et M. Bergeron, sans se prononcer nettement sur la nature du mal, et sans entrer dans la démonstration, déclare à son tour que les lapins n'ont pu succomber à la septicémie. D'autre part, les résultats obtenus par divers modes d'inoculation n'éclairent pas cette question, déjà si obscure. Sans doute, MM. Raynaud et Lannelongue reconnaissent une fois de plus que la salive et les produits obtenus par la macération des glandes salivaires ont été seuls très actifs. Les inoculations de sang sont restées, comme dans la plupart des cas de rage confirmée, toujours inoffensives ; mais le sang recueilli sur le cadavre de l'homme ou du lapin a pu, dit M. Raynaud, déterminer la mort ; or, ce fait, qui contredit de nombreuses

expériences d'inoculation pratiquées sur le chien, tend à faire croire que la maladie à laquelle ont succombé quelques-uns des lapins inoculés par MM. Raynaud et Lannelongue n'était point la rage. Il résulterait, en effet, des assertions d'Herwig, admises par Virchow, et de quelques observations de Lafosse, que le sang des animaux rabiques peut tuer, mais sans transmettre la rage. Eckel n'a-t-il point constaté, à la suite de ses inoculations de sang rabique, des symptômes très différents de ceux qui caractérisent cette maladie? Et l'on comprend, dès lors, qu'on ait pu prétendre que, dans toutes les inoculations à la suite desquelles les animaux ont succombé sans présenter les symptômes caractéristiques de la rage, il s'agissait d'une maladie plus ou moins analogue à la rage, mais non de la rage elle-même.

Voilà, sur ce seul point, bien des obscurités; restent les expériences entreprises pour démontrer la virulence des éléments qui proviennent du système nerveux. On sait que Rossi avait soutenu, il y a près d'un siècle, que les nerfs partageaient avec la salive la propriété de communiquer la rage. Mais on sait aussi que Virchow et M. Bouley avaient dénié toute valeur scientifique aux expériences qui avaient eu pour but de confirmer cette théorie. MM. Raynaud et Lannelongue ont inoculé à des lapins divers éléments du bulbe et des racines du nerf trijumeau provenant de lapins ayant succombé à la maladie déterminée chez eux par l'inoculation de la salive rabique. Cette inoculation a été très rapidement mortelle. Faut-il en conclure, avec M. Duboué (de Pau), que la rage se localise dans le tissu nerveux, que le virus rabique se propage insensiblement le long des fibres nerveuses à travers la substance des filaments axiles des fibres nerveuses sensatives, et se concentre dans le bulbe? Nous ne pensons pas que MM. Raynaud et Lannelongue aient songé à défendre cette théorie, si bien exposée qu'elle ait été par son auteur; mais nous avons cru utile de signaler ces derniers faits qu'ils ont annoncés.

En résumé, il reste difficile d'affirmer que la maladie virulente à laquelle ont succombé, vingt-six fois sur trente-huit inoculations, les lapins soumis à leurs expériences, ait été la rage. Mais il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances sur les caractères que peut présenter cette maladie chez le lapin, de soutenir une opinion contraire. Pour sortir d'embarras, il eût fallu, après avoir inoculé la salive rabique à des lapins, reprendre sur ces animaux de la salive, du mucus bronchique, et surtout des fragments de bulbe, et les inoculer à des chiens. Alors seulement il eût été possible, en opérant sur un animal particulièrement apte à contracter la rage, de démontrer que les lapins inoculés avaient succombé à la même maladie. Sans doute, on aurait dû, dans ces circonstances, attendre quelques semaines, en raison de la durée plus longue de la période d'incubation; mais le résultat obtenu aurait été si important que la question de temps eût été insignifiante. En l'état actuel de la discussion ouverte devant l'Académie, il nous paraît difficile de déduire des observations communiquées par MM. Raynaud et Lannelongue une conclusion plus précise.

Mais nous croyons surtout nécessaire de faire ressortir l'importance du commentaire ajouté à leur communication. M. Pasteur a examiné le sang du malade qui a servi aux inoculations. Il y a trouvé un microbe d'une forme spéciale. Il croit que ce microbe est l'agent virulent qui seul peut transmettre la rage. Ce microbe, il l'a isolé; il l'a cultivé, il en a déjà étudié les transformations morphologiques. Tous ceux qui connaissent et qui ont admiré les récentes découvertes de M. Pasteur doivent espérer que ces premières observations ne resteront pas infécondes. Pour arriver à convaincre ceux qui ne contestent plus la pathogénie du charbon et du choléra des poules, il faudra que M. Pasteur arrive, après avoir cultivé le microbe qu'il a reconnu, à l'inoculer à diverses espèces animales, et en particulier à celles qui sont aptes à contracter la rage, à provoquer ainsi des phénomènes rabiques bien déterminés, puis à reprendre, dans le sang ou dans la salive de ces animaux, des microbes de même espèce et, par une nouvelle culture, à les isoler pour les inoculer de nouveau. Ainsi sera démontrée la virulence du microbe indépendante du milieu dans lequel il vit et dont il doit entraîner toujours, dans les inoculations *directes*, une certaine quantité. Des objections adressées à M. Pasteur par M. Colin, il n'en est qu'une, en effet, que l'on puisse retenir. Elle n'est pas acceptable quand il s'agit du charbon ou du choléra des poules. La méthode des cultures dans des milieux appropriés en a depuis longtemps fait justice. Le microbe isolé et dans différents milieux ne peut plus être considéré comme une partie intégrante de l'organisme où il a été primitivement recueilli. Mais, en ce qui concerne le sang rabique, rien n'est encore démontré. Bien au contraire. Le sang rabique étant toujours inoffensif quand on l'inocule à un animal, les microbes qu'il semble contenir ne paraissent pas jouir d'un pouvoir virulent bien énergique. Pour démontrer que le microbe découvert par M. Pasteur n'est point, comme le prétend M. Colin, un agent inoffensif que l'on rencontre dans un grand nombre d'états les plus divers, il importe donc de le cultiver dans un certain nombre de milieux appropriés, puis de l'inoculer à certains animaux. Lorsque ceux-ci auront présenté, au bout de quelques jours ou de quelques mois, des symptômes rabiques évidents, la question sera jugée pour tous les esprits non prévenus. Ce que l'on sait des procédés de recherche qu'a imaginés M. Pasteur permet d'espérer que la pathogénie de la rage, cette question si intéressante, n'aura pas inutilement sollicité son attention.

L. LEREBOULLET.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DE LA LARYNGITE STRIDULEUSE OU FAUX CROUP, CONSIDÉRÉE COMME UN DES SYMPTÔMES DE L'ENGORGEMENT AIGU DES GANGLIONS LYMPHATIQUES TRACHÉO-BRONCHIQUES. Communication faite au Congrès international de laryngologie de Milan, dans la séance du 3 septembre 1880, par le docteur A. BARÉTY (de Nice).

La laryngite striduleuse ou faux croup (1) a été confondue jusque vers la fin du dernier siècle avec le croup, et depuis maintes fois avec le spasme de la glotte proprement dit, particulièrement par les auteurs anglais. Les auteurs français sont à peu près unanimes à la distinguer du spasme de la glotte.

Mais si le faux croup occupe une place marquée dans le cadre nosologique au point de vue symptomatologique, il n'en est pas de même au point de vue de sa véritable cause et de sa nature.

Les auteurs les plus recommandables, après avoir fait une description clinique exacte de cette affection aiguë, se trouvent en présence de difficultés (insurmontées jusqu'à ce jour),

(1) Synonymes : asthme de Millar (*On the asthma hooping cough*, 1769), — asthme aigu (Wichmann, Double), — *asthma* de Wichmann, — angine striduleuse (Bretonneau), — laryngite striduleuse, — pseudo-croup (Guersant), — asthme spasmodique (Fleisch, Henke, Wendt, etc.), — croup intermittent, — croup nerveux, inspiration rauque, etc., etc.

quand il s'agit de localiser l'affection au point de vue anatomique, et d'indiquer le mécanisme des troubles respiratoires et phonétiques qui caractérisent l'affection.

Notre but, dans ce travail, est de contribuer à dissiper ces obscurités, en essayant de grouper les données anatomiques, physiologiques et cliniques que notre propre observation et la lecture des auteurs nous ont permis de recueillir, et qui, selon nous, prouvent amplement que la laryngite striduleuse est une affection caractérisée par un trouble fonctionnel de la glotte, reconnaissant pour cause prochaine une perturbation fonctionnelle des nerfs récurrents, étroitement liée à l'engorgement aigu ou suraigu des ganglions trachéo-bronchiques.

Nous n'avons pas le moindre doute que, si l'on faisait une enquête dans les familles, et si l'on étudiait les antécédents de tous les enfants qui présentent ou ont présenté les signes manifestes d'une adénopathie bronchique, on ne trouvât notées une ou plusieurs attaques de faux croup à une époque plus ou moins reculée.

Nous connaissons, pour notre part, plus de dix familles dans lesquelles les enfants ont eu le faux croup, et ont été atteints concurremment de congestion ganglionnaire bronchique aiguë ou en ont présenté les traces, lors d'une observation faite postérieurement à l'époque de l'accès. Nous ne connaissons, d'autre part, aucun cas de faux croup observé par nous qui n'ait coïncidé avec un engorgement ganglionnaire trachéo-bronchique aigu, à des degrés variables d'ailleurs. Toujours ces enfants ont présenté, plus ou moins prononcés, les attributs du tempérament lymphatique, et bien souvent l'un des parents directs était atteint de tuberculose pulmonaire, ou bien encore la tuberculose, avec ou sans adénopathie trachéo-bronchique, existait chez l'oncle ou chez la tante.

Ne voulant pas multiplier les exemples outre mesure, nous nous bornerons à faire une revue sommaire de sept familles que nous désignerons par les initiales de leurs noms. Ce sont les familles R..., G..., C..., B..., A..., J... et D....

J'exprimerai par des numéros d'ordre le nom, ainsi que le rang par âge, des enfants de chaque famille.

Famille R... — (Les enfants sont au nombre de six).

Obs. I. — N° 1 (fille née le 7 juin 1868). — Elle a eu une dentition très difficile. En janvier 1871, elle a été atteinte de la rougeole. Cette fièvre éruptive n'eut aucune suite mauvaise. En 1873, étant âgée d'environ quatre ans et demi, elle eut pour la première fois, et pendant la nuit, une attaque assez violente de *faux croup*. A la fin de 1874 et au commencement de 1875, elle fut atteinte, durant plusieurs semaines, d'impétigo du cuir chevelu. Du 10 novembre au 10 décembre de la même année, je la soignai pour une congestion du sommet droit, avec adénopathie trachéo-bronchique aiguë très intense, au point de masquer la poussée congestive du sommet. Elle se remit de cette affection aiguë, mais en conservant des traces de l'engorgement ganglionnaire. En 1877, au mois de janvier, elle se refroidit de nouveau, et de nouveau elle eut de l'engorgement ganglionnaire bronchique aigu, enté sur le chronique, mais moins prononcé que précédemment.

Dans l'hiver de 1877-78, elle fut atteinte d'une adénite cervicale droite qui faillit suppurer, mais qui parut céder à l'usage interne de chlorure de calcium en solution.

Vers la fin de 1878 j'examinai sa poitrine, et je trouvai des traces d'adénopathie trachéo-bronchique à droite (fort peu à gauche), avec élévation de la tonalité dans le creux sus-claviculaire du même côté. En octobre de cette même année, ayant eu l'occasion de l'examiner de nouveau, je constatai la disparition complète de ces modifications pathologiques.

Obs. II. — N° 2 (garçon né le 3 février 1870). — A six semaines, intertrigo fessier. A quatre mois, coqueluche durant six à huit semaines. A un an et demi, impétigo de tout le cuir chevelu, en été, durant plusieurs mois.

En janvier 1873, à l'âge de trois ans, rougeole intense contractée de sa sœur aînée, accompagnée de bronchite pendant près de six semaines, avec fièvre tous les soirs. A la suite, sujet à une toux rauque et *accès* de *faux croup*, quatre ou cinq dans l'espace de deux ans, survenant la nuit et durant de quinze à vingt minutes.

Lorsque je le vis pour la première fois, le 3 juillet 1875, il souffrait encore des suites de la rougeole, et en explorant la poitrine je constatai des signes d'un engorgement des ganglions trachéo-bronchiques : matité présternale, tonalité élevée à la percussion en dedans de la fosse sus-épineuse droite, avec souffle expiratoire, quelques sifflements bronchiques, de la toux rauque, aboyante parfois, etc. Je fis appliquer quelques légers révulsifs sur la poitrine, et prescrivis des gouttes de teinture d'iode à l'intérieur. Bientôt tous ces troubles divers s'amoindrirent et toutes traces perceptibles d'adénopathie disparurent ainsi que la toux.

Durant les années 1876, 1877, il n'eut à souffrir que de quelques légers refroidissements, pendant lesquels il survenait quelques accès de toux rauque. En même temps, la percussion indiquait dans les régions ganglionnaires de la cavité thoracique un peu d'élévation de la tonalité, accompagnée parfois d'un léger souffle expiratoire, et habituellement d'une diminution relative du murmure respiratoire du côté droit.

Vers la fin d'octobre de l'année 1878, il s'est mis à tousser aux premiers froids, et j'ai constaté les mêmes modifications du côté du thorax, un peu plus accusées peut-être que dans les deux dernières années, au moment de poussées aiguës, à la suite d'un refroidissement. La toux était rauque, survenant par accès, surtout la nuit, mais sans trouble marqué de la respiration.

Obs. III. — N° 3 (garçon né le 23 janvier 1871). — Dentition difficile. En janvier 1873, rougeole bénigne, sans suites, contractée de sa sœur et de son frère aînés.

En 1877, il eut une attaque légère de *faux croup* dans la nuit. Depuis il a parfois toussé rauque. Je ne le vis pas à cette époque, et ne pus m'assurer de l'état de la poitrine.

Vers la fin d'octobre de l'année 1878, il s'est enrhumé, comme son frère aîné, aux premiers froids, et j'ai pu constater les signes d'un engorgement des ganglions trachéo-bronchiques.

Je fus appelé à l'examiner le 29 octobre ; il toussait depuis deux ou trois jours, surtout la nuit ; mais on n'a pas pu me dire si la toux était rauque la nuit. Il a toussé devant moi, le jour, mais la toux n'avait aucun caractère de raucité. Il n'y avait pas de fièvre, mais seulement un peu d'anorexie et une légère fatigue se peignant sur la physionomie.

A l'examen du thorax, tonalité élevée à la percussion, à l'extrémité interne de la fosse sus-épineuse droite, avec respiration rude (inspiration aiguë, expiration prolongée légèrement soufflante) ; tendance à la respiration granuleuse et retentissement léger de la voix. Dans tout le reste de l'étendue du poumon, diminution manifeste du murmure respiratoire ; rien à la base. Le poumon gauche est indemne. En avant, submatité à la région sterno-claviculaire droite (tonalité élevée à la percussion) ; souffle doux, profond à ce niveau ; diminution du murmure respiratoire ailleurs ; rien dans la fosse sus-claviculaire.

Quelques précautions hygiéniques sont employées, et l'enfant tousse moins ; mais une semaine plus tard il se refroidit encore, et la toux reparaît sans raucité, mais sèche, nerveuse. L'état général est bon.

Le 10 novembre, j'explore la poitrine de nouveau : les signes locaux se sont accusés et étendus. Nous trouvons un foyer de matité au niveau des ganglions trachéo-bronchiques, à droite, en arrière et au niveau du manubrium sternal, en avant, et de la tonalité élevée dans les creux sus- et sous-claviculaires, dans la fosse sus-épineuse et dans la moitié droite de l'espace interscapulaire, au niveau de l'extrémité supérieure du lobe inférieur. Dans la fosse sus-épineuse droite, la matité va en augmentant de dehors en dedans ; de même, en avant, de dehors en dedans, sous la clavicule. — J'ai prescrit des gouttes de teinture d'iode, de 3 à 6 par jour.

Le 20 novembre, l'enfant allait beaucoup mieux.

Obs. IV. — N° 4 (fille née le 29 décembre 1872). — A six semaines, broncho-pneumonie grave. A la suite, toux pendant six mois, avec courts intervalles de calme.

En mai 1875, âgée de trois ans et demi, elle eut la rougeole ; puis elle toussa rauque, par quintes, surtout la nuit, jusqu'en août, époque à laquelle je l'examinai pour la première fois.

Le côté gauche de la face, et spécialement la paupière gauche, étaient œdématiés. Cet œdème, d'après les renseignements fournis, était surtout accusé le matin, et parfois tout le jour, à un égal degré. On a remarqué que quand elle toussait ou pleurait, le cou grossissait, surtout à gauche, et que les veines y devenaient turgides.

Le corps thyroïde était légèrement développé. Les ganglions sous-maxillaires étaient développés plus à droite qu'à gauche. A droite, ils avaient le volume d'une amande. Il existait aussi

quelques petits ganglions dans les creux sus-claviculaires. Enfin le ventre était développé; ce développement était habituel et tenait, selon toute probabilité, à la présence de ganglions abdominaux engorgés.

A l'exploration de la poitrine, submatité présternale; expiration soufflante, tubaire, sternale et interscapulaire; de plus, légère diminution du murmure respiratoire à droite. — Je prescrivis des gouttes de teinture d'iode, de 1 à 8 par jour, et au début même de septembre je constatai une amélioration très grande. Depuis elle a toussé rauque de temps en temps.

En 1877, attaque de *faux croup* la nuit.

En 1878, janvier, après un refroidissement, il survient de la toux rauque sans accès véritable, avec fièvre, et je constatai une poussée congestive du côté des ganglions trachéo-bronchiques.

En novembre 1878, les mêmes troubles se sont produits, mais plus intenses.

Le 30 octobre, deux jours auparavant, la température ayant baissé rapidement depuis quelques jours, elle avait pris froid, s'était plaint de douleurs dans l'oreille et au cou, à gauche, ainsi que dans la gorge.

Dans la nuit du 31 octobre au 1er novembre, vers quatre heures du matin, elle fut prise d'un nouvel accès; elle se réveilla en sursaut dans un accès de dyspnée avec inspiration sifflante et difficile et toux rauque. Cet accès fut de courte durée et relativement peu intense.

Dans la matinée, les paupières du côté droit, et surtout la supérieure, étaient très œdématiées, tandis que les conjonctives étaient dans un état normal. Le cou, à droite, était aussi un peu œdématié, et les veines plus apparentes qu'à gauche. On remarquait à gauche du cou quelques glandes en chapelet se poursuivant jusque dans la fosse sus-claviculaire, mais non douloureuses. Le trajet du pneumogastrique au cou et à la naissance du cou n'était pas douloureux, et il n'existait pas de fièvre; seulement l'appétit était nul. A la partie interne de la région sous-claviculaire droite, on entendait un bruit de souffle expiratoire rude, intense, plus aigu que le bruit d'inspiration, qui était lui-même un peu rude. Ailleurs, dans tout le reste de la poitrine, le murmure respiratoire était plus faible qu'à gauche, mais avec un timbre particulier *rude-sibilant*. La voix et la toux retentissaient au sommet droit, en arrière, et les vibrations y étaient augmentées à la palpation.

La partie interne ou spinale de la fosse sus-épineuse était mate, et au-dessus de cette matité existait une zone de submatité correspondant au sommet du lobe inférieur. Cette submatité existait, quoique moins accusée et au degré de simple tonalité élevée, dans le restant de la fosse sus-épineuse et dans le creux sus-claviculaire. — Je fis appliquer un vésicatoire volant et donner une potion expectorante.

Le soir, tous les signes d'auscultation et de percussion étaient considérablement diminués. L'enfant respirait mieux et elle avait peu toussé, et toujours un peu rauque. Je constatai un peu de fièvre.

Dans la nuit du 1er au 2 novembre, elle eut, vers quatre heures du matin, un nouvel accès, mais sans dyspnée, et très peu accusé.

La langue était un peu blanche dans la matinée du 2.

Les paupières droites, encore un peu œdématiées la veille au soir, ne l'étaient plus le 2 au matin.

Les bases des poumons, qui présentaient un peu d'obscurité à la percussion la veille, sont sonores jusqu'à leur extrême limite, et au sommet la matité a fait place à une très légère submatité. En ce point le souffle expiratoire est très doux, et le murmure respiratoire s'entend mieux dans toute l'étendue du poumon droit. L'enfant tousse encore un peu rauque de temps en temps, mais ne présente pas de fièvre.

La nuit suivante il n'y eut pas d'accès. — Traitement : mauve, lait et sirop de beaume de tolu; fumigations avec infusion de feuilles d'eucalyptus.

Le lendemain, je constatai une grande amélioration dans l'état général et local. L'appétit était revenu, et comme il existait encore un peu de toux, plutôt gutturale, je donnai une petite potion calmante.

Les jours suivants l'amélioration ne fit que s'accentuer davantage, et le 8 octobre c'est à peine si l'on constatait au niveau de la racine des bronches les traces d'un engorgement ganglionnaire.

J'ai tenu à rapporter avec quelques détails les phases de cette nouvelle poussée congestive du côté des ganglions trachéo-bronchiques, pour bien montrer la relation, d'ailleurs manifeste, entre les accès de faux croup et l'engorgement.

OBS. V. — N° 5 (garçon né le 18 mai 1875). — Je le vis pour la première fois lorsqu'il n'avait que trois semaines. Il était atteint d'une double hernie ombilicale et inguinale droite, avec eczéma interfessier, scrotal, préputial et crural.

A l'âge de deux ans et deux mois, dans la nuit du 12 au 13 février 1878, je fus appelé auprès de l'enfant. Il avait été pris d'un accès léger de faux croup : gêne subite de la respiration, avec face d'un rouge livide, toux rauque, voix claire, fièvre légère. La gorge était un peu rouge. Pas de dépôt blanc. L'auscultation ne révélait aucun bruit morbide.

Deux jours après, le 15 février, je constatai que l'enfant était plus fatigué; la température était de 37°,7, le pouls à 116 et la respiration à 48. Je l'examinai avec soin, et je constatai de la matité interscapulaire à droite et à gauche, mais surtout à droite, et de la sonorité sternale. A la base des poumons, submatité avec râles muqueux. La voix retentit un peu entre les omoplates. Pas de souffle. Le matin j'avais fait donner un vomitif. Je fis appliquer le soir un vésicatoire volant.

Le lendemain matin (16 février), mieux; peu ou pas de fièvre. La respiration se fait mieux. Toux plus modérée. La voix est légèrement voilée le matin, mais claire le soir. Il existe toujours de la matité avec retentissement de la voix entre les omoplates, mais surtout à droite. Il existe aussi de la submatité à la base droite, seulement avec quelques râles muqueux.

Le 17 février, ces râles avaient disparu, mais la toux était opiniâtre par moments, sans être quinteuse. Les signes d'adénopathie persistent. Au niveau du sternum, on constate une élévation de ton à la percussion profonde.

Le 18 février, toux coqueluchoïde dans la nuit qui a précédé, et fièvre la veille au soir. Pas de râles dans la poitrine. Même état de la poitrine au niveau des ganglions trachéo-bronchiques.

Le 20 février, amélioration manifeste. Nous sommes au septième jour de la maladie.

Le 21 février, il ne reste que des traces très faibles de l'engorgement ganglionnaire.

Les jours suivants la guérison se confirme.

Dans la nuit du 9 au 10 décembre de la même année, à l'âge de trois ans et demi, l'enfant eut encore une attaque de faux croup, avec des signes manifestes d'adénopathie trachéo-bronchique toujours plus accusés du côté droit.

Dans la nuit du 6 au 7 mars 1879, à l'âge de trois ans et quatre mois, nouvel accès et, de nouveau, signes d'adénopathie.

OBS. VI. — N° 6 (garçon né le 19 décembre 1876). — En février 1878, âgé de deux ans et deux mois, il a été pris d'accès de toux nocturnes, avec adénopathie aiguë, en même temps que son frère.

En novembre, dans la nuit du 11 au 12, deuxième accès, avec toux rauque et voix voilée, et signes d'adénopathie aiguë.

Le traitement de l'état aigu a toujours été à peu près le même : vomitif, sinapismes, cataplasmes sinapisés, papier Fayard, ouate, flanelle, vésicatoire volant, potions expectorantes et calmantes.

Dans l'intervalle des accès, badigeonnages de teinture d'iode sur le haut de la poitrine; gouttes de teinture d'iode à l'intérieur ou potion iodurée; d'autres fois, chlorure de calcium.

L'étude générale de la santé de la famille R... prête à quelques remarques intéressantes. Le père est Autrichien et de tempérament lymphatique; la mère est Française, mariée très jeune, et fatiguée par les nombreuses couches qu'elle a eues, y compris une fausse couche.

Les enfants vivants, au nombre de six, sont tous doués d'un tempérament lymphatique. Deux n'ont pas eu d'impétigo ni d'eczéma, le troisième et le sixième. Le troisième est celui qui est le moins lymphatique de tous, et aussi le plus fortement constitué : aussi n'a-t-il eu que deux petites attaques de faux croup à six et à sept ans, avec un engorgement ganglionnaire médiastinal très peu avancé et de courte durée.

L'aîné des enfants (une fille) est assez forte, quoique lymphatique; elle n'a eu qu'un accès à l'âge de quatre ans et demi.

Le second (un garçon) est très lymphatique et d'un caractère très mou. Il a eu au moins quatre accès : à trois ans, à quatre ans, à cinq ans et à huit ans.

Le quatrième (une petite fille) est très lymphatique, et a souffert longtemps d'un engorgement ganglionnaire abdominal (carreau). Elle a eu sa première attaque à trois ans, puis une deuxième à cinq ans et une autre à six ans.

annonce naturellement l'apparition des fièvres diverses : septico-traumatiques aiguës ou prolongées, épitraumatiques inflammatoires, intercurrentes ou rappelées. Ces révélations du thermomètre, à moins qu'il ne s'agisse de complications graves : érysipèle, pyohémie, etc., émeuvent peu d'ordinaire les chirurgiens naturistes dont je parlais plus haut. Encore imbus d'une sorte de fatalisme en présence des accidents traumatiques et d'une confiance robuste dans la nature médicatrice, ils constatent et laissent faire, à la vérité apportant beaucoup de soin au traitement local, mais ne faisant intervenir que fort exceptionnellement la médication interne.

Je proteste théoriquement et pratiquement contre cette sorte d'abdication du médecin, qui doit toujours doubler l'opérateur; je voudrais qu'on soignât un blessé au jour le jour, comme on le fait pour un typhique ou un rhumatisant, en partant de cette donnée incontestable que si le processus traumatique évolue parfois assez régulièrement pour rendre inutile toute assistance de l'art, parfois aussi il est traversé d'incidents multiples et divers exigeant une surveillance continue et une intervention réitérée.

Or le thermomètre se trouve être la plus vigilante des sentinelles, une véritable boussole pour le chirurgien; aucun accident, aucune complication n'éclatent, aucune modification sérieuse ne survient dans l'état du blessé sans qu'il l'indique aussitôt. Il faut donc avoir sans cesse l'œil fixé sur lui pour mettre à profit les avertissements qu'il donne et les indications qu'il dicte, pour le faire en un mot servir autant à la thérapeutique qu'à la nosographie. Pour que le praticien soit convaincu de l'utilité grande de la thermométrie clinique, il faut sans doute qu'elle lui parle un langage clair et explicite, qu'elle s'affirme à lui comme élément majeur du diagnostic et du pronostic, qu'elle le guide enfin dans le traitement. Mais il faut aussi que ce praticien à son tour sache lire, déchiffrer, interpréter, comprendre les tracés thermométriques, ce qu'il ne peut pas toujours faire et qu'on ne s'efforce pas assez de lui apprendre.

En théorie la thermométrie est d'une intelligence facile; en pratique elle est d'une explication malaisée. C'est tout ce que je voulais démontrer ici, heureux si quelque jeune chirurgien reprenait la question et nous donnait des règles sûres pour porter au lit du malade le *diagnostic différentiel des fièvres traumatiques et épitraumatiques*.

Clinique médicale.

ÉTUDE SUR LA TRANSFUSION DU SANG DANS LA MALADIE DE BRIGHT, par M. DIEULAFOY, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (1).

Quand on pratique la transfusion chez un individu qui se meurt d'hémorrhagie, il arrive fréquemment qu'on sauve le malade, bien que la quantité de sang transfusé ne dépasse pas généralement 100 ou 150 grammes, et quand on se demande comment une si petite quantité de sang peut opérer une telle résurrection, on en est réduit à constater le fait sans pouvoir encore en donner une explication satisfaisante.

Au mois de janvier 1882, je donnais mes soins à un monsieur d'une cinquantaine d'années qui venait d'être pris d'abondantes épistaxis par la narine gauche. Depuis vingt-cinq ou trente ans, ces épistaxis revenaient périodiquement une ou deux fois par an, mais d'habitude elles s'arrêtaient spontanément, tandis que cette fois rien ne pouvait en triompher. La situation me paraissant grave, j'avais prié mon collègue, M. le docteur Périer, de vouloir bien se joindre à moi, et pendant une dizaine de jours toutes les médications furent essayées. La quinine, les injections sous-cutanées d'ergotine, le perchlorure de fer en potion, l'eau de Rabel, les préparations de ratanhia, les boissons glacées acides et alcoolisées, les injections nasales, les insufflations, la compression, le tamponnement furent successivement mis en usage, mais en dépit de tous ces moyens l'hémorrhagie persistait, tantôt abondante, tantôt sous forme de suintement.

Le malade, pâle et affaibli, se nourrissant à peine de quelques aliments liquides, se plaignait de vertiges, d'insomnie, de sensation de défaillance, et deux fois cette défaillance fut jusqu'à la syncope. Pendant quelques jours encore le tamponnement fut essayé, et maintenu en place aussi longtemps que le malade pouvait le supporter, mais toujours avec le même insuccès. Du reste, sous l'influence du traitement local, la région naso-labiale, violemment irritée, s'était tuméfiée et avait pris un aspect érythémateux, l'orifice nasal était devenu extrêmement douloureux, et il n'y avait plus à songer à de nouvelles tentatives de tamponnement.

Cependant la situation devenait de plus en plus critique, la peau et les muqueuses étaient exsangues, le malade ne prenait plus que quelques boissons, la faiblesse devenait extrême, le pouls présentait quelques irrégularités, la température commençait à s'élever au-dessus de la normale, la respiration prenait un rythme plus accéléré, et on percevait quelques râles à la base du poumon. Au milieu de ces symptômes si alarmants, l'hémorrhagie reparaissait par intervalles, la syncope était menaçante, et la mort paraissait imminente si l'on n'intervenait pas autrement.

Plusieurs consultations avaient été provoquées, on avait parlé sans s'y arrêter de la ligature des carotides, et, sur l'avis de M. Hayem, la tranfusion du sang fut décidée. Il n'y avait pas de temps à perdre, et nous pratiquâmes l'opération avec MM. Hayem et Périer, le 6 février, c'est-à-dire vingt jours après le début de l'hémorrhagie.

La quantité de sang transfusée fut de 120 grammes, et le succès fut complet, j'ajouterai même, sans exagération, qu'il fut merveilleux. L'hémorrhagie que rien n'avait pu maîtriser, qui pendant vingt jours avait résisté à tous les moyens employés, et qui aurait infailliblement entraîné la mort du malade à bref délai, l'hémorrhagie fut arrêtée net par 120 grammes de sang de bonne qualité infusé dans ce qui restait de sang de mauvaise qualité. Quelques jours après la guérison était complète.

Ce qui est intéressant dans cette observation, et ce qu'il faut bien mettre en relief, c'est la nature même de cette hémorrhagie, qui fut ainsi arrêtée. Il y a des cas différents de celui-ci où la transfusion pratiquée avec succès rappelle à la vie des sujets atteints d'hémorrhagies de cause externe, hémorrhagies traumatiques survenues du fait d'une plaie, d'une blessure, ou consécutives à un accouchement. Ce sont là des hémorrhagies dont la cause est purement accidentelle; elles ne sont ni préparées, ni entretenues par un état particulier du sang. Dans le cas actuel, au contraire, la cause externe est nulle ou insignifiante. Ce qui a préparé de longue date l'hémorrhagie nasale et ce qui l'a entretenue, c'est cet état mal défini, mal connu, qu'on nomme faute de mieux l'*hémophilie*, état dyscrasique dans lequel la structure des petits vaisseaux est peut-être en cause, mais dans lequel certainement le sang ne possède plus ses propriétés normales.

C'est en vertu de cet état spécial, dyscrasique, qu'une hémorrhagie qui serait insignifiante en toute autre circonstance peut devenir terrible et mortelle. Je lisais récemment une observation qui a trait au sujet qui nous occupe (*Paris médical*, 22 décembre 1883). Il s'agit d'un jeune garçon de vingt-deux ans, de nature hémophile, à qui on pratique l'extraction d'une dent. A la suite de l'opération une hémorrhagie se déclare au niveau de la plaie; l'hémorrhagie est si tenace, qu'elle résiste à tous les moyens; la compression, le tamponnement, la cautérisation au fer rouge sont vainement employés, l'hémorrhagie persiste toujours. Le pronostic devient tellement grave, qu'on se décide à pratiquer la *transfusion*, et l'hémorrhagie s'arrête. Peu de temps après, le ma-

(1) Pour le manuel opératoire de la transfusion voir page 42.

Il s'agissait d'une femme primipare, atteinte d'éclampsie. L'accouchement nécessita l'emploi du forceps. Lorsque l'enfant put être extrait, *les battements du cœur avaient entièrement cessé.* Avec le concours de MM. les docteurs Delarue et Faurie de Boisse, l'auteur soumit le nouveau-né, *pendant près de deux heures*, à tous les moyens usités en pareil cas : frictions avec un linge chaud, respiration artificielle, électricité, etc. Aucun signe de vie ne s'étant manifesté, il fit chauffer de l'eau, la fit maintenir de 45 à 50 degrés, et y plongea jusqu'au cou l'enfant déjà froid. Il ne s'était pas écoulé trente secondes, qu'un premier mouvement inspiratoire, bientôt suivi de plusieurs autres, se manifesta. Au bout de cinq minutes, l'enfant était plein de vie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* la formule, sous pli cacheté, d'un remède présenté par M. Mattei, pour la guérison de l'angine couenneuse; une nouvelle lettre de M. le docteur Chevreuse et des échantillons relatifs à un mode de traitement de l'ophthalmie purulente (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*); — *b.* divers rapports relatifs à des épidémies de variole et de fièvre typhoïde dans plusieurs communes du département du Nord. (*Commission des épidémies.*)

Le préfet de Seine-et-Marne répond à l'Académie que les rapports des Conseils d'hygiène de ce département n'ont pas été publiés jusqu'à ce jour, et qu'ils le seront cette année.

L'Académie reçoit : 1° un rapport de M. Reufflay sur des revaccinations opérées sur les jeunes soldats de la garnison de Maubeuge (*Commission de vaccine*) ; 2° un rapport de M. Bernard sur les vaccinations pratiquées dans les cantons de Grenoble pendant l'année 1880. (*Même commission.*)

M. *Larrey* présente, au nom de M. Penard, une brochure sur la mesure du discernement en matière criminelle, et au nom de M. Fort, une *Note sur un voyage scientifique dans l'Amérique du Sud;* et plusieurs ouvrages en son propre nom;

M. *G. Lagneau*, de la part de M. Arthur Chervin, une *Notice bibliographique sur les travaux de démographie de M. Paul Broca ;*

M. *Oulmont*, l'exposé des titres et travaux scientifiques de M. Lambron, candidat dans la section des correspondants nationaux ;

M. *Peter*, au nom de M. Natanson (de Varsovie), une note manuscrite concernant une théorie anatomique et physiologique du sommeil.

M. *Tarnier* présente un *porte-lacs* imaginé par M. Bousquet (de Marseille) et fabriqué par M. Collin.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TRANSMISSION DU VIRUS RABIQUE DE L'HOMME AU LAPIN. — A l'occasion d'un cas de rage qu'ils viennent d'être à même d'étudier, MM. *Maurice Raynaud* et *Lannelongue* ont voulu rechercher comparativement les effets de l'inoculation des différents liquides et tissus de l'économie, afin de reconnaître leur degré respectif de virulence; en d'autres termes, les localisations du virus rabique ; ce sont les résultats de ces expériences qui sont présentés à l'Académie par M. Maurice Raynaud.

C'est à propos d'un enfant de cinq ans et demi, entré à l'hôpital Sainte-Eugénie avec les symptômes non équivoques de la rage, survenue vingt-six jours après les morsures d'un chien au nez, à la joue et à la tempe gauches, la plaie ayant été cautérisée au nitrate d'argent, que ces expériences furent entreprises d'abord avec des substances prises sur l'enfant vivant; les secondes avec des substances prises sur le cadavre vingt-quatre heures après sa mort, qui arriva le quatrième jour après l'apparition des accidents; les troisièmes furent pratiquées de lapin à lapin. Les phénomènes suivants ont été constatés : 1° De deux lapins ayant été inoculés avec de la salive prise l'avant-veille de la mort, l'un mourut au bout de dix-sept heures, l'autre devint malade et se rétablit; deux lapins, inoculés avec de la salive prise la veille de la mort, moururent au bout de trente-deux et de quarante-deux heures. Deux lapins, inoculés avec du sang provenant d'une piqûre faite au bout du doigt de l'enfant l'avant-veille de sa mort, survécurent. Ce qui tendrait à prouver l'inoculabilité de la salive et la non-inoculabilité du sang. 2° Le mucus buccal recueilli peu d'instants après la mort et inoculé ne fournit pas de résultat; il est douteux, il est vrai, que la lancette, dans ce cas ait, pu recueillir quelque chose. Par contre, deux lapins inoculés avec du mucus bronchique pris cinq heures après la mort succombèrent au bout de quarante-quatre et quarante-huit heures. Quant à l'inoculation de fragments des glandes salivaires triturés avec un peu d'eau distillée, elle ne détermina sur six lapins qu'un seul cas de mort très rapide (dix-neuf heures). Le produit du raclage des ganglions lymphatiques, qu'on trouva considérablement tuméfiés, surtout du côté mordu, ce qui semblerait indiquer l'importance du système lymphatique dans l'évolution et l'élaboration des virus, causa la mort (après dix-neuf heures et demie) d'un lapin sur deux. Des fragments des racines du trijumeau et du bulbe produisirent la mort de deux lapins aux troisième et quatrième jours ; un fragment du nerf sus-orbitaire donna un résultat négatif. 3° Des inoculations furent ensuite pratiquées de lapin à lapin, dans les conditions les plus variées; l'insertion sous la peau des glandes salivaires détermina cinq morts, au bout de vingt-six heures en moyenne; de même avec l'inoculation des ganglions lymphatiques, mort au quatrième jour ; avec des morceaux de nerfs, trois morts en vingt-deux, quarante-cinq et vingt heures ; et avec le sang, qui dans la première série d'expériences avait fourni des résultats négatifs, deux lapins moururent en trente-deux et quarante-trois heures, et le sang du dernier tua même un troisième lapin en treize heures. Notons aussi que le bulbe d'un lapin mort par inoculation du sang produisit la mort d'un autre lapin en vingt-trois heures, et que le bulbe de ce dernier lapin, inoculé à un singe, tua celui-ci en quarante-huit heures.

En résumé, sur 38 expériences d'inoculation, 26 se terminèrent par la mort. Celle-ci survint avec une extrême rapidité, bien plus grande que dans les recherches entreprises par M. Galtier; la virulence ne parut pas avoir augmenté par la multiplicité des inoculations successives; la période d'excitation maniaque, décrite précédemment, ne se montra pas, mais on put reconnaître des paralysies significatives et des convulsions extrêmement violentes. On pourra objecter que ces symptômes peuvent se rapporter à une autre maladie que la rage chez le lapin, cet animal pour lequel tout est prétexte à mourir. Cependant, de la salive recueillie sur des cadavres vingt-quatre heures après la mort, et inoculée à des lapins, ne détermine chez eux aucun accident. Il semble également qu'on ne puisse invoquer la septicémie dans ces circonstances; la putréfaction n'avait pu se produire dans les limites du temps précédant les opérations, qui de plus ont été pratiquées à basse température, et l'inoculation faite avec la salive de l'enfant vivant détruit d'ailleurs cette hypothèse. MM. Maurice Raynaud et Lannelongue pensent donc que l'impossibilité d'expliquer la mort autrement, et l'évidence de cette cause de mort dans l'organisme humain aux dépens duquel ont été faites les inoculations, indiquent, jusqu'à preuve du contraire, que c'est bien de la rage que sont morts les lapins inoculés. Il faudrait évidemment, pour trancher la question, obtenir le retour de la rage avec ses caractères classiques du lapin au chien.

M. *Colin* (d'Alfort) ne peut admettre que la rage tue les lapins dans un délai aussi court. Il a eu l'occasion, il y a douze ans, de recueillir dans des tubes isolés la salive d'un homme mort de la rage à l'hôpital Necker, et l'inoculation ne lui a fourni aucun résultat. Ne rencontre-t-on pas plutôt dans ces nouvelles expériences les phénomènes produits par la septicémie sous une des formes si variées qu'elle peut présenter et qu'il a fait connaître dans ses expériences à l'Académie ? La septicémie tue d'ordinaire très vite, en effet; les matières inoculées peuvent être altérées au moyen de l'inoculation, sans qu'on s'en aperçoive; elles deviennent promptement putrides dans la plaie d'inoculation ; les salives, d'autre part, sont très putrescibles ; et quant au sang, s'il est resté inerte, cela peut tenir à sa résistance propre à la décomposition et aux quantités employées. Les symptômes convulsifs et paralytiques se montrent chez le lapin dans bien d'autres affections que la rage.

M. *Dujardin-Beaumetz* a été chargé de faire un rapport sur le cas de rage qui a servi de base à ces expériences ; il

les a suivies, et il déclare que ce n'est pas de la rage que sont morts les lapins, car les symptômes qu'ils ont présentés et la durée si courte de l'incubation diffèrent considérablement de ce qu'a établi M. Galtier dans son mémoire à l'Institut. Il ajoute qu'il faudrait pouvoir inoculer le virus rabique immédiatement après la mort, car il ne tarde pas à disparaître, ainsi qu'il a pu s'en convaincre en tentant des expériences analogues.

M. *Maurice Raynaud* rappelle les raisons qu'il a invoquées contre la mort des lapins par septicémie, dans les faits qu'il vient de rapporter, tout en reconnaissant que les symptômes présentés ne ressemblent pas à ceux de la rage classique; il serait disposé à accepter les assertions de M. Colin, si celui-ci pouvait, dans ce cas, lui montrer le vibrion et les caractères de la septicémie.

M. *Pasteur* a été invité à faire lui-même des expériences à propos du cas de rage qui sert de prétexte à cette discussion; il s'est rendu à l'hôpital quatre heures et demie environ après la mort de cet enfant, afin de prendre des liquides et de procéder à des inoculations. Une petite quantité de mucus salivaire du palais fut d'abord prise avec un pinceau bien lavé à l'eau ordinaire, et elle fut délayée dans quelques gouttes d'eau provenant du réservoir de la salle d'autopsies; elle fut ensuite inoculée séance tenante à deux lapins qui sont morts trente-six heures après. La salive de ces lapins inoculée à des lapins bien portants les a de même fait mourir dans un délai assez prompt. A l'autopsie de ces lapins, on trouva les ganglions considérablement tuméfiés. Dans le sang de ces lapins, M. Pasteur a reconnu la présence d'un organisme particulier, qu'il n'avait jamais rencontré, ayant un diamètre de 1/1000 de millimètre, présentant la forme d'un bâtonnet légèrement étranglé en son milieu, en forme de 8, et entouré d'une substance gélatiniforme semblable à une auréole pâle. Si l'on cultive cet organisme dans du bouillon de veau, il ne tarde pas à perdre son auréole, à prendre des formes plus grosses, plus accusées, et à se disposer en séries de chapelets, comprenant 100, 150 et davantage de ces sortes d'articles. Si l'on abandonne la culture elle-même, les bâtonnets étranglés disparaissent et l'on ne voit plus que de petits points sphériques d'un diamètre inférieur. Cet organisme est, à n'en pas douter, la cause de la maladie observée, car les cultures successives, depuis la première jusqu'à la dernière, alors qu'il ne reste plus rien de la gouttelette de sang qui a servi à la première, l'ont reproduite par l'inoculation, avec les mêmes symptômes,

Mais cette maladie est-elle la rage? M. Pasteur ne pourrait l'affirmer; c'est une maladie nouvelle, qui provient de la salive d'un enfant mort de la rage; la salive des lapins inoculés la produit également; dans les mêmes conditions expérimentales, elle s'est développée très rapidement chez les chiens, a determiné leur mort, mais sans qu'ils aient présenté les symptômes caractéristiques de la rage. Ce n'est pas, en tout cas, l'une des formes de la septicémie, formes qui ont des organismes particuliers, et d'ailleurs une goutte des cultures inoculée à un cobaye, cet animal si susceptible à la septicémie, n'a rien produit. Une même maladie peut se présenter sous des formes diverses en rapport avec les divers degrés d'énergie du virus inoculé. Aurait-on affaire à une forme atténuée de la rage?

M. *Colin* (d'Alfort) répond que l'organisme décrit par M. Pasteur se rencontre dans un certain nombre de septicémies, qu'il l'a décrit en 1873 et qu'il l'a toujours trouvé dans le foyer de l'inoculation, dans l'œdème qui l'entoure, dans les ganglions voisins. Le cobaye n'est pas si réfractaire à cet organisme. Les transformations que M. Pasteur a décrites sont celles qui appartiennent à la septicémie, et les globules sphériques dissociés peuvent bien ne pas être les mêmes que les éléments avec auréole observés d'abord. Cet organisme ne saurait être propre à la rage, puisqu'il n'a pu la déterminer chez le chien.

M. *Bergeron* ne pense pas que les lapins inoculés par MM. Maurice Raynaud et Lannelongue soient morts de septicémie; il reconnaît aussi qu'on ne saisit pas bien ce que peut être la maladie dont parle M. Pasteur, et qui, provenant du virus rabique, n'est pas la rage. La diversité des effets constatés avec ceux qu'on observe dans la rage chez l'homme et le chien ne tient-elle pas à l'inégalité des doses de virus inoculées? cette quantité est tellement minime dans la morsure d'un chien enragé, comparativement à celles qui ont été employées dans les expériences, qu'on y pourrait peut-être trouver l'explication de la différence observée dans les pérodes d'incubation, ainsi que de la diversité des symptômes; il serait donc intéressant, dans les inoculations qu'on fera ultérieurement, d'opérer avec du virus dilué dans des proportions faciles à titrer exactement.

M. *Maurice Raynaud* fait remarquer que, cependant, les inoculations qu'il a pratiquées ont déterminé une certaine période d'incubation, tres courte, il est vrai, mais qui n'en a pas moins prouvé qu'il s'agissait d'une maladie avec incubation.

MM. *Colin* et *Pasteur* entament en ce moment une vive discussion incidente sur les données expérimentales fournies par leurs travaux respectifs sur les septicémies et les maladies charbonneuses, que la longueur de ce compte rendu ne nous permet pas de reproduire.

M. *Jules Guérin* revient sur l'affirmation produite par M. Maurice Raynaud au cours de sa communication, lorsqu'il a prétendu que la rage était ou n'était pas. Cela semble trop absolu, et il se pourrait bien produire une sorte d'atténuation de la maladie, sous une forme ébauchée en quelque sorte, aspect sous lequel il a autrefois montré que toutes les maladies virulentes et infectieuses étaient susceptibles de se présenter. M. Bouley, lui, a en effet cité le cas d'une jeune fille qui a présenté des symptômes de rage atténuée et qui a guéri. Il aurait fallu aussi établir par des caractères différentiels que les lapins guéris n'avaient pas la maladie de ceux qui sont morts, ce qui ne paraît guère probable après les inoculations par le même virus.

M. *Maurice Raynaud* réplique qu'il a seulement voulu reconnaître que la maladie produite par l'inoculation pouvait ne pas être la rage.

M. *Gosselin* déclare que, tant qu'on ne lui aura pas montré la maladie, qui tue les lapins dans les expériences qu'on vient de rappeler, reproduire la rage chez le chien lui-même, il ne pourra admettre que ce soit la rage qui ait été ainsi produite chez le lapin.

M. *Pasteur* répond que si, en inoculant des chiens, il n'a pas déterminé la mort, il n'en a pas moins produit une maladie spéciale provenant d'un organisme spécial. Que sait-on, d'ailleurs, de vraiment scientifique sur la rage? Il est prudent de rester dans le doute.

M. *Gosselin* croit cependant que les symptômes de la rage chez l'homme et chez le chien sont suffisamment connus pour qu'il soit nécessaire de les produire identiques dans des expériences, pour pouvoir affirmer qu'on a bien affaire à cette maladie.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Un nouveau signe de la diathèse scrofuleuse : M. Constantin Paul. — Scrofule et tuberculose : M. Ducastel. — Variole hémorrhagique chez des Esquimaux : M. Landrieux.

M. *Constantin Paul*, à propos de la discussion sur la tuberculose et la scrofule, pense intéressant de faire connaître un

nouveau signe de cette dernière diathèse. Il y a seize ans environ, il constata chez une jeune fille d'une excellente santé antérieure, et qui semblait exempte de toute diathèse, la production d'une ulcération du lobule de l'oreille à la suite de la petite opération de la perforation de ce lobule pour y suspendre un anneau; cette ulcération offrit des caractères et une marche indiquant nettement sa nature scrofuleuse; un peu plus tard apparut un eczéma intense et rebelle. On peut trouver dans ce fait un argument de plus en faveur des opinions de M. Verneuil, relatives à l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des traumatismes chirurgicaux. Depuis cette époque, de nombreux cas analogues ont été observés à Saint-Antoine et à Lariboisière par M. Constantin Paul; il a pu en réunir 120 observations offrant toutes les mêmes traits généraux. Lorsqu'on perce le lobule de l'oreille à un enfant, le bord inférieur de la petite plaie, sur lequel repose l'anneau de la boucle d'oreille, devient le siège d'une suppuration légère et d'une ulcération sans tendance à la cicatrisation; cette ulcération progresse peu à peu de haut en bas et finit par atteindre le bord libre du lobule, qui se trouve ainsi sectionné verticalement. Pendant ce temps le bord supérieur de la plaie s'est cicatrisé plus ou moins rapidement. Si la malade persiste dans son désir de porter des boucles d'oreilles, elle se fait de nouveau percer le lobule en un autre point, et constamment les mêmes phénomènes se reproduisent; on en voit qui ont ainsi le lobule frangé par sept à huit déchirures parallèles. Ces ulcérations sont d'ailleurs très persistantes et parfois existent encore plus de vingt ans après : ce sont de véritables petits lupus scrofuleux. On ne peut confondre cette lésion ni avec les arrachements accidentels qui constituent un traumatisme rare, ordinairement unilatéral; ni avec les vices de conformation qui sont congénitaux; ni avec les cicatrices de brûlure ou de pustules varioliques qui offrent un aspect spécial; la syphilis elle-même, à moins qu'elle n'évolue sur un terrain scrofuleux, ne produira jamais rien d'analogue. Plusieurs raisons plaident en faveur de la nature scrofuleuse de cette lésion du lobule: le travail d'ulcération qui suit le percement de l'oreille a une marche essentiellement chronique; il demande pour se compléter un laps de temps qui varie de quelques mois jusqu'à vingt années (six mois dans le quart seulement des faits cités); en outre, cette ulcération se reproduit avec la cause qui l'a fait naître, caractère qui fait défaut dans l'herpétisme et dans l'arthritisme; enfin, presque toutes les malades observées par M. C. Paul ont présenté de nombreuses manifestations de la diathèse scrofuleuse du côté des ganglions, de la peau, des muqueuses ou des os. Il regarde donc l'ulcération du lobule comme un signe important de la scrofule, et, par suite, est d'avis que l'on ne doit pas percer les oreilles des enfants strumeux, à moins qu'on n'ait en vue une révulsion thérapeutique dans le cas d'ophthalmie rebelle. Il présente à la Société une femme qui porte aux deux oreilles la lésion caractéristique qu'il vient de décrire.

M. *Hillairet* désirerait savoir ce que M. C. Paul entend par *herpétisme;* quelle définition donne-t-il de cette diathèse?

M. *C. Paul* n'a nullement l'intention de soutenir *ex abrupto* une discussion sur l'herpétisme; pour l'instant, il se contente de présenter des faits qu'il croit intéressants. Il se rattache d'ailleurs, pour ce qui concerne les questions de doctrine, aux opinions professées par Bazin.

M. *Hillairet* regarde comme erroné ce que Bazin a dit de l'herpétisme; ce mot est, pour lui, vide de sens; il représente une classe sans caractères nets et dans laquelle on fait rentrer toutes les lésions sur la nature desquelles on n'est pas fixé.

M. *Cornil* demande à M. C. Paul si la perforation du lobule avait toujours été pratiquée suivant les règles de la méthode antiseptique, avec un instrument scrupuleusement propre; car on voit parfois, en province, un seul bijoutier percer trente ou quarante oreilles, les jours de marché, avec un même instrument d'une propreté douteuse.

M. *C. Paul* a recueilli plusieurs des observations dont il a parlé, sur des malades opérées par lui-même avec un instrument spécial et les précautions les plus minutieuses. Il pense que le poids du pendant d'oreille doit être pris en considération, mais que la substance même de l'anneau ne paraît avoir aucune influence.

M. *Laboulbène* a vu, chez des personnes d'une constitution parfaite, le seul poids de lourds pendants d'oreilles garnis de pierreries amener la section du lobule.

M. *E. Besnier* a souvent observé dans son service les lésions décrites par M. C. Paul; il les avait considérées tout d'abord comme le résultat de l'incurie des opérateurs; mais depuis que M. C. Paul avait attiré son attention sur ce fait, il y reconnut également un signe non douteux de la diathèse scrofuleuse.

Il serait heureux de voir la discussion s'engager devant la Société sur l'*herpétisme* et l'*arthritisme;* lorsqu'il arriva à l'hôpital Saint-Louis, Bazin avait rangé les affections cutanées sous quatre chefs: 1° scrofule; 2° syphilis; 3° arthritisme; 4° herpétisme. Dans cette dernière *case* étaient classées, comme l'a dit M. Hillairet, toutes les affections mal connues; peu à peu elle s'est vidée, et son titre aujourd'hui n'est plus qu'un mot sans signification. Les progrès accomplis par la science rendent nécessaire la mise à l'étude de cette importante question.

M. *Féréol* a également observé des ulcérations scrofuleuses consécutives à la perforation du lobule de l'oreille : il est parvenu à guérir le trajet ulcéré en y passant une petite bougie filiforme, comme celles que l'on emploie pour les rétrécissements serrés de l'urèthre.

— M. *Ducastel* prend la parole au sujet des rapports de la scrofule et de la tuberculose. Il pense que les auteurs *unicistes* qui ont étudié la question n'ont pas saisi les relations qui existent entre le néoplasme tuberculeux et les produits de l'inflammation. Ceux-ci furent tout d'abord rejetés par M. Grancher et regardés comme du tubercule; bientôt la cellule géante fut importée d'Allemagne comme caractéristique anatomique de la tuberculose; puis le follicule tuberculeux vint bientôt la détrôner et se substituer à elle; et pourtant les *unicistes* eux-mêmes étaient obligés d'admettre des variétés dans cet élément caractéristique: c'était d'une part le follicule tuberculeux, et d'autre part la masse caséeuse ou le tubercule miliaire, arrivant l'un et l'autre à l'ulcération. A quelque opinion qu'on se rattache aujourd'hui, on doit reconnaître qu'entre la granulation grise et le tubercule miliaire il y a filiation manifeste, sinon identité. Chaque élément spécifique, ou du moins considéré comme tel, a été peu à peu abandonné et relégué dans les produits inflammatoires; ne devrait-on pas, en conséquence, retirer au tubercule le rang qu'on lui a jusqu'ici accordé, pour le faire rentrer dans l'inflammation? Cliniquement la chose semble rationnelle, si l'on remarque l'élévation de la température, la fièvre qui signale le début de la tuberculose pulmonaire; il faudrait employer dès lors les termes d'*inflammation tuberculeuse, inflammation scrofuleuse.* Mais on peut aussi se demander, en présence des manifestations cliniques, si l'on est bien autorisé à admettre deux diathèses; n'est-ce pas la même cause, l'ensemble des mêmes conditions, en un mot la misère physiologique, qui engendre la scrofule chez l'enfant et la tuberculose chez l'adulte? Ne doit-on pas voir entre ces deux états, qui offrent tant d'analogies, une simple différence de terrain, c'est-à-dire dans la nature intime du tissu où se produit l'évolution de la maladie?

— M. *Landrieux* rapporte l'intéressante observation de

neuf Esquimaux venus du Labrador à Paris, et qui tous succombèrent à la variole contractée sur le navire pendant la traversée. Quatre d'entre eux périrent à Hambourg, peu de temps après avoir débarqué et sans présenter d'éruption cutanée; les cinq survivants, atteints de la même affection, entraient le 9 janvier à l'hôpital Saint-Louis. L'un d'eux succomba rapidement, avec des phénomènes graves et sans qu'on pût constater d'éruption; trois autres moururent après le quatrième jour, avec une éruption confluente de la face; enfin, une femme, dernière survivante, était au plus mal lorsque M. Landrieux l'a visitée le matin : il pense qu'elle a dû succomber dans la journée. Chez les malades qui n'ont pas présenté d'éruption, on a seulement constaté une céphalalgie intense, sans délire et sans vomissements; pas de rash, mais des hémorrhagies par diverses voies et une température de 39 degrés et 39°,5. Les autres malades ont offert tous les signes d'une variole grave hémorrhagique. Les trois autopsies faites à l'hôpital Saint-Louis ont révélé une stéatose de presque tous les viscères, qu'on peut sans doute attribuer à l'alimentation de ces peuples, qui vivent surtout d'huiles et de graisses; le foie est gras et pèse de 4 à 5 livres; le cœur est atteint de myocardite avec dégénérescence graisseuse; les ganglions mésentériques sont très volumineux. L'interprète qui accompagnait ces Esquimaux a raconté qu'au Labrador, lorsque la variole est importée par un navire étranger, elle ravage et dépeuple parfois des villages entiers; presque tous ceux qu'elle atteint succombent avec les mêmes symptômes qui ont été observés par M. Landrieux. Aucun de ces neuf individus, pas plus que leurs compatriotes du Labrador, n'était vacciné; ne devrait-on pas procurer à ces peuplades les moyens de se préserver d'aussi terribles épidémies?

— M. *Landouzy* dépose sur le bureau un fascicule renfermant quatre leçons du professeur Bouchard sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose.

M. *Kiéner*, professeur agrégé du Val-de-Grâce, est nommé membre titulaire de la Société.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

La compression élastique appliquée à la cure des anévrysmes artériels. — Traitement de la hernie ombilicale étranglée. — Nomination d'un membre honoraire. — Deux faits d'élongation du nerf sciatique.

M. *le Secrétaire général* donne lecture d'une note adressée à la Société de chirurgie par M. *Poinsot* (de Bordeaux), membre correspondant. Cette note a pour titre : *De la compression élastique appliquée à la cure des anévrysmes artériels.*

Sur 47 faits publiés, on relève 18 insuccès et 2 morts.

Wehr (de New-York) était d'avis que le cours du sang doit être interrompu pendant plusieurs heures pour obtenir la guérison de l'anévrysme. Chez un malade, il appliqua la bande d'Esmarch pendant cinq à six heures; le malade mourut. Ce fait montre que la compression doit être employée avec discernement.

Le deuxième cas de mort est de Remington (London Hospital). Tumeur anévrysmale prise pour un abcès; incision, hémorrhagie. On fit la compression élastique pendant une heure le premier jour, pendant deux heures le jour suivant; la gangrène survint et le malade mourut. C'était un anévrysme de l'artère tibiale antérieure. Dans les cas d'anévrysmes volumineux et enflammés, il ne faut donc pas appliquer la compression élastique.

Parmi les insuccès, 8 sont imputables à la mauvaise application de la méthode; il reste donc pour M. Poinsot 37 faits dont 27 guérisons.

— M. *Desprès* continue la discussion sur le traitement de la hernie ombilicale étranglée. La kélotomie avec ouverture du sac doit être la méthode de choix; M. Desprès a déjà présenté une observation à la Société de chirurgie. Depuis longtemps il avait remarqué à la Société anatomique que les pièces présentées portaient un débridement en haut et à gauche, et que la péritonite partait de ce débridement. La malade que M. Desprès devait opérer avait quatre-vingts ans; il tenta le débridement sans ouverture du sac, coupa une bride, mais ne put réduire. Alors il ouvrit le sac, et trouva une anse intestinale qui était irréductible à cause d'adhérences molles au sac et à l'épiploon; il détacha ces adhérences et réduisit l'intestin; guérison. L'observation complète a été publiée.

Si Malgaigne a eu raison de dire que les hernies s'étranglent par inflammation, c'est pour les hernies ombilicales que cette opinion est surtout vraie; chez sa malade, M. Desprès a pu réduire sans débrider, une fois les adhérences détruites.

Chez une autre femme, à diverses reprises pendant quatre ans de suite M. Desprès a pu réduire l'intestin qui s'engageait accidentellement dans la poche ombilicale; les phénomènes d'étranglement étaient manifestes, et on obtenait la réduction avec les bains et les émollients. L'opération était refusée à cause du volume de la tumeur.

Chez une troisième malade, grosse hernie ombilicale étranglée par inflammation; mort sans opération. Chez une quatrième, même tumeur et mêmes accidents; mort. Les gaz circulaient dans la hernie; il n'y avait pas étranglement véritable; c'était une hernie enflammée. En pareil cas, le mieux est de donner des bains, et d'appliquer un vésicatoire autour de la tumeur.

En résumé, pour les petites hernies ombilicales étranglées, faire la kélotomie avec ouverture du sac; pour les grosses hernies, employer les bains, et même le taxis.

M. *Duplay* a guéri une hernie ombilicale étranglée par la kélotomie sans ouverture du sac; les trois malades opérées auparavant avec ouverture du sac sont mortes. Il ne faut donc pas établir comme règle qu'on doit toujours ouvrir le sac.

M. Duplay a opéré à l'hôpital une femme qui présentait une hernie ventrale consécutive à une plaie remontant à plusieurs années. Il trouva une anse de gros intestin de 25 centimètres de longueur et une masse d'épiploon grosse deux fois comme le poing. Il y avait des signes d'étranglement. M. Duplay disséqua le sac jusqu'au collet, mais il ne put réduire; il fallut ouvrir le sac. L'étranglement était dû à l'inversion de l'intestin; réduction; l'épiploon fut laissé dehors. Ce fait peut être comparé à la hernie ombilicale la plus grave. La malade guérit. On avait employé la méthode antiseptique complète, et c'est à cela qu'est dû le succès.

M. *Trélat*. Les hernies donnent des phénomènes d'étranglement dus à la striction ou à l'inflammation; il ne faut pas opérer les hernies enflammées, cela va de soi. Mais s'il y a un étranglement véritable dans une grosse hernie, il faut opérer résolument quel que soit le volume de la tumeur; c'est le seul traitement rationnel.

M. *Terrier* constate que MM. Polaillon, Trélat, Verneuil et Duplay sont de son avis. Aujourd'hui on peut opérer des hernies ombilicales qu'autrefois on aurait abandonnées. On a fait une restriction pour les grosses hernies, à cause de l'inflammation probable; ici encore M. Terrier est d'avis d'opérer, car, abandonnés à elles-mêmes, les malades meurent; et il suffira d'une opération suivie de succès pour détruire les raisonnements contraires.

M. Terrier a cité une observation de grosse hernie contenant 12 centimètres d'intestin grêle, opérée et guérie; on

peut donc intervenir dans les grosses hernies étranglées et avec succès. Quant à l'ouverture du sac, il est plus prudent de la faire, maintenant qu'on a les ressources de la méthode de Lister.

— M. *Simonin* (de Nancy) est élu à l'unanimité membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. *Blum* lit un travail sur l'élongation du nerf sciatique. (Renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Desprès, Delens, Gillette.)

Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Présence du sucre dans l'urine des animaux morts par application de chloral sur la peau : M Hénocque. — Mesure des petites quantités de chaleur dégagée par les êtres vivants : M. D'Arsonval. — Dynamogénie; état syncopal particulier causé par application de chloral anhydre sur la peau; absence de putréfaction chez les animaux tués par le chloral anhydre : M. Brown-Séquard. — Passage des matières colorantes à travers le rein vivant : M. Cornil. — Influence de la lumière sur les végétaux : MM. Bert et Régnard. — Reins calculeux de chien : M. Mégnin. — Action vaso-dilatatrice du pneumo-sympathique : M. Dastre. — Transformation de la glycose en amidon dans les fruits : M. D'Arsonval.

M. *Hénocque* a constaté, au moyen de la liqueur de Fehling, la présence du sucre dans l'urine des animaux morts par l'application de chloral sur la peau. Les mêmes urines traitées par la sulfhydrate d'ammoniaque n'ont donné aucun précipité; elles ne renfermaient donc pas de chloral.

— M. *D'Arsonval* présente à la Société un appareil destiné à mesurer les quantités de chaleur dégagées par une petite portion de la peau ou par tout corps produisant peu de chaleur à la fois. Cet appareil repose sur le principe de la distillation des liquides dans le vide. Sa température est constante, et la quantité de chaleur qu'il absorbe est mesurée directement par la quantité de liquide, éther, acide sulfureux, etc., qui a été distillée.

— M. *Brown-Séquard* fait les trois communications suivantes :

I. *Faits montrant que certaines parties du système nerveux peuvent agir de façon à augmenter plus ou moins soudainement les propriétés d'autres parties de ce système.* — Dans un travail que l'auteur a lu à l'Académie des sciences le 24 novembre 1879 (*Comptes rendus*, vol. LXXXIX, p. 889), il a rapporté des faits nouveaux montrant que nombre de parties du système nerveux peuvent, sous l'influence de certaines irritations, déterminer, soudainement ou à peu près, une augmentation notable des propriétés motrice ou sensitive d'autres parties de ce système. Dans ce travail, l'auteur a aussi montré que ce n'est pas à une augmentation de circulation et de nutrition qu'est dû l'accroissement de puissance que l'on constate. Les circonstances des expériences de l'auteur font clairement voir que l'influence exercée par une partie du système nerveux sur une autre plus ou moins distante, est purement dynamique. Il appelle, conséquemment, *propriété dynamogénique*, la faculté spéciale du système nerveux en vertu de laquelle cette influence se produit. La puissance *inhibitoire* qui existe dans nombre de centres nerveux et dans beaucoup de nerfs est, d'après lui, une propriété analogue à celle des parties douées de puissance dynamogénique, en ce que ces deux puissances n'ont qu'une action *dynamique ;* la première des deux étant capable de diminuer ou de faire disparaître une propriété ou une activité ; l'autre d'augmenter, au contraire, une propriété ou une activité. Il arrive très fréquemment que l'*inhibition* et la *dynamogénie* aient lieu simultanément par suite d'une même cause. Cette fréquence est telle que l'auteur s'est demandé si la perte de force ou d'excitabilité en un point n'était pas toujours proportionnelle à un accroissement dans un autre point. Il en est souvent ainsi ; mais quelquefois (rarement pourtant) non seulement la perte n'est pas proportionnelle au gain, mais encore l'inhibition peut avoir lieu sans dynamogénie évidente, ou bien celle-ci peut être produite sans qu'il y ait inhibition.

Pour aujourd'hui l'auteur se borne à signaler les faits suivants :

1° Après avoir coupé transversalement, chez un cobaye, un lapin ou un chien, une moitié latérale de la base de l'encéphale, on constate (même si l'opération est faite après la section de la carotide et de la vertébrale du côté correspondant) que le nerf sciatique du même côté a gagné en excitabilité. La section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière au-dessus de l'origine du nerf sciatique produit aussi une augmentation d'excitabilité dans ce nerf du côté correspondant. De plus, on sait que la section d'un nerf moteur augmente son excitabilité : or l'auteur a trouvé que, si l'on répète la section nombre de fois de haut en bas, le nerf gagne de plus en plus en excitabilité. Ainsi, depuis la capsule interne et la couche optique, toute section d'un côté de la base de l'encéphale, de la moelle épinière ou du nerf sciatique, est suivie d'un accroissement d'excitabilité de ce nerf dans sa totalité, pour quelques-unes de ces expériences, ou dans son bout périphérique pour les autres. Ce résultat est absolument indépendant de la circulation.

2° Si l'on fait l'inverse, et qu'après avoir coupé sur un animal le nerf sciatique, sur d'autres la moitié latérale de la moelle épinière ou de la base de l'encéphale, on constate que les deux moitiés du cerveau sont presque toujours modifiées de telle manière que dans le côté correspondant à la lésion, les centres moteurs, la substance blanche qui en part, et les parties excitables ou sensibles des ganglions cérébraux, l'excitabilité augmente, tandis que dans les mêmes parties du côté opposé il y a diminution considérable d'excitabilité.

II. *D'un état syncopal particulier causé par l'application de chloral anhydre sur la peau.* — Dans la dernière séance, l'auteur a montré à la Société deux lapins qui, peu de temps après avoir été soumis à une application de chloral anhydre sur la peau du thorax, étaient tombés dans un état de résolution absolue des membres et du tronc, avec perte complète de sensibilité et de puissance réflexe. Il y avait déjà plus d'une heure qu'ils étaient dans cet état presque de mort apparente, car il n'y avait plus chez eux qu'une respiration et des mouvements de cœur si faibles qu'on avait de la peine à en reconnaître l'existence. En les examinant environ trois heures et demie après l'apparition de la résolution, l'auteur crut qu'ils étaient morts. La respiration, à peine visible, avait lieu environ 9 fois par minute chez l'un et 8 fois chez l'autre. Le cœur se faisait à peine sentir, et ce n'est qu'avec l'aide d'une longue aiguille à acupuncture enfoncée dans la masse ventriculaire à travers l'un des espaces intercostaux, que l'on a pu juger que chez l'un de ces animaux il y avait environ 28 battements à la minute et chez l'autre environ 23. La température rectale du premier était de 30°,4 et celle du second de 28°,9, l'air de la chambre étant à 18°,2. Ces animaux tombèrent graduellement et très lentement dans un état de faiblesse cardiaque et respiratoire de plus en plus prononcé. Cinq heures pour l'un d'eux et six heures pour l'autre, après le début de l'état syncopal, le mouvement respiratoire ultime eut lieu. Pendant la dernière heure de cette vie organique, semblable à celle d'un animal hibernant, au degré le plus marqué de l'hibernation, les mouvements respiratoire et cardiaque n'étaient visibles qu'avec la plus grande difficulté. Leur fréquence était réduite dans le dernier quart d'heure à 2 ou 3 mouvements du diaphragme et à 6 ou 7 contractions du cœur par minute. La température rectale au moment des dernières oscillations respiratoires était de 22 degrés chez l'un des lapins et de 20°,7 chez l'autre. Le sang était rouge dans les veines.

L'auteur ne peut pas dire si ce mode de mort si singulier est constant chez les lapins tués par une certaine dose de chloral appliqué sur la peau. Tout ce qu'il peut affirmer maintenant, c'est que chez deux autres lapins il a constaté les mêmes phénomènes, les quatre animaux ayant eu tout au plus de 1 à 1 1/4 centimètre cube de chloral anhydre appliqué par gouttes sur la peau. Ces lapins pesaient de 1600 à 1700 grammes chacun.

III. *Sur l'absence de putréfaction chez les animaux tués par le chloral anhydre appliqué sur la peau.* — Chez un grand nombre de cobayes et de lapins tués par l'application de 1 à 2 centimètres cubes de chloral pur sur la peau du dos, du thorax ou du sacrum et des lombes, l'auteur a constaté l'absence absolue de la putréfaction. Ces animaux morts, les uns depuis une semaine, les autres depuis neuf jours, et tenus dans une atmosphère dont la température n'a guère varié que de 13 à 18 degrés centigrades, ont eu la rigidité cadavérique et l'ont perdue; mais ils ne donnent aucun signe de putréfaction, soit des viscères, soit des muscles, soit des autres parties du corps. On sait que le chloral hydraté a été employé pour la conservation des cadavres dans les salles de dissection. Sans doute, le chloral anhydre que l'auteur applique sur la peau donne lieu à l'entrée dans l'organisme de l'animal d'une certaine proportion de chloral hydraté, qui peut être la cause principale de la non-putréfaction des corps de lapins et de cobayes qu'il montre à la Société. Il fait remarquer cependant que plusieurs des phénomènes qui se produisent sous l'influence d'applications de chloral anhydre sur la peau sont absolument différents de ceux qu'engendre l'hydrate de chloral. Il signale en particulier une production très considérable de gaz et de sécrétion diarrhéique dans l'intestin, ainsi qu'une augmentation des sécrétions rénale, biliaire et autres. Les tissus musculaires et autres perdent de l'eau en quantité par ces diverses sécrétions. Il est probable que le dessèchement, qui a produit une sorte de momification du corps des animaux montrés à la Société (surtout de ceux qui ont été dépouillés de leurs viscères), entre comme élément dans la cause préventive de putréfaction.

— M. *Cornil* a étudié le passage des matières colorantes à travers le rein vivant. Il injecte dans la jugulaire d'un lapin une solution de prussiate jaune de potasse. Après dix ou quinze minutes, il tue l'animal et injecte une solution de perchlorure de fer dans une artère rénale; le rein correspondant est enlevé et coupé en morceaux qui sont fixés par l'acide osmique. Sur des coupes, on voit que tous les tubes urinifères ne sont pas colorés, et que ceux qui présentent une coloration bleue ne sont pas colorés dans toute leur étendue; la coloration peut se montrer soit au niveau du glomérule, soit sur un point quelconque du tube. Lorsqu'on examine des sections transversales de tubes, on voit que deux ou trois cellules seulement sont colorées et que tout leur protoplasma est teint en bleu. Les substances qui traversent le rein semblent donc être absorbées plus rapidement par certaines cellules que par d'autres.

— M. *P. Bert* a fait avec M. Régnard de nouvelles recherches sur l'action de la lumière colorée sur les végétaux. On sait que la lumière qui agit le plus énergiquement sur la chlorophylle est comprise entre les raies B et C dans la partie rouge du spectre. Guillemin a montré, il y a déjà longtemps, que toutes les parties du spectre peuvent verdir les plantes. MM. Bert et Régnard se sont demandé si, après la lumière rouge, ce ne serait pas une lumière dont le nombre de vibrations serait, dans un rapport donné, 2/1, 3/2, etc., avec celui de la lumière rouge, qui agirait le plus sur la chlorophylle. L'expérience a confirmé cette hypothèse. Ayant dirigé pendant quelque temps, sur une caisse dans laquelle de l'orge avait germé à l'obscurité, le spectre de la lumière électrique, ils virent le verdissement apparaître dans le rouge, entre l'indigo et le bleu, dans la région du spectre dont le nombre de vibrations est les 3/2 de celui de la lumière rouge (le nombre de vibrations double est dans la partie obscure du spectre). L'accroissement des jeunes tiges était aussi plus marqué dans ces deux régions. Dans le vert du spectre, l'orge était restée jaune et n'avait pas poussé; la lumière verte paraît donc arrêter le développement des plantes.

— M. *Mégnin* présente les reins d'une chienne renfermant de gros calculs ammoniaco-mganésiens et remplis de petits cristaux de même composition. Cette chienne mangeait beaucoup de viande et des os.

— MM. *Dastre* et *Morat* repoussent l'interprétation de M. Onimus à propos de l'action vaso-dilatatrice exercée par le sympathique cervical.

Le fait n'est plus contesté : les contradictions tenaient à des erreurs successivement répudiées par leurs auteurs. La dilatation, dans le cas présent, n'est ni un effet reflexe, ni un phénomène de fatigue ou de réaction. La pâleur de début observée dans quelques cas par M. Bochefontaine est une complication étrangère due à l'excitation directe ou réflexe du pneumogastrique ou du dépresseur. Elle n'a pas de lien avec la dilatation sympathique. Le déterminisme du phénomène est fixe, c'est celui de toutes les actions vaso-dilatatrices en général.

Ce n'est pas faire une interprétation que de dire que le cordon cervical sympathique contient des nerfs vaso-dilatateurs pour la région bucco-labiale; c'est formuler l'expérience, c'est exprimer le fait, sans intermédiaires ni sous-entendus.

Au contraire, M. Onimus dénature le fait en l'interprétant. Il croit à l'existence d'une seule espèce de nerfs vasculaires, capables, suivant les circonstances, d'amener la constriction ou la dilatation du vaisseau, à la fois vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs. Cette théorie commune à M. Ch. Legros et à M. Onimus est contredite par les travaux de Cl. Bernard et Vulpian, qui montrent que les deux ordres de nerfs vasculaires pour la langue et la glande sous-maxillaire sont anatomiquement distincts. L'expérience de MM. Dastre et Morat montre que les deux ordres de nerfs ne sont pas aussi différents qu'on croyait, en les supposant dans des troncs séparés, les uns cérébro-spinaux, les autres sympathiques; ils peuvent être réunis dans le même tronc, ce qui se comprend puisqu'ils appartiennent au même système morphologique (système grand sympathique). Mais l'expérience ne prouve pas du tout leur identité, comme le suppose M. Onimus. Au contraire, le fait que la langue pâlit alors que la lèvre rougit prouve que l'excitation distingue physiologiquement dans ce tronc complexe les éléments qui y sont mélangés et révèle leurs activités spéciales, toujours la même pour une même région, toujours constrictive pour la langue, toujours dilatatrice pour la lèvre, et non pas alternativement constrictive et dilatatrice, ainsi que l'exigerait la théorie de M. Onimus.

— M. *D'Arsonval* a remarqué que dans les fruits mûrs, conservés depuis quelque temps, la glycose se transforme en amidon lorsqu'ils commencent à se dessécher. On peut hâter cette transformation en plaçant les fruits sous le récipient d'une machine pneumatique. La disparition de la glycose est bien moins rapide si l'on enlève la peau du fruit. La transformation du sucre en amidon paraît donc résulter d'une évaporation de l'eau à travers l'enveloppe du fruit.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

A propos du traitement de la diphthérie : M. Cadet de Gassicourt. — Rapport sur les travaux de la Société : M. C. Paul. — La rage et son traitement : M. Dujardin-Beaumetz. — Élections.

M. *Cadet de Gassicourt*, rapporteur de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Bernier de Bournon-

ville *sur le traitement de la diphthérie par l'acide phénique*, fait observer qu'il n'a pu, dans son service, expérimenter d'une manière efficace ce mode de traitement, l'hôpital étant un milieu peu favorable, dans lequel les diphthéries bénignes peuvent être aggravées par les diphthéries malignes; et, de plus, l'insuffisance du matériel et du personnel s'opposant à l'exécution rigoureuse du traitement tel que le prescrit M Bernier et à la surveillance de tous les instants qu'il réclame.

M. *Blondeau* transmettra à M. Bernier de Bournonville la communication de M. Cadet de Gassicourt.

— M. *C. Paul* donne lecture du compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1880. Il rappelle les applications heureuses de substances déjà connues au traitement de diverses affections médicales et chirurgicales, ainsi que la découverte de médicaments nouveaux qui sont venus enrichir la thérapeutique.

— M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que, chargé par le Comité d'hygiène et de salubrité de constater les cas de rage humaine et de rechercher le traitement le plus efficace à leur opposer, il a été à même dans ces derniers temps d'observer deux cas nouveaux; l'un chez un enfant qui a succombé avant tout traitement, à l'hôpital Sainte-Eugénie, l'autre chez un adulte à l'hospice de Saint-Denis. Il insiste sur ce fait, que ce dernier malade n'avait pas été mordu, mais seulement *léché* par le chien qui lui avait communiqué la rage; les premiers accidents apparurent au bout de vingt-quatre jours, et aucun des symptômes de l'hydrophobie rapide ne fit défaut. Il a essayé dans ce cas l'action du sulfate de pelletiérine, à la dose de 1 gramme, en injections hypodermiques, guidé par l'analogie des effets physiologiques des alcaloïdes du grenadier et du curare, seule substance qui, jusqu'à ce jour, ait paru de quelque efficacité dans le traitement de la rage. On avait en outre vainement tenté, par divers moyens, de faire absorber au malade une solution de chloral; malgré tous les efforts, il succomba peu d'heures après. M. Nocard (d'Alfort) et un élève de M. Dujardin-Beaumetz, M. Restrepo, ont étudié l'effet de la *cédrine* dans le traitement de cette affection, et aussi contre la morsure des serpents venimeux. Cet alcaloïde, déjà employé en Colombie dans des cas analogues, n'avait jusqu'alors donné que des résultats très peu nets, ce qu'on doit sans doute attribuer à l'existence de deux cédrons : l'un (*Simaba cedron*) produisant la cédrine, et l'autre (*Simaba waldivia*), un alcaloïde peu connu dans sa composition et ses effets, la *waldivine*. Ces deux substances ont une puissance toxique considérable; en effet, il suffit, pour faire périr instantanément un lapin, d'une injection sous-cutanée renfermant 2 milligrammes de waldivine ou bien de 2 à 4 milligrammes de cédrine. Dans les cas de rage, les deux expérimentateurs n'ont pas obtenu d'effet curatif, mais seulement la cessation des accidents convulsifs; on peut donc en conclure que la pelletiérine et la cédrine ne doivent pas être regardées comme guérissant la rage, mais cette dernière substance paraît néanmoins offrir une action palliative. Dans les cas de morsure de serpent, leurs essais ont porté sur des lapins introduits successivement dans une cage renfermant un crotale; ils ont constaté que ces animaux succombaient d'autant moins rapidement que le serpent avait épuisé son venin par des morsures antérieures, et que ce résultat n'était nullement modifié par des injections préalables de waldivine, même à doses relativement considérables. M. Dujardin-Beaumetz pense que, pour rendre ces expériences plus rigoureuses, il faudrait employer le venin recueilli sur des têtes de serpent desséchées, et l'inoculer toujours à dose constante.

M. *C. Paul* demande à quelle époque remontent ces expériences sur la cédrine.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond qu'antérieurement à celles de M. Restrepo, qui ne datent que de trois semaines, des recherches analogues avaient été entreprises au Muséum par M. Saint-Hilaire. Il rappelle en outre que M. Gombaut avait observé, chez les individus ayant succombé à l'hydrophobie, un épanchement de globules blancs dans les gaines périvasculaires du bulbe; la même lésion a été retrouvée d'une façon constante par M. Nocard chez les chiens morts enragés, mais elle ne semble cependant pas suffisante à elle seule pour déterminer la mort; elle constitue néanmoins, avec la congestion du bulbe, tout ce que l'on connaît jusqu'ici de l'anatomie pathologique de la rage. Cette maladie inoculée de l'homme au lapin transmet à cet animal une affection toute différente, de nature encore indéterminée, mais qui entraîne constamment la mort au bout de douze à dix-huit heures; un singe soumis à la même inoculation a également succombé dans le même temps, après avoir présenté des phénomènes identiques.

M. *N. Guéneau de Mussy* fait connaître quelques faits nouveaux, qui lui ont été communiqués par M. Lannelongue. Ce dernier observateur a recueilli, sur un individu mort de la rage, du sang et de la salive qui ont été examinés par M. Pasteur, sans qu'il ait été possible jusqu'à présent d'y découvrir un microbe spécial. Il a en outre inoculé à des lapins diverses humeurs et même certains tissus provenant du même sujet, et il a constaté que l'éclosion des accidents chez l'animal était plus rapide et que la mort survenait plus promptement lorsque l'inoculation avait été faite avec le tissu même du bulbe. La mort, d'ailleurs, était constante et survenait après seize à vingt-quatre heures.

M. *C. Paul* fait remarquer qu'avec le chloral on supprime les accidents convulsifs aussi bien qu'avec la cédrine; pour lui, du reste, l'indication la plus urgente serait peut-être de prévenir l'obstruction des voies respiratoires et l'asphyxie qui en résulte, par suite de la production incessante de bave mousseuse.

Il rappelle un moyen de cautérisation rapide et énergique, qu'il avait déjà préconisé autrefois, et qui consiste dans l'application de caustique de Vienne sur la morsure, après avoir préservé les tissus voisins par un emplâtre isolant, tel que le diachylum. Il est facile de réunir les substances nécessaires à ce pansement sous un petit volume, qui les rend portatives, et permet de cautériser à temps la plaie, ce qui ne peut que bien rarement avoir lieu avec le fer rouge.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait remarquer que, chez le malade dont il a parlé, il n'y avait pas eu *morsure*, et qu'on n'a pu, lors de l'apparition des accidents, retrouver la moindre trace de plaie ou d'érosion quelconque des téguments ayant pu servir de porte d'entrée au virus; il en conclut que, dans le cas de morsure, la succion pourrait ne pas être exempte de danger, même en supposant l'intégrité de la muqueuse buccale. L'enfant qui a succombé à l'hôpital Sainte-Eugénie avait été cautérisé au nitrate d'argent, la terminaison fatale n'a que trop démontré l'inefficacité de ce moyen; M. Gombaut, au contraire, s'étant piqué avec ses instruments d'inoculation, a eu recours de suite à la même cautérisation : est-ce à la promptitude de cette intervention qu'il a dû de ne voir aucun accident se produire ultérieurement? Dans tous les cas, on fera bien de pratiquer la succion, non pas avec la bouche, mais au moyen d'une ventouse, et d'agir ensuite aussitôt que possible par une cautérisation énergique de la plaie.

Élections. — Il est procédé au renouvellement du Bureau. Sont élus : M. *Trasbot*, président; M. *H. Gueneau de Mussy*, vice-président ; MM. *E. Labbée, Grellety* et *Joseph Michel*, secrétaires.

La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Du refroidissement, par M. LASSAR.

Si l'on plonge un lapin préalablement dépilé dans de l'eau à 0°, et qu'on l'y maintienne pendant quelques minutes, on observe une chute assez importante de la température. Réintégré dans une atmosphère chaude, l'animal grelotte pendant quelques heures, puis se remet peu à peu. Mais dès le second jour on trouve dans son urine de l'albumine en abondance et des cylindres hyalins. Cette albuminurie a une durée variable; quelques jours à plusieurs mois, suivant les cas, mais elle est constante. C'est d'ailleurs le fait le plus important que l'on puisse imputer au refroidissement, dans les conditions de l'expérience.

Le microscope révèle dans les reins une inflammation interstitielle plus ou moins marquée : cette altération, qui ne manque jamais, se retrouve dans les muscles, les nerfs, tous les parenchymes. Ce serait donc le *substratum* anatomique primaire de toutes les maladies dues au froid.

Lassar ne prétend pas étendre les résultats de ses recherches à la pathologie humaine, et il a grandement raison. Le lapin, privé de ses poils, a perdu toute protection contre le froid, tandis que l'homme *nu* possède encore la merveille organisation de son système cutané, dont le fonctionnement ne fait jamais entièrement défaut. (*Virchow's Archiv*, t. LXXIV.)

L'agitation péristaltique de l'estomac, par M. A. KUSSMAUL.

Ce phénomène consiste en une activité péristaltique très vive, visible à l'œil nu, des parois de l'estomac, avec ondulations étendues qui ne cessent que lorsque l'organe est vide ou rempli d'air. On l'observe rarement, et seulement lorsque les parois abdominales sont flasques, et que le pylore est le siège d'un obstacle quelconque. Mais il peut aussi se produire, et c'est là le point nouveau du travail de M. Küssmaul, sans qu'il y ait une altération mécanique grossière, quand l'appareil nerveux qui préside aux contractions de l'estomac est le siège d'une irritation spéciale. Dans ce cas, il s'agit d'une névrose de la motilité, analogue aux *tormina nervosa intestinorum.*

Deux cas rapportés par l'auteur concernent deux femmes, très nerveuses, tombées malades, l'une à la suite de chagrins prolongés, l'autre d'excès vénériens. La première, âgée de cinquante-huit ans, se plaignait au début d'anorexie, de constipation, de rapide amaigrissement. Après deux ans et demi, elle devint absolument dyspeptique, à la suite d'un usage immodéré des purgatifs, et présenta les signes d'un catarrhe stomacal, mais non d'un ulcère rond. Enfin ses plaintes se concentrèrent sur un tiraillement continuel dans le corps, et l'on put constater l'existence du symptôme décrit ci-dessus. La position de l'estomac était verticale : son extrémité inférieure était sur la ligne médiane, entre l'ombilic et la symphyse. Le cathétérisme stomacal ne ramenait ni débris alimentaires, ni flocons muqueux, ni sang, mais un liquide fortement coloré par la bile.

Quoique à première vue les mouvements de l'estomac parussent très orageux, le temps pendant lequel durait chaque ondulation était assez long : le long de la grande courbure, depuis la ligne blanche jusqu'au bord inférieur du foie, elle durait environ 12 secondes. Malgré ce phénomène, qui s'étendait probablement à une grande portion du canal intestinal, la malade souffrait de constipation opiniâtre, «probablement, dit Küssmaul, à cause d'un spasme du côlon descendant et de l'S iliaque». — Amélioration notable par une alimentation réglée, le lavage quotidien de l'estomac, et l'emploi du courant faradique sur les parois abdominales.

Le second cas est la reproduction du précédent : la femme souffrait en outre de paramétrite chronique. L'amélioration obtenue fut insignifiante.

La dilatation modérée de l'estomac observée dans ces deux cas tient en partie à l'état atonique, en partie aussi à la position verticale de l'estomac due aux nécessités imposées par la mode. Il s'ensuit que le fait de sentir la sonde au-dessous de l'ombilic n'indique pas forcément une dilatation de l'estomac.

Les bruits que l'on entend dans l'organe ne sont pas davantage pathognomoniques. Il faut d'ailleurs en distinguer deux espèces : le gargouillement vrai et le claquement. Le premier se produit lorsque l'on secoue ensemble de l'eau et de l'air : on les produit dans le cas d'ectasie stomacale par le choc du doigt ; mais ils ne sont concluants que si l'on peut exclure avec certitude un abaissement de l'estomac pour d'autres raisons. Les claquements prennent naissance lorsque l'estomac contient de l'air et peu ou point de liquide.

Un bon signe, quoique non certain, de la non-dilatation à la suite de sténose du pylore, est la sortie de la bile au début du lavage. Lorsque l'estomac est rempli, — et lorsque la dilatation est sérieuse, il n'est pas vide, même le matin, — on n'obtient jamais de bile avec les débris alimentaires : il n'en est plus de même quand le pylore est perméable. (*Volkmann's klin. Vorträge*, n° 181.)

BIBLIOGRAPHIE

Étude scientifique sur le somnambulisme, sur les phénomènes qu'il présente et sur son action thérapeutique dans certaines maladies nerveuses. — Du rôle important qu'il joue dans l'épilepsie, dans l'hystérie et dans les névroses dites extraordinaires; par le docteur Prosper DESPINE. 1 vol. in-8°. — Paris, 1880, F. Savy.

Le sommeil et les rêves. — Études psychologiques sur ces phénomènes et les divers états qui s'y rattachent; par Alfred MAURY, membre de l'Institut; 4e édit. 1 vol. in-12. — Paris, 1878, Didier et Cie.

Mesmer et le magnétisme animal, les tables tournantes et les esprits; par Ernest BERSOT, membre de l'Institut, directeur de l'École normale supérieure; 4e édit. 1 vol. in-12. — Paris, 1879, Hachette et Ce.

Les trois volumes qui font l'objet de cet article bibliographique traitent à des titres divers d'une même question, celle du somnambulisme. Le premier — celui de M. le docteur Prosper Despine (1) — est une véritable monographie du sujet; mais est-ce là une œuvre à laquelle la critique scientifique n'ait rien à reprocher? Nous ne le croyons pas et nous aurons lieu plus loin de faire nos réserves. Il ne suffit pas, en effet, de prendre des faits extraordinaires, tels que la transposition des sens, les phénomènes de suggestion mentale, etc., et de les expliquer en les comparant à certains processus physiologiques ou même à certaines lois physiques; comparaison n'est pas raison, a-t-on dit depuis longtemps, et c'est le cas de le répéter. Mais si M. Prosper Despine est un croyant dans les effets thérapeutiques du somnambulisme artificiel, s'il accepte la réalité de tous les phénomènes qu'on observe dans cet état *extraordinaire*, il sait aussi se montrer homme de science, lorsqu'il nous décrit le somnambulisme naturel, qu'il nous en donne la théorie physiologique, qu'il recherche les cas où il peut se présenter, etc. C'est dans cette partie de son œuvre que l'auteur a fait preuve d'un grand sens critique et de connaissances étendues en physiologie et en pathologie du système nerveux; c'est elle seule aussi que la Société médico-psychologique a récompensée en 1879.

L'ouvrage de M. Alfred Maury est bien connu de tous ceux qui s'intéressent au progrès des études psychologiques; c'est une tentative de fusion — heureuse à plus d'un titre — de la

(1) Nous avons déjà dit quelques mots de cet ouvrage (*Gaz. hebd.*, 1880, p. 606), mais il eût été difficile de ne pas l'associer, dans cette analyse, à ceux de MM. Maury et Bersot.

physiologie et de la psychologie. Érudit et philosophe, l'auteur du *Sommeil et des rêves* a prouvé qu'il était aussi un observateur sagace, qui a horreur des théories préconçues et qui croit à « la supériorité de la méthode expérimentale sur celle qui part de conceptions abstraites et d'axiomes ontologiques ». Plus d'un tiers de son livre est consacré au somnambulisme naturel, à l'hyptonisme, au somnambulisme artificiel. Dans cet article, nous ne nous occupons que de cette partie; mais nous croyons devoir en passant rappeler les importants chapitres que M. Alfred Maury a consacrés à l'étude de la physiologie du sommeil et des rêves, aux hallucinations hypnagogiques, aux analogies du rêve et de l'aliénation, etc.

Le livre de M. Ernest Bersot est celui d'un philosophe, homme du monde, de beaucoup d'esprit, sceptique, un peu railleur, ce qui ne gâte rien en un pareil sujet. Et, de fait, quand il s'agit de Mesmer et du mesmérisme, des tables tournantes et des esprits frappeurs, on ne saurait avoir la gravité qui sied à celui qui écrit l'histoire des sciences; aussi M. Bersot a-t-il eu raison de mettre en pratique le précepte d'Horace :

Versibus exponi tragicis res comica non vult.

Son livre n'est cependant pas consacré entièrement à l'historique du merveilleux dans les temps modernes; il contient une partie critique, que le savant pourra trouver incomplète, peut-être même superficielle, mais qui donne un résumé succinct des différentes analogies que présentent les faits merveilleux avec les illusions et les hallucinations, le somnambulisme et l'hypnotisme, le sommeil et les rêves. On peut regretter que les expériences sérieuses sur lesquelles doit s'appuyer une juste appréciation du sujet ne soient pas toujours bien connues de l'auteur.

Le somnambulisme est un phénomène pathologique, qui peut chez certains sujets se produire naturellement et être provoqué chez d'autres d'une manière artificielle. Occupons-nous d'abord du somnambulisme naturel. Celui-ci, comme tout processus morbide, doit être étudié dans ses causes; ses symptômes devront être décrits avec soin; enfin il faudra chercher à l'expliquer à l'aide des lois physiologiques ou pathologiques connues. M. Alfred Maury et M. Prosper Despine ont refait ce travail que bien d'autres avaient essayé avant eux; mais, pour réussir, ils possédaient une foule de documents nouveaux que des observateurs consciencieux ont publiés et qui ont permis de jeter une plus vive clarté sur cette question tant controversée. Nous citerons spécialement les deux importants travaux de M. le docteur E. Mesnet, intitulés, l'un : *Étude sur le somnambulisme envisagé au point de vue pathologique* (in *Archives générales de médecine*, février 1860); l'autre : *De l'automatisme, de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique* (in *Union médicale*, 1874, n°s 87 et 88).

Les phénomènes qui, dans le somnambulisme naturel ou spontané, fixent spécialement l'attention, sont, d'après M. Prosper Despine, au nombre de quatre : 1° les actes accomplis; 2° l'ignorance par l'individu, à son réveil, de tout ce qu'il a fait et de tout ce qui s'est passé pendant son accès; 3° l'anesthésie ; 4° la nature du regard.

Nous n'entrerons pas ici dans le détail des actes que peuvent accomplir les somnambules; rappelons seulement le degré de précision qui existe dans tous leurs mouvements automatiques, qui n'ont le plus souvent pour but que la reproduction d'actes habituels; soit qu'ils soient de la plus grande simplicité, comme ceux d'un domestique qui balaye les appartements, ou celui d'un cordier qui fait sa corde; soit qu'ils soient d'un ordre plus relevé, tels que faire des vers, écrire de la prose, de la musique, etc. N'oublions pas que certains somnambules peuvent, pendant leurs crises, se livrer à des actes répréhensibles et même criminels. Tel est dominé par le besoin du vol, comme le malade cité par M. Mesnet; tel autre combine le suicide; tel autre est homicide; tel autre incendiaire.

On a comparé le somnambulisme à un rêve en action; mais on se souvient très souvent de ce qui s'est passé pendant le rêve, tandis que chez le somnambule il y a amnésie complète de tout ce qu'il a fait durant son sommeil pathologique. Aussi M. Mesnet dit-il avec raison : « Après l'accomplissement de ces actes malheureux (crimes ou délits), la crise cesse, le malade se réveille, reprend les habitudes de sa vie normale, sans garder aucun souvenir de la période pathologique qu'il vient de traverser. Conduit devant la justice, il nie le fait accompli, qu'il ignore réellement, alors que sa participation est évidente pour tous. » (*Union médicale*, 1874, t. XVIII, p. 122) (1).

Outre les phénomènes précédents, on en constate d'autres relatifs aux organes des sens. Constamment il existe de la paralysie de certains d'entre eux, de l'anesthésie, de l'analgésie. Quelquefois aussi on remarque l'hyperesthésie de la rétine; d'autres fois celle-ci est paralysée, ce qui donne au regard du somnambule un caractère particulier, décrit par M. Prosper Despine : « Lorsque le somnambule a les yeux ouverts, ce qui est loin de toujours avoir lieu, son regard est caractéristique; ses yeux sont grandement ouverts, mais il ne voit pas : la rétine est paralysée. Les pupilles, largement dilatées, restent immobiles à l'approche de la lumière ; la conjonctive, insensible, ne sent pas le besoin d'être lubréfiée par les larmes; aussi le clignotement des paupières est supprimé ou fort rare, sans que la conjonctive soit irritée. Ce regard amaurotique a assez de ressemblance avec celui de l'individu qui est assez myope pour ne pouvoir distinguer aucun des objets environnants. » (P. 107.)

La constatation d'un phénomène et sa description ne sont pas tout dans la science; il faut remonter plus haut et chercher son explication. Dans le cas présent, il s'agit de rechercher la théorie physiologique du somnambulisme. M. Prosper Despine s'est appliqué avec soin à cette partie de sa tâche, et voici résumé en quelques lignes le mode de production des phénomènes qu'il étudie.

Le somnambule, avons-nous vu, accomplit des actes intelligents dont il n'a aucune conscience, une fois revenu à son état normal; il est permis de conclure que son accès est causé par la paralysie de l'activité consciente du cerveau, avec persistance de son activité automatique. Cette donnée de physiologie pathologique admise, il s'agit de rechercher quelle est la partie des centres nerveux paralysée, quelle est celle dont l'activité persiste. Pour répondre à ces questions, M. Prosper Despine s'appuie sur les travaux de M. Luys. On sait que ce savant physiologiste enseigne que les différentes couches de la substance corticale ont des fonctions différentes; que la plus superficielle préside au *sensorium*, la moyenne aux facultés intellectuelles et instinctives, et enfin que la plus profonde constitue le centre de préparation et d'émission des incitations de la motricité. De ces principes, M. Prosper Despines croit devoir déduire que le somnambulisme actif est déterminé par la paralysie nerveuse de la couche la plus superficielle de la substance grise des circonvolutions, avec persistance de l'activité de la couche moyenne et de la couche profonde; mais que si la couche moyenne est en même temps paralysée, on a le somnambulisme inactif, qui ne se manifeste par aucune activité psychique.

Mais comment se produit cette paralysie dans le groupe de cellules nerveuses présidant à la manifestation du moi? D'après notre auteur, elle se produirait, soit par l'anémie ou l'ischémie de ces régions, soit par la congestion, soit encore par une sorte de suspension de l'activité de la substance nerveuse, suspension dépendant de cette substance même.

Nous venons d'analyser en quelques lignes la plus grande partie de l'ouvrage de M. Prosper Despine; nous devrions

(1) Une de nos principales scènes de Paris représente, en ce moment, une pièce, intitulée *Diana*, dans laquelle son auteur, M. d'Ennery, a su tirer les effets les plus dramatiques de celle amnésie d'un assassinat commis pendant un accès de somnambulisme.

encore, avant de passer à la question du somnambulisme artificiel, suivre l'auteur dans les chapitres qu'il consacre au somnambulisme pathologique symptomatique, provoqué par certaines maladies nerveuses et par certaines causes morbides, par l'épilepsie, l'hystérie, certaines maladies aiguës et chroniques, par les commotions cérébrales, les plaies du crâne, etc. Il y a là tout un ensemble de recherches sur lesquelles il est bon d'appeler l'attention des cliniciens.

Il nous reste à dire quelques mots sur le somnambulisme artificiel. M. Prosper Despine, avant d'aborder son sujet, y consacre quarante-cinq pages d'historique. Nous regrettons de ne pas trouver là ce fonds de scepticisme qui plaît tant dans le livre de M. Ernest Bersot, et sans lequel il est impossible de faire, dans tout cet ensemble de faits plus ou moins merveilleux, qui vont du mesmérisme aux esprits frappeurs, la part de l'illusion, de la supercherie et de la crédulité. Pour ce qui concerne le mesmérisme, M. Prosper Despine avoue qu'il ne peut souscrire au jugement porté contre lui par M. Dechambre, en son article Mesmérisme du *Dictionnaire encyclopédique*, et jamais il n'accepterait la conclusion radicale par laquelle notre éminent rédacteur en chef termine son travail : « *Le magnétisme animal n'existe pas.* »

Voltaire dit, en parlant du comte de Bonneval, qui devint pacha, qu'il fut saisi d'un mouvement de grâce turque. « J'espère, ajoute M. Bersot, qui rappelle ce fait, puisqu'il y a une grâce turque, qu'il y a aussi une grâce fluidique et une grâce spirite. De cette grâce spéciale, bien des médecins n'ont pas encore été touchés; et si tous acceptent la possibilité du somnambulisme artificiel, beaucoup sourient lorsqu'on leur parle de la transposition des sens, de la suggestion mentale, même expliquées d'une manière scientifique plus ou moins plausible. Lire par les pieds, par la région occipitale, par exemple, est un fait merveilleux; cependant rien de plus naturel si l'on en croit notre auteur : « Le phénomène appelé la transposition des sens est déterminé par la transmission d'une impression sensorielle à un centre de sensation, c'est-à-dire à un ganglion sensitif, par un nerf sensoriel autre que celui qui dans l'état normal transmet les impressions de même nature à ce ganglion. Cette transmission anormale s'opère en vertu de la loi de diffusion nerveuse, de synesthésie. » Une magnétisée peut-elle deviner votre pensée? Oui, et rien de plus simple; écoutons, en effet, M. Despine : « Si la vibration d'une molécule d'hydrogène de l'étoile Sirius, vibration qui reste trois ans pour parvenir à la terre, y est transmise intacte par l'éther, malgré l'énorme trajet qu'a parcouru ce mouvement vibratoire, pourquoi celui d'un cerveau ne serait-il pas transmis intact par le même fluide à un autre cerveau qu'a rendu exceptionnellement impressionnable un état névropathique? »

Expliquer les faits, et surtout les faits dits merveilleux, avant de les avoir observés de près, de les avoir analysés avec soin, me semble un acte comparable à celui de mettre la charrue avant les bœufs. Aussi, dans l'état actuel de la science, est-il préférable de réunir les observations; mais, pour en faire de bonnes, il est indispensable de se prémunir contre la fraude si fréquente en pareil cas. Ce ne sont d'ailleurs aujourd'hui ni les faits, ni les observateurs qui manquent. La question est à l'ordre du jour; le mouvement, parti de la Salpêtrière, s'étend de plus en plus. Après les travaux de M. Charcot et de ses élèves, voici une étude importante, publiée par M. Ch. Richet dans la *Revue philosophique* de M. Th. Ribot (*Du somnambulisme provoqué*), numéros d'octobre et de novembre 1880. La presse médicale étrangère est remplie d'articles sur le même sujet. Au milieu de tout cet ensemble de travaux, la vérité se fera-t-elle jour? Nous le désirons, sans oser l'affirmer; espérons que, cette fois du moins, la question ne sera pas enterrée avant qu'on ait nettement séparé le vrai d'avec le faux.

Dr Ant. Ritti.

Index bibliographique.

Des paroxysmes en aliénation mentale, par le docteur Lagardelle, médecin en chef de l'asile d'aliénées de Bordeaux, chargé du cours de clinique des maladies mentales. Broch. in-8°. — Paris et Bordeaux, 1880.

Par paroxysme on entend l'augmentation plus ou moins considérable d'un seul, de plusieurs ou de tous les symptômes d'une maladie. Ce fait s'observe fréquemment dans les affections mentales; mais il en est quelques-unes dans lesquelles il est, pour ainsi dire caractéristique. M. Lagardelle les a étudiées et a donné un certain nombre d'observations qui constituent des preuves évidentes de ces crises paroxystiques. Il énumère ainsi successivement la mélancolie, l'hypochondrie, le délire des persécutions, l'alcoolisme et l'épilepsie. Il montre que le paroxysme, dans ces différents cas, est progressif, ascendant dans sa marche générale et que sa durée est ordinairement limitée; qu'il est conscient ou inconscient, mais que, dans tous les cas, les malades sont irresponsables des actes accomplis pendant la crise. C'est là un fait important à considérer lorsque de tels actes sont soumis à l'appréciation médico-légale. La simulation de pareilles crises paroxystiques est-elle possible? M. Lagardelle semble le croire; mais toute supercherie peut être démontrée si l'on a soin d'étudier, non seulement l'acte en lui-même, mais les antécédents de celui qui l'a accompli, et si l'on possède une connaissance précise des causes des crises paroxystiques et des conditions dans lesquelles elles peuvent se produire.

Dr Ant. Ritti.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS DE LA VILLE ET LES HÔPITAUX.

L'article publié dans notre dernier numéro sur le service des accouchements dans les hôpitaux de Paris a rappelé dans notre esprit une autre question, concernant également les hôpitaux et soulevée par un incident récent, heureusement terminé, dont il nous paraît inutile d'entretenir nos lecteurs.

Cette question est celle de savoir s'il est bon, s'il est licite, qu'un chirurgien ou un médecin des hôpitaux (c'est d'un chirurgien qu'il s'agissait dans l'incident ci-dessus mentionné) introduise occasionnellement dans ses salles un confrère de la ville étranger aux hôpitaux, mais connu par des travaux spéciaux de médecine ou de chirurgie pratiques, pour lui confier, sous la surveillance et la responsabilité du chef de service, un traitement ou une opération. Nous déclarons avoir sur cela une opinion arrêtée, et quant au principe, et quant aux applications, et nous la dirons si les circonstances nous y amènent : mais, pour des motifs particuliers, nous aurions souhaité que, tout d'abord, quelque membre autorisé du corps de santé des hôpitaux voulût bien faire connaître son sentiment sur un sujet qui n'est pas né d'hier, qui se représentera demain, et qui intéresse, on le voit, tout ensemble l'Administration, les médecins et chirurgiens des hôpitaux, les médecins et chirurgiens du dehors, et enfin les malades.

Cette sorte d'appel sera-t-il entendu?

Le docteur André Poulin. — Tout Paris est encore ému de ce drame lugubre, et ce fut au milieu de l'horreur et de la sympathie générales que se répandit la nouvelle de ce crime inouï, brisant tant d'espoirs légitimes et jetant le deuil dans une famille entourée du respect de tous.

Reçu le second au concours de l'internat de 1876, André Poulin quittait ses fonctions avec la mention honorable du concours pour la médaille d'or. Sa thèse avait été hautement appréciée, et la *Gazette* avait publié de lui, dans ces dernières années, quelques travaux cliniques qui annonçaient un observateur distingué. La réunion des dons les plus heureux, soutenus par un vif amour

de la science, par un caractère énergique et bienveillant, laissait peu de doutes sur l'avenir brillant qui l'attendait.

La haine incompréhensible d'un misérable que sa famille avait comblé de bienfaits, et auquel il avait lui-même donné ses soins quelques mois auparavant, a tout anéanti en quelques instants. Atteint d'un coup de feu qui a fracturé la colonne vértébrale, le malheureux jeune homme expirait après douze heures de souffrances supportées avec la plus admirable résignation.

Une foule énorme l'accompagnait, dimanche dernier, à l'église Saint-Germain des Prés; tous les cœurs se serraient en présence d'un pareil désastre; mais ceux-là seuls qui avaient intimement connu André Poulin, qui avaient joui de ses qualités charmantes, apprécié sa droiture, sa modestie, son affabilité pour les souffrants, savaient ce que perdait cette famille en larmes dont il était la joie et l'espérance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. le professeur Duplay commencera son cours de pathologie chirurgicale le lundi 17 janvier 1881, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

TRAITEMENT A DOMICILE. — MM. les médecins du XIX° arrondissement se réuniront le dimanche 30 janvier 1881, dans une des salles de la mairie, pour l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — Progression du service depuis son organisation : en 1876, 1re année, 3616 visites; en 1877, 2e année, 3312 visites; en 1878, 3e année, 3751 visites; en 1879, 4e année, 5282 visites; en 1880, 5e année, 6341 visites.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés ou promus :

A la dignité de grand officier : M. Wurtz, membre de l'Institut, membre du conseil de l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade de commandeur : M, Worms (Mayer-Gaudechaux), médecin principal de 1re classe en retraite; M. de Quatrefages de Bréau (Jean-Louis-Armand), membre de l'Institut, professeur au Muséum; M. Hémard (Louis-Henri), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles.

Au grade d'officier : Le docteur Legrand du Saulle (Henri), médecin en chef du Dépôt près la préfecture de police et médecin de l'hospice de la Salpêtrière; MM. Gaujot (Constantin-Mamez-Gustave), médecin principal de 1re classe; Villemin (Jean-Antoine), médecin principal de 1re classe; Marcenac (Benoît), médecin-major de 1re classe; Lagreula (André-Jean-Baptiste), médecin-major de 1re classe; Tourraine (Alfred-Auguste), médecin-major de 1re classe; Fressanges-Lafon (Jacques-Lucien), pharmacien-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Béliard (Léon), ancien chirurgien de la marine; Thèze (Pierre-Hippolyte-Alfred), ancien médecin de la marine; le docteur Chalvet (Désiré), conseiller municipal, médecin de l'hôpital militaire et civil de Saint-Marcellin (Isère); le docteur Ormières (Louis-Auguste-Bernard), services exceptionnels pendant le siège de Paris, comme attaché à l'ambulance du Grand-Orient; Bouchard (Charles-Jacques), professeur à la Faculté de médecine de Paris; Martin (Fontbel), médecin civil et conseiller municipal à Saint-André (Réunion); Jungfleisch (Emile-Clément), professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie; Ferra (Jean-Baptiste, médecin-major de 1re classe; Lanoaille de la Chèze (Jean-Baptiste), médecin-major de 1re classe); Dieu (Alphonse), médecin-major de 1re classe; Thierry (Adolphe-Hippolyte), médecin-major de 2e classe; Perret (Auguste-Ange), médecin-major de 2e classe; Garnier (Pierre-Edmond), pharmacien-major de 2e classe; Sorre (Auguste), médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo; Bosq (Louis-Jean-Sylvestre), médecin chargé du service médical de l'infirmerie de l'hôpital militaire de Mont-Dauphin; Sanson, professeur à l'Institut national agronomique.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société médico-psychologique a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1881. Ont été élus : *président*, M. Luys; *vice-président*, M. Dally: *secrétaire général*, M. Motet; *trésorier*, M. A. Voisin; *secrétaires*, MM. Ritti, Moreau de Tours.

CONCOURS. — Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert le 18 juillet 1881, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CONCOURS. — Les concours pour une place de chirurgien-adjoint et pour deux places de médecins-adjoints dans les hôpitaux de Marseille, annoncés pour les 10 et 24 janvier courant, sont renvoyés : le premier, au 7 février prochain; le deuxième, au 14 du même mois.

Les registres d'inscription des candidats seront clos huit jours avant l'ouverture de chaque concours.

MORTALITÉ A PARIS (2e semaine, du vendredi 7 au jeudi 13 janvier 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1180, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 95. — Variole, 18. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 40. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 0. — Autres affections épidémiques, 4.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 64. — Pneumonie, 78. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 45; au sein et mixte, 95; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 116; de l'appareil circulatoire, 74; de l'appareil respiratoire, 72; de l'appareil digestif, 52; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 1. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 13.

Bilan de la 2e semaine (1). — Nous avons à constater en cette seconde semaine de l'année une bien subite et bien lourde aggravation des décès (1180 au lieu de 1035), soit un excédent de 145 décès sur la semaine précédente. Elle est due d'abord aux décès par fièvre typhoïde, dont nous constations déjà l'augmentation la semaine avant. L'accroissement est des plus prononcés, puisque dans les deux dernières semaines de 1880 on n'a enregistré que 27 et 25 décès typhiques, et que, après en avoir eu 63 dans la première semaine de 1881, en voici 95 dans cette seconde semaine. On constate 5 décès typhiques dans les hôpitaux militaires, mais 30 dans les hôpitaux civils. En se reportant aux tableaux des âges, on remarquera que 68 décès typhiques sur 95 sont compris entre quinze et trente-cinq ans. Le quartier des Quinze-Vingts (environ 44 000 habitants) compte 10 décès typhiques; le quartier Sainte-Avoie (21 000) en compte 5. On voit combien sont intenses les sévices de l'épidémie typhoïde en certains quartiers de l'est et du centre de Paris, tandis que tout l'ouest est encore presque indemne. Les maladies digestives des enfants ont presque doublé (82 au lieu de 42); et bien qu'il y ait lieu de faire entrer en ligne de compte l'augmentation des naissances constatées en ces dernières semaines, cependant un si notable accroissement survenant en hiver est bien digne de remarque. On constate enfin que sur 239 enfants confiés à des nourrices mercenaires, il en est 119 à 120, *ou plus de la moitié* qui, *par avance*, par convention expresse des familles, seront privés du sein !

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

(1) Nous ferons remarquer, une fois pour toutes, que l'espace nous manquant pour reproduire *in extenso* toutes les *conclusions* si intéressantes de M. Bertillon, nous nous bornons souvent à les résumer. Cette explication était nécessaire à cause de la signature que nous croyons devoir conserver. — Nous publierons dans le prochain numéro le modèle d'une carte postale contenant les renseignements de morbidité, et qui sera adressée, accompagnée du bulletin hebdomadaire, à tous les praticiens de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons de zoologie professées à la Sorbonne (enseignement secondaire des jeunes filles), par M. Paul Bert, professeur à la Faculté des sciences. *Anatomie et physiologie*, avec 402 figures dans le texte. Un magnifique volume grand in-8 de 560 pages. Paris. 12 fr.
Cartonnage toile, plaque spéciale, doré en tête. 15 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-HUITIÈME ANNÉE N° 4 28 JANVIER 1881

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 27 janvier 1881.

Séance de l'Académie de médecine.

Au commencement de la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Pasteur, *à l'occasion du procès-verbal*, a fait connaître le résultat d'expériences entreprises ces jours derniers pour établir que la maladie à laquelle avaient succombé les lapins inoculés par MM. Maurice Raynaud et Lannelongue, et par M. Pasteur lui-même, n'était pas, comme l'a affirmé M. Colin (d'Alfort), la septicémie. Des cobayes inoculés avec des quantités considérables de matières obtenues par la culture du microbe, au lieu de succomber rapidement comme les lapins, sont restés parfaitement bien portants. Or, le cobaye est très sensible à l'action des matières septiques inoculées.

M. Colin demandait, et avait même demandé par avance, à répondre ; mais l'ordre du jour étant très chargé, M. le Président a décidé que la parole ne serait accordée, ni à lui ni à tout autre, sur l'incident, que dans la séance prochaine, à l'occasion aussi du procès-verbal. Cette décision a provoqué des contestations.

Il est évident, comme l'a dit M. Legouest, que le président ne peut refuser la parole à qui la demande à propos ou à l'occasion du procès-verbal; il est évident également que, si toute communication de ce genre entraînait droit de réplique, au singulier ou au pluriel, toute fixation d'ordre du jour deviendrait impossible; et, précisément, c'est un *desideratum* plusieurs fois exprimé devant l'Académie, que les ordres du jour puissent être connus d'avance. Mais il y avait, ce nous semble, un moyen bien simple de sortir d'embarras. Ou la communication serait strictement limitée à quelque explication ou rectification ne pouvant donner lieu qu'à un colloque de peu de durée ; ou elle serait une argumentation, et alors le président aurait deux expédients à son service : le premier serait de prier l'orateur de remettre ses communications à une prochaine séance, pour y devenir le sujet d'un débat particulier; ou de consulter l'Académie sur le point de savoir si elle veut modifier son ordre du jour et procéder séance tenante à la discussion.

On comprendra du reste combien, pour cette fois, il importait que du temps fût réservé aux lectures publiques, quand on prendra connaissance du si remarquable mémoire relatif à une résection de *deux mètres d'intestin*, lu par M. Kœberlé, et aussi le mémoire de M. Armaingaud sur l'emploi de la pilocarpine dans la sueur fétide des pieds. Nous publions aujourd'hui le premier de ces travaux, et nous donnerons prochainement le second.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Influence de la méthode antiseptique sur la jurisprudence médicale. — Un nouveau défi du docteur Tanner. — Les morts par le chloroforme et le choc traumatique devant la justice en Angleterre. — Les hôpitaux et la presse médicale au Japon. — Encore l'Index medicus. — Les crocodiles à deux têtes. — L'iodure de potassium et la Favorite.

Dans une leçon récente, le professeur Nussbaum (de Munich) a exposé quelques considérations pleines d'intérêt sur les conséquences qui pourraient résulter, pour la jurisprudence médicale, de la révolution apportée dans les idées chirurgicales par la méthode antiseptique. Ce chirurgien, qui, comme on le sait, est un fervent adepte de cette méthode, ne demande pas moins qu'une réforme du code pénal allemand; il voudrait que des peines sévères fussent édictées contre tout chirurgien qui, par négligence ou mauvaise pratique, aurait déterminé des accidents ou un dommage quelconque à la santé de ses malades ; par exemple, contre un chirurgien qui aurait examiné une plaie sans s'être désinfecté les mains d'après les principes les plus stricts de la méthode antiseptique. Il considère aussi que le devoir de suivre à la lettre ces principes doit empêcher le médecin, dans une affaire médico-légale, de faire cet examen minutieux des plaies qu'on exigeait autrefois, le repos des surfaces vulnérées étant considéré comme une des lois principales de la méthode. (*Wiener med. Presse*, 1880, n°s 21-23.)

Ces idées nous ont d'autant plus frappé que nous ne sommes guère habitué à voir les chirurgiens allemands professer un aussi grand respect de la vie humaine; toutefois elles n'en sont pas moins logiques, étant données les idées chirurgicales de leur auteur, et mériteraient d'être prises en sérieuse considération ; mais il ne nous paraît guère possible, malheureusement, de les mettre en pratique. D'ailleurs, avant que

Des troubles cardiaques dans la néphrite interstitielle chronique.

I

La coïncidence, trop fréquente pour être fortuite, de l'hypertrophie du cœur gauche avec la néphrite interstitielle chronique, déjà entrevue par Bright, mais révoquée en doute par Rayer, est depuis vingt ans un des faits les mieux établis de la pathologie; récemment encore, Du Castel, dans son intéressant mémoire des *Archives générales de médecine*, (1880), donnait le premier rang dans la pathogénie des hypertrophies ventriculaires au petit rein contracté. Si les recherches récentes ont confirmé dans son ensemble la symptomatologie de l'affection cardiaque telle que nous l'ont tracée Traube et Potain, il a été donné, dans ces derniers temps, à certaines questions connexes des solutions nouvelles, qui, sans avoir un caractère d'absolue certitude, n'en méritent pas moins d'attirer l'attention.

Passons rapidement sur certains points de détail. Plusieurs auteurs contestent qu'à la forme interstitielle seule du mal de Bright appartienne l'hypertrophie cardiaque. Celle-ci ne serait pas absolument exceptionnelle dans la néphrite parenchymateuse, s'il faut ajouter foi aux relevés de Vais (*Centralbl. für med. Wiss.*, 1879). Mais n'y a-t-il pas dans ces cas une coïncidence fortuite, ou plutôt quelques-uns des faits rapportés par cet auteur ne rentreraient-ils pas dans la catégorie aujourd'hui si étendue des néphrites mixtes? D'ailleurs, pour nous en tenir à la sclérose rénale, il est acquis que ce n'est pas seulement le cœur gauche, mais souvent aussi le ventricule droit, qui présente une augmentation de volume, toujours, il est vrai, moins prononcée (Vais, Du Castel, Debove et Letulle). D'autre part, l'attention des cliniciens, et en particulier de Bartels (*Ziemssen's Handbuch*) s'est portée sur une question d'une plus réelle utilité clinique : Quelle place faut-il faire, dans le processus cardiaque, à l'hypertrophie d'une part, à la dilatation d'autre part? Question sur laquelle nous aurons ultérieurement à revenir.

Enfin, et c'est le point capital de cette enquête qui se poursuit depuis la publication du travail de Traube (1859), on a émis les hypothèses les plus contradictoires au sujet de l'évolution simultanée de la lésion rénale et de l'affection cardiaque. Sommes-nous aujourd'hui en mesure de fournir une formule satisfaisante? C'est ce qu'il importe de rechercher ici.

II

Et d'abord, quelle est la cause de l'hypertrophie cardiaque, en coïncidence avec la néphrite interstitielle? Comme le dit M. Potain, après vingt ans d'efforts on se trouve toujours en présence de trois théories, qui comprennent d'ailleurs toutes les hypothèses admissibles *à priori*. Nous ne parlerons que pour mémoire de la première, définitivement condamnée. Considérer la cirrhose du rein comme consécutive à l'affection cardiaque, c'est aller à la fois contre les enseignements de la clinique et ceux de l'anatomie pathologique. Souvent, ordinairement même, le rein est frappé avant le cœur, et d'ailleurs, le petit rein contracté, la néphrite interstitielle proprement dite, *genuine* des Allemands, ne doit pas être confondu avec le rein cardiaque, où les manifestations congestives sont toujours plus accentuées que les lésions scléreuses, ce qui justifie la dénomination bien connue de rein cyanotique.

La seconde théorie a toujours rencontré plus de faveur, et, aujourd'hui encore, grâce à ses éminents parrains, elle compte de très nombreux défenseurs. La lésion du cœur serait sous la dépendance, plus ou moins directe, du processus rénal. Cette théorie du cœur rénal est, ce semble, passible de plus graves objections. Que la destruction d'un parenchyme aussi vasculaire que celui du rein, que l'insuffisance de l'excrétion rénale, troublent dans une certaine mesure la circulation artérielle, et, par suite, le jeu du cœur, nul ne le contestera. Mais Comment expliquer l'hypertrophie du début du mal de Bright? Comment expliquer ces faits cliniques, où le cœur est frappé avant le rein, beaucoup plus que le rein? Pourquoi ne rencontre-t-on pas la même altération cardiaque dans d'autres maladies de même ordre, telles que la cirrhose hépatique? Invoquer, à côté de cette théorie mécanicienne, des actes réflexes, une perturbation fonctionnelle ou organique des vaisseaux et du cœur par le sang imparfaitement épuré, c'est entrer dans le domaine de l'hypothèse pure, sans pouvoir donner une interprétation plausible des cas où la lésion cardiaque évolue antérieurement à la lésion rénale, et surtout de ceux où le rein n'est pas ou est à peine touché, alors que l'hypertrophie cardiaque est très prononcée. Dire qu'alors la néphrite est latente, qu'il existe parfois une stase préalbuminurique du mal de Bright, caractérisée uniquement par les phénomènes cardiaques, n'est-ce pas quelque peu torturer les faits cliniques pour les adapter à des théories qui ne peuvent pas d'ailleurs invoquer le contrôle expéri-

---

la réforme demandée par M. Nussbaum ait passé dans la législation, soit allemande, soit française ou autre, il est probable que les derniers partisans des *pansements sales* auront renoncé à leur pratique, et que nous n'aurons pas la douloureuse satisfaction de voir traîner devant les tribunaux tel ou tel chirurgien de grand renom, parce qu'il aura préféré à tort le diachylon ou le cérat à l'ouate ou à l'acide phénique.

— Le docteur Tanner revient sur l'eau. Après avoir essayé avec un insuccès complet le métier de conférencier dans son pays, il a l'intention de venir recommencer en Angleterre ses conférences dans différentes villes. Il fait courir le bruit qu'il est en pourparlers avec le docteur B. W. Richardson (de Londres) pour faire un nouveau jeûne de quarante jours, afin de démontrer la supériorité de l'eau sur l'alcool. Il se propose de porter un défi aux brasseurs, distillateurs et docteurs, qui choisiront six hommes, ayant autant que possible son âge et son physique, pour entrer en lutte avec lui. Ils pourront prendre, pendant le jeûne, du vin, de la bière ou toute autre boisson alcoolique qu'ils préféreront, tandis que lui ne prendra que de l'eau.

— Depuis quelque temps les morts par le chloroforme ou l'éther nous paraissent assez fréquentes en Angleterre, à en juger par le nombre considérable des faits publiés. L'opinion publique, représentée par la presse extra-médicale, s'en est émue, et la justice a fini par s'en occuper. Ceci assurément n'a rien d'étonnant; mais les personnes qui faisaient partie des commissions d'enquête ont dû être bien étonnées de recevoir presque toujours à leur question : « Quelle est la cause de la mort? » Cette réponse : *C'est le choc.* Il faut avouer que nos confrères d'outre-Manche abusent singulièrement de cette expression. Un homme est coupé en deux par un train de chemin de fer; il respire encore pendant quelques heures, puis succombe. De quoi est-il mort? Du choc. — Un autre est atteint d'ongle incarné; on l'anes-

mental? Enfin, à cette conception pathogénique du « cœur rénal » nous pourrons opposer un dernier argument : l'extrême rareté de l'hypertrophie cardiaque dans les néphrites interstitielles aiguës, primitives ou secondaires ; et cependant, s'il est un cas où la lésion rénale à marche rapide devait retentir sur le cœur, pris en quelque sorte à l'improviste, c'est bien celui-là.

Si de ce côté n'est pas la solution, on est amené en quelque sorte fatalement à se retourner vers la troisième théorie, à supposer l'existence d'une altération nutritive pouvant agir à la fois sur le cœur et le rein. Cette interprétation, M. Potain et son élève Exchaguet étaient loin de la repousser d'une manière absolue ; mais à l'époque où le savant clinicien publiait son mémoire resté classique, il n'avait, dans cet ordre d'idées, d'autres recours que la théorie de Gull et Sutton, immédiatement battue en brèche de toutes parts. Pour ces auteurs, on le sait, la néphrite interstitielle est en quelque sorte un cas particulier d'une altération générale du système vasculaire, d'une artério-capillarite fibro-hyaline, et l'hypertrophie du cœur serait la conséquence toute mécanique de l'obstacle qu'éprouve le sang à cheminer à travers les artérioles malades. Si les conclusions histologiques de Gull et Sutton n'ont vécu qu'un jour, l'idée que l'altération rénale d'une part, le processus cardiaque d'autre part, sont sous la dépendance de lésions artérielles, a fait son chemin, ouvrant de nouveaux horizons à la pathologie.

M. le professeur Peter l'a défendue avec sa vigueur et sa netteté habituelles. Pour lui, tout ce complexus symptomatique gravite autour de l'endartérite généralisée. « C'est parce qu'il y a endartérite généralisée que le ventricule gauche s'hypertrophie, par suite de ses efforts compensateurs (efforts en vue de lutter contre l'obstacle à son fonctionnement que lui crée la lésion artérielle). C'est parce qu'il y a endartérite généralisée qu'il y a endartérite rénale, et parce qu'il y a endartérite rénale qu'il y a néphrite interstitielle. » (Société clinique, 1879). L'endartérite est le trait d'union entre le cœur et le rein ; mais l'affection cardiaque, d'origine mécanique, conserve son indépendance à l'égard de la lésion rénale qui ne serait qu'une modalité du processus dystrophique atteignant le système artériel tout entier. La fréquence, chez les brightiques, de lésions artérielles chroniques ; l'influence étiologique bien démontrée du saturnisme, de la goutte, même de l'alcoolisme, en un mot de la sénilité naturelle ou prématurée, à la fois sur la néphrite interstitielle et sur l'athérome ; la relation évidente qui existe entre les processus scléreux et les altérations vasculaires, sont autant de faits qu'on peut invoquer en faveur de cette théorie. Mais dans le mal de Bright les lésions d'endartérite généralisée sont loin d'être constantes, et la néphrite peut évoluer dans la jeunesse, alors que la tunique interne des artères est saine. C'est ainsi que Bartels, dont on ne saurait contester l'autorité en pareille matière, sur 33 observations personnelles, trouve 4 cas chez des individus âgés de moins de vingt ans et 13 autres de vingt à quarante ans. Enfin, sans parler de l'hypertrophie du ventricule droit, que la théorie de M. Peter est impuissante à expliquer, voit-on se produire à la suite de l'endaortite cette augmentation considérable de la musculature cardiaque avec hypermégalie et rigidité quasi fibreuse des piliers, qui est le propre de l'altération cardiaque dans la néphrite interstitielle ? Cette interprétation, toute mécanique encore, de l'hypertrophie ventriculaire, ne satisfait donc pas entièrement l'esprit, et on est amené à voir dans la lésion du cœur quelque chose de spécial, et d'admettre un processus anatomique particulier.

Cette hypothèse a trouvé sa sanction dans le mémoire récent de Debove et Letulle (*Arch. gén. de médecine*, 1880). Pour ces auteurs, la lésion cardiaque est une *sclérose*, surtout accusée au niveau des piliers du ventricule gauche, constante dans celui-ci, mais pouvant aussi intéresser, à un degré moindre, le ventricule droit. Les travées conjonctives intermusculaires sont beaucoup plus épaisses qu'à l'état normal et, par places même, peuvent former de véritables plaques fibreuses. La néoformation conjonctive est trop accusée pour qu'on puisse la considérer comme secondaire à l'hypertrophie musculaire. Tout au contraire, il est probable que celle-ci est secondaire ; les fibres du myocarde, obligées de se contracter plus énergiquement, s'hypertrophient par un mécanisme analogue à celui qu'on observe dans les affections valvulaires.

Mais, fait essentiel au point de vue nosographique, la lésion de cirrhose cardiaque, comme celle du rein, part des vaisseaux ; dans le cœur comme dans le rein, le point de départ du processus scléreux doit être rapporté à la périartérite, qui ne fait jamais défaut.

De ces prémisses anatomiques semble naturellement découler une conception pathogénique, à la fois de la néphrite interstitielle et de l'hypertrophie cardiaque, que développe Guyot dans sa thèse récente (*Sur les troubles cardiaques dans la néphrite interstitielle, et la cause de l'hypertrophie du cœur dans cette maladie*; Paris, Derenne, 1880), d'après son maître, M. Debove. « L'hypertrophie du cœur et la

---

thésie par les inhalations d'éther ou de chloroforme; il succombe avant, pendant ou après l'opération. De quoi meurt-il? demandez-vous. — Toujours du choc.

Dernièrement, dans une partie de chasse, un brave fermier reçoit d'un de ses amis un coup de feu involontaire qui lui brise le bas de la jambe et détermine une hémorrhagie abondante. On l'éthérise plusieurs heures après et on ampute la jambe. Les ligatures étaient à peine faites que l'opéré était mort. L'enquête judiciaire ne fut guère heureuse, car on lui démontra encore que le chasseur était mort du choc; choc multiple, il est vrai, car le chirurgien fit intervenir le coup de feu, l'hémorrhagie consécutive, l'anesthésie et l'amputation. Mais il eut le grand tort de ne pas faire d'autopsie et de ne pas examiner un seul des organes du patient. Voilà certes une enquête médico-légale qui ne fait pas honneur à notre confrère anglais. Nous ne pouvons croire cependant que les nombreux travaux sur les causes de la mort par le chloroforme et l'influence des lésions viscérales sur la production de l'issue fatale soient à ce point en défaveur à Londres, qu'on ne se décide pas à examiner plus attentivement les viscères des victimes à l'aide des procédés d'investigation fournis par le microscope et l'analyse chimique. Ces notions nous paraissent néanmoins encore insuffisamment vulgarisées, et c'est pourquoi nous avons cru devoir les rappeler ici.

— Avant l'arrivée des navires de guerre européens au Japon, il n'y avait pas d'hôpitaux dans ce pays; lorsqu'un malade voulait être mieux soigné par son médecin, il entrait comme pensionnaire dans la famille d'un médecin chinois. Les nobles et les officiers supérieurs avaient un médecin résidant chez eux. Quant aux malades pauvres, on s'en occupait très peu; la population étant très dense, on faisait bon marché de leur vie.

Le premier hôpital japonais fut établi en 1861 à Nangasaki, et p[illegible]us la direction de Matsumoto, qui étudiait alors la médec[illegible]Hollande, et qui depuis est devenu inspecteur général [illegible]édecine militaire. Les hôpitaux furent

néphrite interstitielle sont deux affections indépendantes l'une de l'autre, coïncidant souvent parce qu'elles sont sous l'influence d'une même lésion de nutrition. Le lien qui existe entre les deux processus est une sorte de diathèse fibreuse qui peut également frapper d'autres organes » : sclérose péri-lobulaire du foie (Debove), de la rate (Gull et Sutton), du poumon (Charcot), de l'estomac (Penwick et Wilson Fox), de la rétine (Poncet, Gowers).

Sans doute, abstraction faite de l'origine mécanique, à tort attribuée, par Gull et Sutton d'une part, M. Peter d'autre part, à l'hypertrophie cardiaque; abstraction faite aussi de cette donnée nouvelle fournie par Debove et Letulle sur la nature de la lésion ventriculaire, les théories de ces divers auteurs ont de nombreux points de contact. Les uns et les autres mettent en cause le système artériel, altéré dans sa tunique interne pour les uns, dans sa tunique externe pour les autres. Mais l'endartère et la tunique adventice sont trop étroitement unies au point de vue fonctionnel et pathologique, leurs lésions coïncident trop souvent dans un même état diathésique (par exemple dans la syphilis cérébrale), pour que ces divergences histologiques puissent compromettre la doctrine nouvelle. Il est permis de supposer qu'hypertrophie cardiaque et néphrite interstitielle rentrent « dans ces cirrhoses viscérales dont l'évolution est parallèle à celle des lésions vasculaires, oblitérantes, localisées dans les artères nourricières des tissus sclérosés ». (H. Martin, *Revue de médecine*, 1881, n° 1.)

Cette conception s'adapte fort bien, nous l'avons vu, à nos données sur l'étiologie et la néphrite interstitielle; elle rend fort bien compte de toutes les complications qu'on observe dans le cours de cette affection (processus inflammatoires et hémorrhagiques) ; enfin, elle explique que tantôt le cœur, tantôt le rein, sont primitivement atteints ; d'où l'apparition dans un ordre variable des manifestations rénales et cardiaques ; d'où des complexus symptomatiques divers, où la note principale est fournie, soit par le cœur, soit par le rein. Mais ceci nous amène à parler de l'influence qu'exerce l'altération cardiaque sur le rein sclérosé et réciproquement ; question connexe de celle des néphrites mixtes, et que nous aborderons dans un prochain article.

L. DREYFUS-BRISAC.

Les médecins de la ville et les hôpitaux.

La Rédaction de la *Gazette hebdomadaire* pose dans le numéro du 21 janvier, page 47, la question suivante : « Est-il bon qu'un chirurgien ou un médecin des hôpitaux introduise occasionnellement dans ces salles un confrère de la ville, étranger aux hôpitaux, mais connu par des travaux spéciaux de médecine ou de chirurgie pratiques, pour lui confier, sous sa surveillance et sa responsabilité personnelles, un traitement ou une opération ?

La Rédaction de la *Gazette* sait bien ce qu'elle pense sur ce point et le dira au besoin ; mais elle voudrait au préalable connaître l'opinion « de quelque membre autorisé du corps de santé des hôpitaux ».

Il est possible, probable même, que quelques-uns de nos collègues répondront à cet appel ; en tout cas, étant le chirurgien dans le service duquel est né l'incident qui soulève la question de principe, je me crois engagé à prendre le premier la plume. Je le ferai d'autant plus volontiers que j'éprouve moins de difficulté à justifier ma conduite. Ce que je vais dire, je le pensais longtemps avant d'être mis sur la sellette, et je le penserai sans doute longtemps encore.

Un mot d'abord sur les origines de mes convictions.

En 1845, lorsque j'étais interne de Lisfranc, fort jaloux de ses prérogatives, je vis, à la prière de mon chef, Dieffenbach pratiquer à l'hôpital de la Pitié, dans la salle Saint-Louis, une opération autoplastique sur la face.

En novembre 1858, Robert, un type de délicatesse et de dignité professionnelles, avait dans ses salles une malade atteinte de fistule vésico-vaginale. Je l'avais opérée une première fois sans succès. Robert avait renouvelé la tentative sans être plus heureux. On allait vraisemblablement abandonner ce cas comme incurable, lorsque, M. Bozeman étant venu à Paris, Robert lui proposa d'appliquer son procédé. M. Bozeman accepta, et dix jours plus tard la malade était guérie. J'avais assisté à l'opération et j'en avais suivi très attentivement les détails. Quelque temps après, je fis profiter de mon expérience acquise deux de mes meilleurs amis, Follin et Foucher, et nous nous mîmes bientôt à vulgariser, non sans succès, le procédé américain.

En 1861, M. Marion Sims vint à son tour nous visiter. Il opéra dans divers services de Paris, à Beaujon, à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, à Necker. Je faisais alors un remplacement à Saint-Louis ; j'avais dans mon service une femme

---

d'abord, et sont encore jusqu'à un certain point, des établissements dans lesquels les classes payantes seules pouvaient obtenir des soins attentifs. Depuis la *Restauration* de 1868, des hôpitaux ont été créés dans diverses villes de l'empire par le gouvernement du Mikado. Le corps médical de ces établissements est constitué par les médecins les mieux instruits (d'après les idées modernes) et les plus expérimentés. Il n'y a donc rien d'étonnant que la *clientèle ordinaire de ces hôpitaux* soit composée des malades des *couches supérieures, des classes dirigeantes*, toutes payantes ; on y voit, en outre, les cas que les praticiens ordinaires sont incapables de soigner. Dans tous les hôpitaux vient un grand nombre de jeunes gens qui poursuivent leurs études et qui y préparent les médicaments, y font les pansements, observent les malades, jusqu'à ce qu'ils puissent obtenir un certificat d'aptitude.

A ce service interne de l'hôpital est adjoint un service externe analogue à nos consultations d'hôpital, où les malades sont examinés ; mais, en outre, les médicaments prescrits y sont délivrés, et chacun les paye, mais à prix réduits. Il existe encore deux autres services, un pour les vaccinations et un autre pour l'examen périodique des femmes publiques.

En 1877, il y avait 64 hôpitaux publics, 7 appartenant au gouvernement général, et 35 particuliers. Depuis, beaucoup d'autres ont été créés à Tokio, Kanagawa, Awomori, Sendai et Fukushima. Le nombre des médecins est relativement élevé au Japon, puisqu'il est, en chiffres ronds, de 31 000 pour une population de 32 millions d'habitants. Mais la grande majorité de ces médecins sont Chinois, exercent par conséquent une médecine assez arriérée, et d'ailleurs sont, pour la plupart, comme nous l'avons dit, attachés à une famille japonaise.

Il y a maintenant 6 journaux de médecine au Japon. Leurs colonnes sont en grande partie remplies de traductions d'articles de la presse médicale européenne et américaine.

atteinte de fistule vésico-vaginale qui avait déjà subi plusieurs tentatives opératoires; à peine étais-je disposé à intervenir de nouveau. Je demandai à M. Sims de vouloir bien faire un dernier effort; il réussit; je lui en fus reconnaissant, et la malade encore plus. Les autres chirurgiens de Paris, à la disposition desquels il s'était mis, ne lui ménagèrent point les éloges.

Parmi les étrangers qui voulurent bien nous apprendre des choses que nous ignorions, je pourrais citer Czermak, qui nous montra la laryngoscopie; je le vois encore, dans plusieurs hôpitaux, nous initier avec la plus grande complaisance à la pratique du laryngoscope sur les malades de nos salles.

A-t-on oublié que, lorsqu'il annonçait guérir avec les courants intenses certaines paralysies anciennes, Remak fut sollicité par plusieurs médecins des hôpitaux à faire sur leurs malades l'essai de sa méthode?

Il y a quelque trente ans, nous connaissions bien peu le traitement des arthrites et de la coxalgie en particulier. Bonnet, de Lyon, vint faire notre éducation; il opéra dans la plupart des services de Paris, chez Velpeau, chez Nélaton surtout. Nos chirurgiens d'hôpital de cette époque furent très heureux de recevoir des leçons de cet illustre praticien de province.

Qui ne se rappelle Duchenne, de Boulogne, et son inépuisable complaisance? Qui pourrait contester les services immenses qu'il a rendus à nos malades en les guérissant ou en nous apprenant à les guérir? Il faudrait être bien ingrat pour ne pas reconnaître ce que fit pour la population hospitalière ce confrère de la ville, étranger au corps médical hospitalier.

MM. Collin et Mathieu ne sont pas des hôpitaux; hésite-t-on pour cela à demander leur concours? Quand ils ont inventé un nouvel appareil, un nouvel instrument, ne les prions-nous pas de les faire manœuvrer, de les appliquer même devant nous? Dans la réduction des luxations anciennes, ne les avons-nous pas vus maintes fois faire le gros de la besogne, et nous prêter le concours le plus précieux?

Ce qui se passe journellement chez nous se fait également à l'étranger. J'étais l'an dernier à Amsterdam, dans le service de mon éminent ami le professeur Tilanus. Je vis dans la même matinée Lister opérer et panser un malade, et Sayre, de New-York, appliquer son corset plâtré chez deux enfants scoliotiques.

Passant à Anvers, je vis dans le service de chirurgie un calculeux qui devait subir l'opération de la taille; on me demanda mon avis. Je conseillai d'avoir recours à la taille prérectale de Demarquay. Mes confrères insistèrent beaucoup pour que je prisse le bistouri, bien que je ne fusse point chirurgien des hôpitaux belges.

Tels sont les faits sur lesquels j'ai depuis longtemps basé ma manière de voir et ma manière de faire. En dehors même des exemples fournis par mes prédécesseurs et mes contemporains, j'aurais facilement puisé en moi-même des arguments justificatifs.

Il est juste de réclamer ses droits, mais il est non moins sage de se rappeler ses devoirs; enfin il n'est pas mauvais d'avoir une certaine dose de modestie, sinon d'humilité. Or, je ne me crois malheureusement pas en possession de la science universelle; je crois que certaines gens savent des choses que j'ignore, ou savent mieux que moi d'autres choses que je connais pourtant.

Je m'imagine que, comme professeur de clinique, chargé d'instruire la jeunesse, j'ai le devoir de montrer aux élèves tout ce qui, étant nouveau, me paraît sérieux et utile; et que, comme chirurgien d'hôpital, je dois faire profiter mes malades de toutes les ressources dont je puis indirectement ou directement disposer. Je m'impose encore une autre obligation. Ayant eu la chance de parvenir aux sommets de ma profession et jouissant d'une certaine autorité, je tends la main aux moins avancés que moi; et quand l'occasion se présente de rendre publiquement hommage à une découverte sérieuse, à une application utile, à une méthode, à un procédé profitables, je n'hésite point à présenter à mon public l'invention et son inventeur. Personne, jusqu'à ce jour, ne m'avait accusé d'avoir, en agissant ainsi, oublié mes devoirs de professeur et de praticien.

J'ai fait plusieurs fois asseoir dans mon fauteuil, à la Pitié, de jeunes confrères qui n'appartenaient pas encore ou même qui n'appartiendront jamais au corps de santé des hôpitaux, et je les ai priés de vouloir bien exposer devant mes auditeurs les points particuliers de science ou de pratique qu'ils avaient creusés et élucidés. C'est ainsi que, dans ces dernières années, on a entendu dans mon amphithéâtre M. Duret, un de mes meilleurs élèves, exposer ses très intéressantes recherches sur les traumatismes cérébraux; puis mon ami M. Farabeuf décrire son procédé pour la réduction des luxations du pouce, et montrer les dissections sur lesquelles ce procédé repose.

Si l'on me disait qu'il s'agit ici d'enseignement oral et non d'intervention pratique, et si l'on insistait sur la différence entre les deux actes, je répondrais que j'aurais tout autant de répugnance à mettre dans l'esprit de mon auditoire de mau-

---

car jusqu'à présent on n'a encore fait que peu de travaux originaux. Ceux qui sont le mieux rédigés et qui ont le plus fort tirage sont le *I-ji-Chimbun* (hebdomadaire) et le *I-ji-Shinshi* (mensuel), publiés à Tokio. Voici le sommaire de l'un des récents numéros de ce dernier journal : « Bains mercuriels; effets nuisibles du vin sur la santé générale; causes de la fièvre intermittente; un cas de parturition difficile; emplois du jaborandi; les médecins du gouvernement contre la pratique privée, etc. » Ce sont, comme on le voit, des articles essentiellement d'actualité et d'intérêt local.

— Quelques-unes des personnes qui nous ont fait l'honneur de lire notre dernière chronique nous ont demandé de les renseigner au sujet de l'*Index medicus*, que nous vantions si fort. Nous saisissons avec empressement cette occasion d'attirer encore une fois l'attention sur ce précieux recueil.

L'*Index medicus* paraît par fascicules mensuels, renfermant le titre de tous les travaux relatifs à toutes les branches des sciences médicales, publiés sous forme de volume ou de brochure séparée, ou insérés dans les publications périodiques médicales, journaux, revues, bulletins de Sociétés savantes *du monde entier*. Les titres primitifs en langue française, anglaise, allemande, italienne, espagnole, grecque, sont conservés tels quels; les autres sont traduits en anglais. En outre, on y ajoute le nombre de pages, le format, le prix, le lieu et la date de la publication, quand c'est possible. C'est une œuvre aussi parfaite qu'elle peut l'être, au point de vue de l'étendue des matières qu'elle renferme, de leur arrangement, de la composition, de l'impression, etc. Le premier volume (1879) est en vente; le second (1880) est presque terminé. Une table générale par ordre alphabétique des matières et des noms d'auteurs se trouve à la fin de chacun d'eux. Toutes les bibliothèques publiques, les laboratoires, les personnes qui sont obligées de se tenir au courant de la littérature médicale, devraient souscrire à cet *Index*.

vaises doctrines, que d'imposer à mes malades une mauvaise thérapeutique.

Envisageons donc de plus haut la question pendante.

Quand je suis embarrassé, dans la ville, près d'un client riche, j'appelle un consultant, sans exiger absolument qu'il soit mon collègue dans les hôpitaux, mais uniquement parce que j'espère quelque chose de son concours et de son assistance. Dans mes salles d'hôpital, et pour mes pauvres diables, je fais de même. Maintes fois j'ai sollicité des confrères de la ville connus par leurs travaux scientifiques ou pratiques, et leur ai demandé leur conseil, leur temps, leur expérience, leur aide matériel au besoin. M. Farabeuf, dont je parlais plus haut, est venu réduire une luxation du pouce dans mon service; M. Onimus a bien voulu traiter avec moi un varicocèle par un nouveau procédé d'électrolyse qui semble constituer un progrès sur les anciennes opérations. C'est ainsi que j'ai prié mon très honorable confrère et ami M. Krishaber de vouloir bien pratiquer devant nous l'opération de Vicq-d'Azir, qu'il a si heureusement réhabilitée, quand les chirurgiens modernes l'avaient si fort oubliée.

Chaque fois que ces messieurs sont venus m'assister, les élèves ont pris soin de les remercier de ce qu'ils venaient de leur apprendre, et je n'ai pas manqué de m'associer à ces marques de gratitude.

Mais ces choses que j'ai faites, avais-je le droit de les faire? Droit, je n'en sais vraiment rien, quoique personne ne soit censé ignorer la loi; mais devoir, certainement oui; car si, drapé dans mon indifférence ou dans ma vanité hautaine, je m'étais imaginé n'avoir besoin de personne, peut-être aurais-je compromis quelques existences que j'ai sauvées en sollicitant du secours extérieur.

Mais, dira-t-on, si vous êtes embarrassé, si vous n'êtes point au courant d'une question, il faut lire, il faut étudier, et vous pourrez vous passer des autres. Voilà un fort bon conseil que je suis depuis quarante ans et dont je me suis souvent bien trouvé; mais si je ne dois me faire assister en personne que par mes collègues des hôpitaux, peut-être devrais-je aussi ne lire que les écrits émanés de ces mêmes collègues.

Mais, dira-t-on encore, quand vous appelez près de vous un étranger, vous faites aveu d'impuissance, d'insuffisance, et vous compromettez la noble corporation à laquelle vous appartenez. Ceci est très exagéré. Je ne pense pas qu'on soit fort amoindri et qu'on amoindrisse ses collègues quand on manifeste sur un point donné une certaine hésitation. En quoi d'ailleurs serais-je moins amoindri en appelant mon collègue de la salle voisine qu'un confrère de la ville, honorable, instruit et très compétent?

Un dernier argument, un peu honteux, se produit à la fin. En exhibant ainsi une invention, vous mettez l'inventeur sur un piédestal et vous vous faites son complice, si par hasard il abuse de la publicité que vous lui avez gratuitement fournie. D'abord, j'ai bien des fois jusqu'ici vanté les découvertes des autres; j'ai vulgarisé de toutes mes forces des progrès auxquels je n'avais nulle participation. J'ai loué publiquement, *urbi et orbi*, plusieurs confrères appartenant ou non aux hôpitaux, et jusqu'à ce jour je n'ai jamais eu à m'en repentir. Et puis, où serait le mal, si un bienfaiteur de l'humanité, petit ou grand, tirait de son travail honneur et profit? En quoi devrais-je rougir si j'étais l'un des artisans de son succès?

Ce libéralisme peut-il avoir par hasard des inconvénients? Certes oui, comme il arrive pour toutes les bonnes choses dont on peut à coup sûr faire abus, mais à l'usage desquelles les gens sages ne renoncent pas pour cela.

Mais je m'aperçois que je laisse trop courir ma plume. Il me faut m'arrêter.

Bien décidé à mourir dans l'impénitence finale, je recommencerai certainement ce que j'ai fait; je m'entourerai naturellement de toutes les précautions; je n'ouvrirai probablement jamais mes salles à des charlatans, de quelque pays qu'ils viennent et quelle que soit la couleur de leur peau; je n'abdiquerai jamais mes droits d'examen, de contrôle, de critique; je n'appellerai à mes côtés que des collaborateurs d'une moralité et d'une honorabilité incontestables; enfin, j'userai le plus rarement possible de cette intervention étrangère, et par une raison bien simple : si j'étais trop souvent embarrassé et trop souvent insuffisant, c'est que je ne serais plus bon à faire un professeur ni un chirurgien, et qu'il serait temps de résilier mon mandat en des mains plus dignes.

Les questions de principe me sont chères et je les tiens en grand honneur; seulement, il y a les grands et les petits principes : en cas de conflit, il faut, je crois, sacrifier résolument ceux-ci à ceux-là.

Et maintenant, je voudrais bien que *la Rédaction* consentît à me dire si elle et moi sommes en communion.

A. Verneuil.

—Dernièrement, à l'Académie des sciences de New-York, le professeur Marsh a lu une note sur les dimensions du cerveau et de la moelle épinière chez quelques espèces éteintes de reptiles, dans laquelle il soutient, entre autres propositions, que plus un type donné de mammifères, reptiles ou poissons, est ancien, plus le cerveau est petit.

L'auteur a aussi attiré l'attention sur un fait très curieux observé chez certains fossiles : le développement extraordinaire de la moelle à la région sacrée. Sur un reptile gigantesque de la période jurassique ayant près de 30 pieds de long, le cerveau était à peine aussi gros que celui d'un chien ordinaire, à en juger par les dimensions de la cavité crânienne; mais le canal vertébral présentait un immense élargissement à la région sacrée, formant en ce point une excavation ayant plusieurs fois la largeur de celle du crâne. Le sacrum était constitué par 4 vertèbres qui étaient bien ossifiées, présentaient une grande solidité, et son intérieur renfermait, pendant la vie de l'animal, un cerveau postérieur, si l'on peut s'exprimer ainsi, qui aurait été 8 fois aussi gros que l'encéphale.

Ce point parut si remarquable au professeur Marsh, qu'il voulut examiner plusieurs spécimens de la même espèce avant de l'accepter comme un fait général susceptible d'une application plus étendue. En examinant des individus plus jeunes de la même espèce de sauriens gigantesques, il put vérifier l'existence de la cavité sur chacun d'eux, et démontrer que le renflement de la moelle chez ces reptiles disparus était un fait normal. Si on ne l'avait trouvé qu'une fois, on aurait pu regarder ce phénomène comme causé par une blessure ou une affection quelconque; mais depuis que l'attention a été attirée sur ce point, on l'a toujours constaté.

On n'a rien trouvé d'analogue sur les espèces vivantes. L'aurphiax n'a absolument pas de cerveau, c'est-à-dire de renflement cérébral de la moelle à son extrémité antérieure; mais il n'a pas non plus au sacrum de cavité spinale qui réponde à celle qui a été observée chez les espèces éteintes.

RÉPONSE.

Entièrement de votre avis, cher et honoré confrère, et pour les mêmes motifs que vous. Nous pourrions même, aux exemples que vous citez de médecins ou chirurgiens du dehors appelés par ceux des hôpitaux, en ajouter quelques-uns : les exemples notamment de Clot-Bey opérant dans le service de Lisfranc, et de Lugol expérimentant les préparations iodées dans le service de Dupuytren. Lugol était, il est vrai, médecin de l'hôpital Saint-Louis, mais il n'avait pas droit de pratique à l'Hôtel-Dieu.

Le droit, vous le dites très bien, forme, avec la possibilité d'abus, le fond de la question. Mais le pouvoir d'empêcher ce que vous avez fait — puisque vous êtes le coupable, — celui qui seul pourrait l'exercer, c'est-à-dire le directeur de l'hôpital, représentant l'Administration, le possède-t-il pour en user contre les intérêts de l'humanité et de l'enseignement public? Qu'il ait le droit de connaître ce qui se passe dans son hôpital, qu'il ait même la fantaisie d'en prendre acte, comme dans une circonstance que nous connaissons, soit; mais ce ne pourrait être en vue d'opposer un droit administratif au droit moral, professionnel, qu'a le médecin ou le chirurgien de pourvoir par-dessus tout au salut de ses malades et d'agir en conséquence.

Il peut se produire des abus! C'est très possible. Alors, qu'on les réprime ; d'ailleurs, ce sont particulièrement les choses excellentes qui sont sujettes à abus. Nous ne croyons pas qu'on en demande pour cela la suppression, et que, par exemple, vous autres chirurgiens, vous coupiez la langue des gens pour ce motif qu'elle est, au dire du philosophe, à la fois la meilleure et la pire des choses.

La Rédaction.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Résection de deux mètres d'intestin grêle suivie de guérison, par E. Kœberlé.

La résection de l'intestin est une opération d'une date assez récente.

Les opérations de ce genre qui ont été pratiquées jusqu'à présent n'ont guère porté que sur une longueur restreinte du tube digestif, sur une quarantaine de centimètres au plus, soit pour en enlever une partie cancéreuse rétrécie, soit pour aboucher les deux extrémités de l'intestin gangréné partiellement à la suite d'un étranglement herniaire.

C'est ainsi que Reybard (de Lyon) (*Mémoire sur une tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du côlon.* Ablation de la tumeur et de l'intestin. Réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe. Guérison ; *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. IX, 1843), dès 1833, fit le premier une opération très remarquable, très audacieuse, en réséquant environ 10 centimètres du côlon descendant envahi par une tumeur cancéreuse. La partie malade fut ainsi totalement enlevée. Les deux bouts de l'intestin furent ensuite directement réunis par une suture, et l'incision abdominale, qui avait été faite sur la partie latérale du ventre, fut entièrement fermée. Le malade guérit au bout d'un mois et se porta bien pendant environ six mois. Il survint ensuite des douleurs lancinantes, qui devinrent de plus en plus fréquentes en même temps que l'état général s'aggrava par suite de la récidive de la tumeur carcinomateuse, à laquelle l'opéré succomba environ dix mois et demi après l'opération.

Quoique les expériences de suture intestinale que Reybard a entreprises sur des chiens n'aient guère abouti, celles de Czerny (*Beitrage zur operativen Chirurgie*, Stuttgart, 1878) et de ses assistants prouvent que l'estomac lui-même peut être enlevé en entier, en suturant le cardia au duodénum, sans que la nutrition soit sensiblement altérée, et que la portion pylorique du tube digestif peut aussi être excisée.

Dans ces dernières années, enhardis par les résultats qui ont été obtenus dans les gastrotomies sous l'influence des procédés antiseptiques, MM. Gussenbauer (1), Thiersch, Schede (2), Baum (3), Czerny (4), Billroth, Bardenheuer, etc., ont tenté également de faire la résection des parties cancéreuses du gros intestin ; M. Péan (5) a même tenté d'enlever la portion pylorique d'un estomac cancéreux, opération dont M. Nussbaum (*Ueber Enterotomie, Gastrotomie und Leberdrainage*, dans la séance du 27 décembre 1879, au Congrès médical de Munich, *Aerztlich. Intelligenz-Blatt*, 1880) s'est déclaré le par-

(1) *Ueber einen Fall von Darmresection.* (*Zeitschrift für Heilkunde*, t. I). — *Zur operativen Behandlung der Carcinome des S romanum.* Gussenbauer, dans un cas de carcinome du côlon au voisinage de l'S iliaque, a réséqué une portion du gros intestin, longue de 6 à 8 centimètres, comprenant la tumeur. Suture intestinale, drainage avec les procédés de Lister. Mort au bout de quinze heures. (*Archiv. für clin. Chirurg.*, t. XXIII, 1878, p. 233.)

(2) *Enterorhaphie Deutscher Chirurgen-Congress*, 1879.

(3) *Resection eines carcinomateusen Darmstückes.* Constipation prolongée. Établissement d'un anus artificiel. Un mois après, résection de la tumeur et d'une portion du côlon ascendant d'une longueur de 8 centimètres. Suture intestinale. Mort neuf jours après l'opération. (*Centralblatt für Chir.*, t. VI, n° 11, mars 1879, p. 169.)

(4) *Zur Damresection* (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1880, n° 45).

(5) *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.* Paris, 1880, p. 517. — Résection d'une tumeur cancéreuse du pylore avec une portion d'épiploon cancéreuse. Suture au catgut de l'estomac avec le duodénum. Durée de l'opération, deux heures et demie. Mort au bout de quatre jours.

Le crocodile à deux têtes n'est donc pas une fiction ; les deux têtes, à la vérité, ne sont pas montées sur le même cou ; mais elles n'en existent pas moins, l'une en avant, l'autre en arrière. On ne sait pas trop à quoi pouvait servir celle-ci. L'animal avait de fortes pattes en arrière, mais les membres antérieurs étaient tout aussi développés, et néanmoins il n'existait pas de renflement médullaire correspondant.

— Nous repêchons dans un journal américain une anecdote essentiellement française, qui peut-être est bien connue, mais que nous reproduisons néanmoins, parce que d'autres peuvent l'ignorer comme nous.

Il y a quelque vingt-huit ans, au commencement du second Empire, le ténor R... faisait les délices de la cour et de la ville ; nul ne chantait mieux que lui, et la capitale tout entière était suspendue à ses lèvres (!). Tout à coup, plus de chants : il avait perdu la voix... et une partie de la voûte palatine. Les jours succédèrent aux jours, les mois aux mois, et le nom chéri de R... ne reparaissait toujours pas sur l'affiche. Un jour, après un silence de deux ans, on annonça qu'il allait reprendre son rôle dans son opéra de prédilection, *la Favorite*. Tout le monde voulait l'entendre, pour savoir si sa voix avait conservé les sons enchanteurs d'autrefois. Il y eut, à cette occasion, une représentation extraordinaire à laquelle assistèrent l'empereur, l'impératrice, et le dessus du panier de la cour : de Morny, Magnan, etc. La Faculté de médecine y était aussi représentée, et entre autres par Ricord, qui était alors à l'apogée de sa renommée. R... n'avait jamais mieux chanté que ce soir-là : sa voix était de velours. Les applaudissements faisaient vibrer les lustres. Ricord surtout se faisait remarquer par son enthousiasme, — Ricord, qui était bien connu pour ne pas savoir reconnaître une note d'une autre, sauf peut-être celles de ses clients. Magnan était assis près de lui. « Pourquoi donc, Ricord, demanda-t-il, applaudis tu cette musique avec tant de vigueur, toi qui ne pourrais distinguer un *ut bémol* d'un *ré dièze?* — Je me... moque

tisan ; mais toutes ces tentatives, qui ont eu des tumeurs cancéreuses pour objectif, ont été suivies d'insuccès ou de récidive peu de temps après l'opération.

La plus intéressante de ces opérations est celle de Czerny. Au mois d'avril 1880, l'habile chirurgien de Heidelberg entreprit d'enlever une tumeur cancéreuse qui lui paraissait avoir son siège au-dessus de la courbure iliaque du côlon. C'était chez une femme âgée de quarante-sept ans, d'un aspect cachectique, mais qui ne présentait pas de symptômes d'obstruction intestinale bien caractérisés. A l'ouverture de l'abdomen sur le côté gauche, une partie du côlon transverse fut trouvée adhérente à la tumeur. Cette partie de l'intestin, dans une étendue de 11 centimètres environ, et la portion du côlon descendant qui était le siège de la dégénérescence, dans une étendue de 7 centimètres, furent réséquées l'une et l'autre et réunies chacune d'une manière immédiate. Les glandes lymphatiques du méso-côlon étaient un peu hypertrophiées. Réunion de la paroi abdominale en maintenant un tube de drainage dans la plaie. Durée de l'opération, deux heures et demie, sous l'influence du *spray* phéniqué et de l'anesthésie chloroformique. Les gaz passèrent par l'anus à partir du quatrième jour. Le cinquième jour on enleva le tube de drainage. Le sixième jour on remarqua des matières fécales sous les pièces du pansement. Le septième jour on administra un lavement, qui donna lieu à une évacuation alvine. Du huitième au vingt-sixième jour il s'écoula des matières fécales par la plaie, de telle sorte qu'on était obligé de refaire le pansement quatre à six fois par jour. Vers la fin du mois d'août, quatre mois après l'opération, la plaie était entièrement cicatrisée, mais elle présentait déjà une induration de nature suspecte. Peu à peu les selles devinrent plus difficiles, en même temps que l'état général devint de plus en plus mauvais. Il y eut des symptômes d'étranglement interne. Enfin l'opérée succomba au mois de novembre, six mois et demi après l'opération, dans un état de cachexie cancéreuse, par suite de complications thoraciques, avec récidive locale et infiltration métastatique cancéreuse du foie et des glandes mésentériques. Le côlon tranverse et le rectum communiquaient directement par l'intermédiaire d'un clapier cancéreux.

Les opérations précédentes, relatives à des cancers, ne peuvent guètre être considérées que comme des tentatives d'amélioration d'un état désespéré, mais qui étaient presque fatalement destinées à l'insuccès, comme toutes les opérations analogues qu'on pourra tenter dans la suite.

Si dans les cas de Reybard et de Czerny un rétablissement en apparence complet a pu être obtenu pendant quelques mois, les opérés n'en sont pas moins morts misérablement, après avoir passé par les phases d'une opération très grave, qui toutefois a peut-être prolongé sensiblement leurs jours.

Une autre série d'opérations de résection d'intestin, suivies en général d'un heureux résultat, est relative à l'intestin gangréné dans une hernie étranglée.

Dans ces opérations, l'anse intestinale gangrénée, ordinairement dans une étendue restreinte à quelques centimètres, a été réséquée et les deux bouts de l'intestin ont été réunis directement par une suture, dans le but de rétablir directement le cours des matières intestinales.

C'est ainsi que Kocher (1), Hagedorn, Nicoladini, Ludwik (2), Czerny (3), etc., ont publié des cas de ce genre, très remarquables, dont plusieurs ont été suivis de guérison. Divers autres cas n'ont pas été publiés.

Comme la plupart des patients sont ordinairement dans un état très grave lors de l'opération, celle-ci a eu le plus souvent un mauvais résultat. A la suite de deux insuccès, le professeur Billroth a déclaré en être difficilement partisan.

La résection de l'intestin a été également appliquée au traitement de l'anus contre nature.

Dittel (4), Czerny (5), à deux reprises, Billroth (6), trois fois ont réussi à guérir de cette manière des anus contre nature par une suture directe de l'intestin, dont les orifices avaient été préalablement avivés.

On peut rapprocher des cas précédents l'observation suivante :

Obs. — Au mois de septembre 1880, par suite d'une méprise dans une intervention chirurgicale, une malade qui était affectée

(1) *Excision des brandigen Darms* (*Korrespondenzblatt für schweizer. Aerzte* 1878, t. VIII, p. 133. — Hernie inguinale étranglée. Résection de 12 centimètres d'intestin gangréné. Suture intestinale à la manière de Lembert. Guérison au bout de quatre semaines. — *Bulletin de la Suisse romande*, mai 1880. Hernie ingulnalo énorme. Résection d'uno portion d'intestin d'une longueur do 42 centimètres. Suture intestinale. Guérison, par Kocher. — Dans un troisième cas (*Centralblatt für Chirurgie*, 1880, n° 29), le professeur Kocher fit une résection d'uno portion d'intestin gangréné d'une longueur de 11 centimètres. Suture intestinale. Excision du sac herniaire. Mort au neuviémo jour.

(2) *Wiener med. Presse*, t. XXI, 1880, n° 23. — Résection de 12 centimètres d'intestin grêle gangréné. Suture intestinalo. Excision d'une portion d'épiploon. Guérison, par Ludwik.

(3) *Zur Darmresection* (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1880, n° 45). M. Czerny relate deux opérations, dont l'une a été faite avec succès le 7 mai 1878. Dans le cours de l'autre opération, l'opérée succomba par suite de vomissements de matières stercorales qui s'introduisirent dans la trachée.

(4) *Darmresection bei Anus præternaturalis* (*Wiener med. Wochenschrift*, 1878, n° 48). — Anus contre nature consécutif à une hernie crurale étranglée. Opération le 8 octobro 1878, avec les procédés de Lister. Excision des tissus contigus aux orifices de l'intestin, qui fut ensuite attiré au dehors. Avivement et suture de l'intestin grêle avec du catgut, à 3 centimètres de la valvule iléo-cæcale. L'appendice vermiculaire, qui paraissait fournir une sécretion purulente, fut lié à ras du cæcum avec du catgut et excisé complètement. Dès le lendemain, selle liquide. Du cinquiémo au huitiémo jour, des liquides et des gaz intestinaux passèrent par la plaie. Depuis, selles normales. Guérison au bout d'un mois. Cette opération du professeur Dittel est la première de ce genre.

(5) *Wiener med. Wochenschrift*, 1879, n° 1. — *Archiv. f. kl. Ch.*, t. XXIV. — *Wiener med. Wochenschr.*, 1881, n° 3.

(6) *Centralblatt für Chir.*, 1877, n° 28. — *Beitrage sur oper. Chir.*, Stuttgart, 1878, p. 23.

---

bien de la musique, Magnan ; c'est l'iodure de potassium que j'applaudis ! »

Si non e vero,... j'en laisse la responsabilité à notre confrère du *Louisville Medical News*.

L. H. Petit.

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. — Des concours seront ouverts à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, savoir : le 3 novembre 1881, pour un emploi de suppléant pour la pathologie et la clinique internes et les maladies cutanées ; le 3 novembre 1881, pour un emploi de suppléant pour la pharmacie et la matière médicale ; le 1er décembre 1881, pour un emploi de suppléant pour l'histoire naturelle ; le 3 novembre 1881, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques ; le 1er décembre 1881, pour l'emploi de chef des travaux chimiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 14 janvier 1881, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé millitaire :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. Sala (Antoine-Augustin), médecin-major de 1re classe.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — (Ancienneté). M. Jeunehomme (Christian-Prosper), médecin-major de 2e classe. — (Choix). M. Jeanmaire (Henri-Louis-Emmanuel), médecin-major de 2e classe. — (Ancienneté). M. d'Hennezel (Louis-Alexandre), médecin-major de 2e classe.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe. — (Choix). M. Ulrich (Jules-Édouard-Charles), pharmacien-major de 2e classe. — (Ancienneté). M. Aubrit (Philippe), pharmacien-major de 2e classe. — (Choix). M. Pons (Jules-Victor-Marie), pharmacien-major de 2e classe.

Distinctions honorifiques. — Le professeur Alvarenga (de Lisbonne), bien connu des médecins français, particulièrement pour ses travaux sur les maladies du cœur, vient d'être nommé conseiller de S. M. le roi de Portugal.

d'une hernie crurale étranglée a subi une résection complète d'une anse d'intestin grêle.

L'intestin était simplement pincé dans l'anneau crural, et le cours des selles, quoique très gêné, n'était pas interrompu. En même temps la malade se plaignait de douleurs très vives dans la cuisse et dans l'aine, où l'on percevait une petite tumeur, que l'on prit pour une glande lymphatique engorgée, qui occasionnait ces accidents et que l'on crut devoir enlever pour les faire cesser. La tumeur parut être engagée jusque dans le canal crural. On tira un peu sur elle et on en divisa le pédicule, qui malheureusement n'était autre que l'intestin lui-même, dont une anse complète avait été ainsi excisée. Il en résulta un anus contre nature qui se compliqua bientôt après d'un abcès dans l'aine et d'accidents d'obstruction intestinale.

La malade vint à Strasbourg. Après avoir largement ouvert l'abcès, je dilatai la plaie pour reconnaître exactement la position des parties. Je fis ensuite pénétrer dans chaque orifice de l'intestin un tube de caoutchouc. Dans l'intérieur de chacun de ces tubes j'introduisis l'une des branches d'une pince hémostatique, dont la pression fut ainsi mitigée. Le rapprochement des branches de l'instrument détermina la mortification des parties intermédiaires. Le cours des matières intestinales fut librement maintenu à travers l'anus contre nature. Les selles se rétablirent sans la moindre colique, au bout de sept à huit jours, par les voies naturelles. Le dix-huitième jour la plaie a été complètement cicatrisée.

La résection du rectum envahi par la dégénérescence cancéreuse ou par un épithélioma simple a été pratiquée un assez grand nombre de fois.

Les opérations pratiquées dans les cas de cancer et dans les cas d'épithélioma, qui ont subi une dégénérescence maligne et ont envahi les tissus voisins sous-jacents à la muqueuse intestinale, ont toutes été suivies de récidive et n'ont pu apporter qu'un soulagement temporaire très précaire dans les cas excessivement rares qui ont été suivis de rétablissement.

Dans les trois dernières années j'ai fait quatre fois la résection du rectum obstrué et envahi, à une profondeur de 6 à 7 centimètres à partir de l'anus, par un épithélioma limité aux tuniques intestinales. Chez tous les malades, plus ou moins affaiblies, il y avait des épreintes, de la diarrhée, de la suppuration, des hémorrhagies à chaque garde-robe. 6 à 8 centimètres d'intestin ont été enlevés dans chaque opération. L'hémostase a été entièrement opérée à l'aide des pinces hémostatiques, appliquées successivement au nombre de 60 à 80. Pas de ligatures de vaisseaux. Le bout supérieur de l'intestin a été attiré au niveau de l'anus, où il a été réuni d'une manière immédiate.

Les quatre opérations ont été suivies d'un succès complet sans récidive. Toutefois l'une des malades, opérée il y a trois ans, dont la mère est morte d'un cancer, est actuellement affectée d'un cancer de la matrice ; mais l'intestin et la cicatrice anale sont restés complètement étrangers à la dégénérescence. La quatrième opération est d'origine trop récente pour porter sur elle un jugement définitif, mais j'ai tout lieu de croire que le résultat en restera parfait.

M. J. Bœckel a opéré la résection d'une portion du rectum dans un cas de prolapsus simple, à l'aide de l'anse galvanocaustique. Une portion du péritoine du cul-de-sac recto-vaginal fut enlevée dans cette opération. Le malade se rétablit; mais l'opération, par suite de l'élargissement du rectum, n'eut pas un résultat satisfaisant.

Il existe une autre série d'affections pour lesquelles jusqu'à présent la résection de l'intestin n'avait pas encore été entreprise. Il s'agit des rétrécissements fibreux du tube digestif à la suite de cicatrices de la muqueuse. Le plus souvent les cicatrices, lorsqu'elles n'envahissent pas le pourtour de l'intestin, sont élargies progressivement par l'accumulation des matières intestinales à la suite de coliques répétées. Le cours des selles finit ainsi par se rétablir, et il ne survient une obstruction que dans les cas où des corps étrangers, des noyaux de fruit, des os, des matières alimentaires non digérées, viennent accidentellement s'accumuler. Il peut alors survenir des accidents d'étranglement interne.

Dans ces circonstances l'intervention chirurgicale peut devenir nécessaire.

Dans un cas, j'ai réussi à rétablir le cours des matières alvines (ballonnement considérable, suppression des selles, sensibilité du ventre, symptôme de péritonite, nausées, vomissements) en opérant la malaxation de l'intestin après chloroformisation préalable, en variant la position de la malade. Dans plusieurs accès antérieurs, moins graves, on avait réussi à rétablir le cours des selles à l'aide de purgatifs et de lavements. Depuis quelques mois un régime sévère a permis de maintenir exactement la régularité des selles.

Dans le cas suivant j'ai réussi à rétablir le cours des matières alvines en pratiquant la gastrotomie et en sectionnant une bride fibreuse qui compliquait le rétrécissement. Malheureusement mon intervention a été trop tardive.

Obs. En 1878, je fus appelé auprès d'une dame âgée de soixante-treize ans, depuis longtemps sujette, par intervalles plus ou moins considérables, à une obstruction passagère de l'intestin et à des coliques qui avaient leur siège principal dans l'hypochondre gauche. On parvenait chaque fois à dissiper ces accidents à l'aide de lavements répétés ou forcés, et par des purgatifs. En dernier lieu il était survenu des accidents d'étranglement interne, de ballonnement tympanique du ventre, qu'on ne put calmer momentanément qu'à l'aide d'une ponction intestinale. On fit ainsi des ponctions multiples. Il survint des symptômes de péritonite scepticémique, et la malade était dans un état désespéré lorsque je fus appelé à intervenir. Les symptômes d'étranglement dataient d'une dizaine de jours. Il existait une obstruction du côlon transverse, qu'il était facile de constater par les coliques et par la tension de l'intestin.

On désirait tenter une dernière ressource, la gastrotomie, qui ne pouvait aggraver la situation, mais qui, d'autre part, ne laissait guère non plus de chance de salut. La malade fut légèrement chloroformisée. Une incision sur la ligne blanche dans la région sus-ombilicale me permit aisément d'arriver au côlon très distendu, sur lequel on apercevait des traces des piqûres intestinales. La cavité péritonéale, dont il s'était échappé des gaz dès que le péritoine fut ouvert, contenait une sérosité rougeâtre d'une odeur infecte. Les anses intestinales, très rouges, étaient agglutinées entre elles. Je fis une ponction oblique de l'intestin grêle et du côlon à l'aide d'un trocart capillaire, pour vider partiellement les gaz, et j'arrivai aisément(1) sur l'obstacle à la circulation des matières alvines. Le côlon était rétréci, probablement par une cicatrice ancienne, mais perméable, sans épaississement prononcé de ses parois. Il faisait en ce point un coude occasionné par une bride fibreuse qui le contournait en l'étranglant. Cette bride provenait d'un ancien exsudat inflammatoire consécutivement à la distension extrême de sa portion transverse droite.

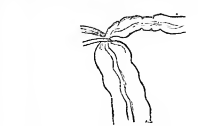


Fig. 1. — Rétrécissement cicatriciel et bride fibreuse ayant déterminé un étranglement du côlon.

La section de la bride, au-dessous de laquelle j'avais introduit le doigt indicateur de la main gauche, opérée à l'aide des ciseaux, libéra immédiatement l'intestin, dans lequel les gaz et les liquides purent descendre librement. La cavité péritonéale fut étanchée, lavée avec de l'eau phéniquée, desséchée autant que possible jusque dans l'excavation du bassin, et la plaie abdominale fut réunie. L'intervention chirurgicale avait été très simple, et certainement, si l'empoisonnement septicémique n'avait pas été aussi

(1) Dans le cas contraire il aurait fallu tirer au dehors les anses intestinales distendues.

avancé, la guérison aurait dû avoir lieu. L'eau des lavements, qui sortait jusqu'alors de l'intestin tout à fait limpide, ramena des matières fécales abondantes. Malheureusement la malade, trop affaiblie par l'âge et par la longue durée des accidents d'étranglement interne, succomba aux suites de la péritonite septicémique, quelques heures après l'opération.

Dans le cas suivant, les lésions, quoique plus graves, purent être surmontées par une intervention hardie.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

SUR LES PARTIES DU PANCRÉAS CAPABLES D'AGIR COMME FERMENTS. Extrait d'une lettre de M. *A. Béchamp* à M. Dumas. — *Des microzymas pancréatiques.* — Il est assez facile, avec un peu de soin, par broiement, lévigation avec de l'eau légèrement alcoolisée, filtration et lavage, surtout en hiver, de séparer les microzymas de la glande. En masse, ceux du pancréas de bœuf ont l'apparence de belle levûre de bière blonde. Mais, tels qu'on les isole par ce traitement, ils sont empâtés dans une couche de corps gras qui leur forme comme une atmosphère ; ce qui a fait dire que les granulations moléculaires du pancréas sont des granulations graisseuses. Il faut les traiter à l'éther et de nouveau à l'eau. C'est après ce traitement que l'auteur les a employés pour les faire agir sur des matières albuminoïdes solubles et insolubles : la *caséine*, la *fibrine du sang*, la *fibrinine*, la *musculine*. On opère ainsi la modification insoluble du blanc d'œuf (débarrassé de leucozymase) que l'on obtient sous l'influence de l'acide chlorhydrique fumant, que l'on appelle en Allemagne *acidalbumine*, et que l'on confond avec la musculine et la primovalbumine (albumine soluble de M. Wurtz).

Je me suis assuré, dit M. A. Béchamp, que c'est à tort que l'on confond ce que l'on appelle *peptone pancréatique* avec ce que l'on nomme *peptone gastrique*. Les produits diffèrent complètement, lorsqu'on les définit par leurs pouvoirs rotatoires. En outre, à un autre point de vue, la différence d'action du suc gastrique et des microzymas pancréatiques est énorme. Le suc gastrique (physiologique, de chien) ne donne, avec aucune des matières albuminoïdes précédentes, aucune trace appréciable de leucine ou de tyrosine. Au contraire, avec les microzymas pancréatiques, la matière albuminoïde digérée est toujours accompagnée de produits cristallisables (leucine, etc.), dont le poids peut être plus grand que le poids des microzymas employés. Avec la fibrinine, pour 15 grammes de matière sèche et 6 grammes de microzymas pancréatiques contenant 8 décigrammes de matière sèche, la quantité de produits cristallisables a été de $2^{gr},5$, c'est-à-dire le sixième de la matière albuminoïde et trois fois le poids des microzymas secs.

La conclusion de l'auteur est que toutes les propriétés connues du pancréas sont concentrées dans ces microzymas.

AFFECTIONS BRONCHIQUES. — M. *Mandl* adresse une Note relative à l' « influence des vapeurs résineuses sur la marche et la terminaison des affections bronchiques et broncho-pulmonaires ».

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* un mémoire sur un nouveau produit alimentaire composé avec le fruit de l'*Astragalus tragacantha*, présenté par M. Genevière (de Montpellier) ; — *b.* une formule et un certain nombre de certificats relatifs à une pommade suppurative pour les plaies ; présentés par M. Meunier (d'Avignon). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. le préfet de Seine-et-Oise adresse les rapports des Conseils d'hygiène de ce département depuis 1856.

L'Académie reçoit : 1° une lettre de MM. Ploix et Samuel Pozzi, au nom du comité chargé d'élever un monument à Paul Broca ; 2° un pli cacheté, de la part de M. Poncet (de Lyon) ; 3° une lettre de remerciement de sœur Ursule, pour la médaille d'or qui lui a été décernée en récompense de ses services pour la propagation de la vaccine ; 4° de M. Morond, de Pithiviers, deux tubes contenant du cowpox développé spontanément ; 5° de Mme Lecorre (de Palaiseau), la liste des enfants vaccinés par elle en 1880 ; 6° une lettre de candidature de M. Kœberlé (de Strasbourg) ou titre de membre correspondant.

M. *le Bibliothécaire* dépose, au nom de M. Ruelle, le manuscrit et les notes recueillies pour son étude sur Rufus d'Éphèse.

M. *Bergeron* présente, de la part de M. Lecadre (du Havre), une brochure sur la *Statistique de la constitution médicale au Havre en 1879.*

M. *Brouardel* offre, au nom de M. Layet (de Bordeaux) : 1° un mémoire sur *l'action comparée du minium et de la céruse sur l'économie, avec un tableau général des intoxications saturnines professionnelles ;* 2° un travail intitulé : *Le gaz d'éclairage devant l'hygiène ;* 3° un *Programme de l'enseignement de l'hygiène.*

M. *Colin* (d'Alfort) présente, de la part de M. Leclerc (de Lyon), une *Note sur la trichine à Lyon.*

M. *le Président* déclare une vacance dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

TRANSMISSION DE LA RAGE AUX ANIMAUX. — M. *Galtier* adresse à l'Académie, à propos des expériences relatées par MM. Maurice Raynaud et Lannelongue dans la séance précédente, une note dont M. Bouley donne lecture.

Depuis sa première communication sur la rage, faite à l'Académie des sciences au mois d'août 1879, il a continué ses recherches sur cette maladie. Déjà l'an dernier il a fait connaître les symptômes de la rage provoquée chez le lapin par l'inoculation de la salive du chien enragé ; la rage du chien est en effet transmissible au lapin, et elle apparaît d'ordinaire après une période moyenne d'incubation comprise entre douze et dix-huit jours ; elle paraît également transmissible du lapin au lapin et du lapin au mouton. Des nouvelles expériences instituées par M. Galtier il résulte, en outre que : 1° il n'a encore constaté l'existence du virus rabique chez le chien enragé que dans les glandes linguales et la muqueuse bucco-pharyngienne ; 2° le contage de la rage canine peut se conserver un certain temps sur le cadavre et dans le monde extérieur, vingt-quatre, quarante-huit, soixante-quinze heures ; un cobaye est devenu enragé après inoculation de bave recueillie depuis dix jours ; 3° la bave de chien enragé, cultivée dans la salive normale, a déterminé l'apparition de bâtonnets et de spores isolées, réunies en chapelets ou en masses ; des cultures successives ont fait mourir des cobayes en huit, douze, vingt-deux jours ; la salive de ces animaux, inoculée à d'autres cochons d'Inde, a déterminé la mort de ceux-ci en quatre, cinq, sept jours : des chiens inoculés avec la salive des cobayes morts n'ont pas présenté de symptômes de rage ; 4° les injections du virus rabique sous la peau, dans la plèvre, le nerf sciatique, ont déterminé la rage ; jamais elle n'a été obtenue par le badigeonnage de la conjonctive et la muqueuse vaginale, pas plus que par l'injection à des lapins de quantités considérables de matière virulente ; les moutons résistent également à une injection du virus dans la jugulaire ; 5° l'absorption semble s'effectuer promptement après les inoculations et probablement aussi après les morsures ; 6° la rage du chien est inoculable au lapin, au cochon d'Inde, au mouton, à la chèvre ; la rage du mouton s'inocule moins aisément au lapin que celle du chien ; les poules contractent très difficilement la rage ; 7° l'introduction de 3 à 4 centimètres cubes de bave de chien enragé dans le tissu cellulaire sous-cutané des chiens donne lieu à des accidents locaux très marqués et à une septicémie rapide qui a fait périr les animaux en quatre, cinq, huit jours ; 8° le suc obtenu en exprimant la masse cérébrale de chien ayant succombé à la rage a produit, par l'injection dans la cavité péritonéale, en un jour, la mort de deux moutons dont la salive n'a pas transmis la rage au lapin ; 9° parmi les animaux mis en expérience par M. Galtier, la rage s'est récemment déclarée chez une chienne qui était isolée et enfermée depuis un an.

MALADIE NOUVELLE PROVOQUÉE PAR LA SALIVE D'UN ENFANT MORT DE LA RAGE. — M. *Pasteur* dépose sur le bureau une note lue par lui hier à l'Académie des sciences, et qui repro-

duit l'exposé des expériences qu'il a faites à l'aide de la salive de l'enfant mort de la rage, dont MM. Maurice Raynaud et Lannelongue ont entretenu l'Académie dans la séance précédente. Nous avons résumé ces expériences au compte rendu de cette séance. Afin de montrer que les animaux inoculés n'ont pu succomber à la septicémie, M. Pasteur présente six cobayes inoculés depuis quelques jours, dont l'un hier; tous sont en parfaite santé. Or, l'on sait combien cet animal est susceptible à la septicémie. Par contre, un lapin également inoculé hier est mort ce matin. Il ne peut s'agir de septicémie, de cette septicémie qui, inoculée ces jours-ci à des cobayes avec des germes datant de plus de trois ans, a déterminé leur mort dès le lendemain matin. L'être microscopique qui provient de la salive de l'enfant mort de la rage est aérobie, il pénètre dans le sang et s'y cultive abondamment au moment de la mort; le sang du lapin inoculé hier renferme une telle quantité de l'organisme vivant, qu'il en est rempli; les auréoles qui entourent chacun des bâtonnets sont serrées les unes contre les autres. On est en présence d'un virus absolument nouveau, d'une maladie nouvelle, très virulente pour les lapins, sans influence sur les cobayes, au moins pour le nombre d'expériences réalisées jusqu'ici. M. Pasteur rappelle en terminant, et en réponse aux assertions émises dans la dernière séance par M. Colin, les conclusions auxquelles ses études l'ont conduit en ce qui concerne la résistance à la putréfaction de la bactéridie à l'état de spores ou de germes, et la destruction par la putréfaction de la bactéridie en filaments; d'où la conservation dans la terre des corpuscules germes provenant d'animaux charbonneux, et la possibilité de leur transmission à la surface du sol par les lombrics.

Nouvelles expériences sur la culture des bactéridies charbonneuses dans le sol. — M. *Colin* (d'Alfort) s'est livré à cinq séries d'expériences afin d'élucider cette question, et il a constaté les résultats suivants :

1° 61 animaux ont pu manger impunément et à quatre reprises, pendant l'été ou l'automne, la totalité de l'herbe qui avait poussé sur 60 cadavres charbonneux enfouis successivement de la fin de mars à la fin de juillet; 2° 11 animaux ont pu consommer non moins impunément l'avoine et le fourrage arrosés par les eaux de lavage (troubles et sédimenteuses) de terres prises au-dessus des cadavres et mêlées à une forte proportion de détritus de ces cadavres; 3° 7 animaux parqués pendant quatre, cinq, six, douze et quinze jours sur des cadavres charbonneux y ont pris leurs aliments sans cesse souillés par les poussières et la terre qu'on suppose chargées de matières virulentes; en outre, 4 autres animaux ont ingéré pendant trois semaines une sorte d'émulsion de terre prise au-dessus de 21 cadavres enfouis de la fin de mars au commencement de juillet; 4° 10 animaux ont reçu sur des plaies récentes très étendues, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané, les eaux provenant du lavage des terres prises sur plusieurs cadavres et associées aux débris de ces mêmes cadavres; 5° enfin, 6 animaux ont été soumis à des inoculations par les produits de la culture des germes hypothétiques du sol, dans le sang, la sérosité et l'urine. Or, aucun des 98 animaux employés dans ces cinq séries d'expériences n'a contracté le charbon, même sous la forme locale de tumeur, d'œdème ou de pustule. Le seul dans ce nombre qui ait été malade, et qui soit mort à la suite d'une injection sous-cutanée, n'a présenté aucun des symptômes, aucune des lésions du charbon; son sang était dépourvu de bactéridies et de propriétés virulentes.

De l'emploi des injections hypodermiques de pilocarpine dans la transpiration fétide des pieds. — Ce travail, dont M. le docteur *Armaingaud*, de Bordeaux, a donné lecture, sera publié par la *Gazette hebdomadaire*.

Résection de deux mètres d'intestin grêle, suivie de guérison, par M. le docteur Kœberlé, de Strasbourg (voy. aux *Travaux originaux*, p. 55). — Ce mémoire a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Gosselin, Tillaux et Duplay.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

Séance annuelle du 19 janvier 1881. — Présidence de M. Tillaux.

M. *le Président* constate l'état florissant de la Société de chirurgie, son activité scientifique et le bon état de ses finances.

M. *Polaillon*, secrétaire annuel, lit le rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1880.

M. *Horteloup*, secrétaire général, prononce l'éloge de Voillemier.

M. *le Secrétaire annuel* proclame les lauréats de la Société. Le prix Duval est décerné à M. Segond, pour sa thèse sur *les abcès de la prostate*. — Le prix Laborie est partagé entre M. Malherbe (de Nantes), pour son travail sur *l'épithélioma calcifié des glandes sébacées*, et M. Petit, pour son travail sur *les opérations palliatives chez les cancéreux*.

L. Leroy.

Société de biologie.

Séance du 22 janvier 1881. — Présidence de M. P. Bert.

Formation de cristaux de matière organique chez un embryon d'éléphant conservé dans l'alcool : M. Pouchet. — Tiraillement de la moelle épinière cervicale chez le cobaye; absorption du chloral anhydre par la peau; absorption locale des poisons : M. Brown-Séquard. — Élongation des nerfs : M. Laborde. — Tératogénie expérimentale : M. Dareste. — Méthode pour mesurer la sensibilité de l'oreille : M. D'Arsonval. — Nerfs vaso-dilatateurs : M. Onimus. — Pathogénie de la néphrite diphthéritique : M. Gaucher — Vaso-moteurs du poumon : M. François-Franck. — Terminaison des nerfs sensitifs chez les insectes : MM. Kunckel et Gazagnaire.

M. *Pouchet* avait constaté la formation de pigment aux dépens de la matière colorante du sang, chez un embryon d'éléphant conservé dans l'alcool depuis près d'un demi-siècle. Sur ce même embryon, il a trouvé, au centre du tissu cartilagineux de la première phalange du pied, une cavité qui devait exister chez l'animal vivant. Les cellules qui entourent cette cavité sont revenues sur elles-mêmes et ne se colorent plus par les matières colorantes; mais entre ces cellules il y a un grand nombre de cristaux allongés et orientés vers la cavité. Ces cristaux se colorent en rouge par le picro-carmin; ils sont donc formés d'une matière organique qui a pris naissance depuis la mort de l'embryon.

— M. *Brown-Séquard* fait les communications suivantes : I. *Nouveaux faits relatifs aux effets produits par le chloral anhydre et par le chloral hydraté, appliqués sur la peau.* — L'auteur a constaté : 1° que le chloral anhydre diffère du chloroforme en ce qu'il peut produire presque tous ses effets inhibitoires, dynamogéniques et autres, après qu'on l'a appliqué sur la peau d'une partie paralysée par suite de la section de la moelle épinière dorsale ou des nerfs principaux d'un membre : il faut cependant une dose plus considérable de chloral anhydre pour tuer rapidement un animal paraplégique, chez lequel on applique de ce chloral sur la peau du sacrum et des lombes, que pour causer la mort d'un animal de même espèce et de même poids, chez lequel l'application est faite au même point; 2° le chloral hydraté, appliqué en solution concentrée sur la peau, produit à peu près les mêmes effets généraux ou unilatéraux que le chloral anhydre. Un lapin pesant 1850 grammes est mort au bout de deux heures

par arrêt du cœur survenant graduellement, pendant que la respiration se ralentissait et s'affaiblissait aussi, et que la température du sang s'abaissait aussi. On avait appliqué, dans l'espace de vingt-cinq minutes, et par petites quantités, de 12 à 13 centimètres cubes d'une solution très concentrée de chloral hydraté sur la peau et sur la région lombaire; 3° le chloral anhydre doit nécessairement produire ses effets par d'autres causes que son absorption sous forme de chloral hydraté, car 1 centimètre cube de chloral anhydre, appliqué sur la peau du dos d'un lapin pesant 1600 grammes, a suffit pour le tuer, tandis que des applications de 5, 6 ou 7 centimètres cubes d'une solution très concentrée de chloral hydraté, bien qu'elles aient produit des effets toxiques très marqués, n'ont pas détruit la vie; le lendemain, les animaux ainsi traités avaient recouvré leur état normal.

II. *Production d'anesthésie par le tiraillement du bulbe et de la moelle cervicale, en abaissant fortement la tête d'un animal.*— L'auteur a trouvé qu'en abaissant violemment la tête d'un animal, de façon à irriter fortement le bulbe et la moelle cervicale, on produit une anesthésie souvent assez prononcée pour qu'on puisse faire, sans causer de douleur notable, même une opération d'ordinaire douloureuse, telle, par exemple, que la mise à nu de la moelle épinière et la section d'un cordon ou d'une moitié latérale de ce centre nerveux. L'expérience réussit mieux généralement chez de petits que chez de grands animaux, mais même chez les chiens elle produit souvent en partie son effet anesthésique. L'auteur rappelle qu'il a découvert depuis longtemps que, dans cette même expérience, il y a diminution et quelquefois arrêt de la respiration et de la circulation, avec abaissement de température et changement de couleur du sang veineux, qui de noir devient rougeâtre.

M. *Brown-Séquard*, en injectant une substance toxique sous la peau d'un animal, a remarqué que les phénomènes de l'empoisonnement ne sont pas les mêmes sur les deux moitiés du corps. On trouve des différences dans l'excitabilité des nerfs et dans l'irritabilité des muscles; l'un des côtés du corps peut être en état d'inhibition, tandis que l'autre est en état de dynamogénie. Ces faits prouvent, mieux que toutes les expériences entreprises jusqu'à présent à ce sujet, que les poisons, avant d'avoir été absorbés pour aller agir sur les centres nerveux et les autres organes, ont une action locale qui retentit sur le système nerveux.

M. *Dumontpallier* demande à M. Brown-Séquard quelques éclaircissements sur l'action physiologique de l'élongation des nerfs.

M. *Brown-Séquard* ne s'est pas occupé spécialement de cette question; mais, comme il est persuadé que l'ataxie locomotrice dépend généralement, chez l'homme, d'une irritation du système nerveux, il pense que l'élongation des nerfs peut rendre des services dans le traitement de cette affection.

— M. *Laborde* fait actuellement des expériences à ce sujet. Chez un cochon d'Inde auquel il a sectionné complètement la moelle à la région dorsale, il a observé de l'épilepsie spinale et de l'épilepsie générale. Après avoir pratiqué l'élongation de l'un des nerfs sciatiques chez cet animal, il a constaté une diminution de l'épilepsie spinale.

— M. *Dareste* a trouvé une nouvelle condition de production de monstres chez le poulet. Lorsque l'air n'est pas renouvelé dans les appareils à incubation, on obtient toujours un certain nombre de germes monstrueux.

M. *P. Bert* rappelle à ce sujet les expériences qu'il a faites sur le développement des œufs de grenouille, en les plaçant dans de l'air comprimé ou raréfié. On arrête le développement des œufs en augmentant ou en diminuant la pression d'une certaine quantité. Les faits observés par M. Dareste peuvent tenir, soit à un défaut d'oxygène, soit à une accumulation d'acide carbonique dans ses appareils.

— M. *D'Arsonval* présente à la Société un appareil destiné à produire un son toujours identique à lui-même, et dont on peut faire varier à volonté la hauteur et l'intensité. Le moyen employé consiste à décharger un condensateur de capacité variable, chargé par une pile, au travers d'un téléphone. La quantité d'électricité est constante à chaque décharge; le nombre des décharges est réglé par un diapason ou une corde vibrante. C'est le seul moyen de faire produire au téléphone des sons toujours les mêmes. Cet appareil est destiné à étudier très exactement la sensibilité du nerf acoustique.

— M. *Onimus* : MM. Dastre et Morat repoussent, à propos de l'action vaso-dilatatrice exercée par le sympathique cervical, la théorie des contractions autonomes des vaisseaux. Nous nous contenterons de leur répondre qu'ils ne font à notre théorie aucune objection sérieuse, car ils ne peuvent nous opposer, comme ils le font, les travaux de Claude Bernard et de Vulpian, à propos de la différence d'action des nerfs de la langue et de ceux de la glande sous-maxillaire. Pour bien démontrer que, dans ces cas, notre explication est erronée, il faudrait prouver d'abord que la terminaison de ces nerfs est identique. Une excitation nerveuse agit, en effet, d'une façon bien différente, selon qu'elle arrive à l'élément musculaire, soit directement, soit par l'intermédiaire de cellules nerveuses.

D'un autre côté, notre argument principal subsiste toujours; car en admettant les deux espèces de nerfs vaso-moteurs, il restera toujours à démontrer comment ils agissent. Jusqu'à ce qu'on nous ait expliqué comment un nerf vaso-moteur peut amener une dilatation directe d'un vaisseau quelconque, nous ne saurions admettre qu'il existe de vrais nerfs dilatateurs. Il ne suffit pas d'exprimer un fait, il faut encore chercher à montrer comment ce fait est possible. En d'autres termes, nous croyons aller plus loin que ces physiologistes dans l'explication des phénomènes, car nous soutenons que l'excitation de nerfs vaso-moteurs amène une congestion active, ce qu'ils veulent également démontrer; mais de plus, qu'il y ait ou non deux espèces de nerfs vaso-moteurs, il faut toujours, en dernier lieu, trouver le mécanisme de ces congestions, et rien, absolument rien, n'autorise à admettre une dilatation directe.

— M. *Gaucher* a trouvé des micrococcus dans le sang, l'urine et les cellules du rein d'un malade atteint de néphrite diphthéritique. Il croit que cette néphrite est de nature parasitaire, et que l'organisme a une tendance à éliminer par les reins les microbes de la diphthérie.

M. *François-Franck* rappelle que les expériences de M. Brown-Séquard (1869-1873), celles de Lichthein, celles de Badout, semblaient avoir démontré que les vaso moteurs pulmonaires arrivent aux vaisseaux par les branches du grand sympathique. Cependant de récents travaux avaient remis le fait en question. M. Augustus Waller, par exemple, dans un travail publié en 1879, dans les *Comptes rendus du laboratoire de Ludwig*, ne considérait pas comme suffisamment démontrée l'influence de la moelle cervicale sur les vaisseaux pulmonaires, telles que l'avaient admise les auteurs précédents. Voyant s'élever la pression dans l'oreillette gauche sous l'influence de l'excitation de la moelle cervicale, il était porté à considérer cette modification comme résultant d'influences toutes différentes. M. François-Franck, étudiant simultanément la pression dans l'oreillette gauche et dans le ventricule droit, a vu que, sous l'influence de l'excitation des nerfs émanant du premier ganglion thoracique de l'anneau de Vieussens, il se produisait en même temps une chute de pression dans l'oreillette gauche et une élévation de pression dans le ventricule droit. Ces modifications survenaient indépendamment de toute perturbation du rhythme cardiaque. Ces expériences étaient faites sur un animal dont le thorax avait été ouvert, c'est-à-dire dans des conditions défavorables à la libre circulation du sang à travers le poumon; aussi l'auteur

les a-t-il répétées sur des animaux chez lesquels l'aspiration thoracique n'était pas supprimée, le thorax étant maintenu fermé. Comme dans ces conditions l'exploration de la pression n'est plus possible dans l'oreillette gauche, on a inscrit simultanément la pression dans une artère aortique et dans le ventricule droit. On a vu dès lors s'abaisser la pression dans la carotide, tandis qu'elle s'élevait dans le ventricule droit, phénomène assimilable à ce qui avait été vu dans la première série d'expériences. Dans ces deux ordres de recherches, l'auteur s'est mis à l'abri des modifications qu'aurait pu provoquer, dans le rhythme du cœur, l'excitation des branches accélératrices du premier ganglion thoracique. Les deux pneumogastriques ayant été coupés, le cœur avait atteint son maximum de fréquence, qu'une excitation des nerfs accélérateurs ne pouvait augmenter.

Les expériences *directes* confirment ce qu'avaient déjà établi par voie indirecte les recherches de Brown-Séquard, Lichthein et Badout, c'est-à-dire que les nerfs vaso-moteurs pulmonaires arrivent du grand sympathique au niveau de la région cervico-thoracique.

M. *Brown-Séquard* fait observer qu'il avait déjà démontré expérimentalement l'existence d'un centre nerveux vaso-moteur dilatateur pour les vaisseaux du poumon, dans le pont de Varole, au voisinage du pédoncule cérébelleux moyen, et un autre centre vaso-constricteur dans le bulbe. En coupant la moelle cervicale, il avait constaté que l'excitation de ces centres restait sans effet sur le poumon.

— M. *Künckel*, au nom de M. *J. Gazagnaire* et au sien, dit que les terminaisons sensitives décrites chez les insectes et les arthropodes, en général, ne doivent pas être considérées comme des ganglions, opinion émise par les auteurs, mais bien comme une dilatation du névrilème de la fibre nerveuse terminale, dans laquelle s'accumulent des cellules dépendant sans doute de ce névrilème. Le cylindre-axe de la fibre se met toujours en rapport avec une cellule, difficile à voir, noyée dans les cellules du névrilème remplissant le renflement nerveux. L'extrémité opposée de la cellule se prolonge et constitue le bâtonnet en rapport avec le poil de sensibilité.

REVUE DES JOURNAUX

Observations sur les formes cliniques de la leucémie, par MM. Fleischer et Penzoldt.

Voici d'excellentes observations de clinique et de chimie biologique à propos de trois cas de leucémie (dont deux liénales et la troisième lymphatique).

Les auteurs font ressortir les particularités qui suivent :

1° L'augmentation extraordinaire des globules blancs. La proportion dans un des cas est de 115 pour 100, proportion certainement inusitée et bien rarement constatée depuis qu'on se sert des appareils de numération.

2° Une diminution rapide du volume de la rate, sans cause connue et sans amélioration consécutive, dans un cas. Il faut dire cependant que le malade souffrait d'une diarrhée continuelle et avait pris de l'iodoforme, deux facteurs qui peuvent jusqu'à un certain point expliquer la diminution du volume de la rate.

3° La rupture d'une capsule surrénale fut constatée dans un cas. Des lésions de ce côté sont rarement signalées. Cependant dans l'observation célèbre de Vogel (*Virchow's Archiv*, t. III), où la maladie nouvellement décrite était pour la première fois diagnostiquée sur le vivant, se trouvent mentionnées des altérations de la capsule surrénale.

4° La transformation tardive d'une « pseudoleucémie » en leucémie vraie. Le caractère leucémique du sang (1 : 9) s'établit qu'au bout de dix à douze mois d'observation. Encore un fait rarement signalé. Peut-être n'analyse-t-on pas suffisamment le sang des gens qui souffrent de tumeurs lymphatiques multiples, ou bien ces tumeurs n'ont-elles, en effet, rien à voir avec la leucémie. Mais il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, la pseudo-leucémie peut n'être qu'une *étape* de la leucémie vraie.

5° La forme des cellules de pus dans cette maladie a été étudiée par Neumann, qui a constaté que ces cellules ne diffèrent en rien des globules purulents ordinaires ou des leucocytes normaux. Les auteurs sont arrivés au même résultat et mentionnent d'ailleurs que le fait avait été constaté par Virchow des 1853.

6° La moelle osseuse a été trouvée saine dans le cas précité de leucémie lymphatique. Ce serait encore un fait à ajouter a celui de Mosler contraire à la doctrine de Neumann. Il est vrai que les os n'ont pas été tous examinés (le sternum et les os longs l'ont été avec soin), et que l'affection présentait un caractère un peu particulier.

7° Les liquides contenus dans les cavités séreuses avaient un aspect purulent bien marqué, et cependant on put constater au microscope l'absence de globules de pus aussi bien que de globules graisseux. Il y a là un point sur lequel il est désirable que se porte l'attention des cliniciens.

8° Dans un cas où l'on avait observé une amélioration subite et de longue durée, on constata un fait bien curieux. L'augmentation des *leucocytes ordinaires* avait complètement disparu et avait fait place à une augmentation de corpuscules lymphoïdes (43 pour 100) bien inférieure à la précédente (115 pour 100). Le sang leucémique était devenu « lymphémique ».

Les recherches de chimie biologique ne se prêtent pas à l'analyse et n'ont conduit les auteurs à aucun résultat utile. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

Des appareils de tripolithe, par M. B. v. Langenbeck.

Le tripolithe est une substance dont on ne connaît pas la composition exacte, remarquable par sa dureté et sa résistance, et destinée au stucage et autres emplois industriels de ce genre. C'est une poudre grise, très semblable au plâtre, et contenant comme éléments principaux : du calcium, du silicium et un peu d'oxyde de fer. Langenbeck l'emploie à sa clinique depuis quelque temps, en place du plâtre, et lui reconnaît les avantages suivants :

1° Le tripolithe paraît beaucoup moins hygrométrique que le plâtre, et nécessite par conséquent des soins moins minutieux pour sa conservation.

2° Les appareils sont plus légers et plus agréables pour le malade.

3° Ils sèchent beaucoup plus vite. La manipulation est la même que pour le plâtre, mais la dessiccation se fait en trois et cinq minutes.

4° Une fois secs, ces appareils sont imperméables à l'eau. En ajoutant une ou deux bandes de caoutchouc pour empêcher la pénétration de l'eau sous l'appareil, on peut employer les bains.

5° Le tripolithe est moins cher (5 centimes par kilo) que le plâtre. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 46.)

Des lésions de la moelle chez les ouvriers soumis à des pressions atmosphériques anormales, par le docteur Schultze.

Les ouvriers qui travaillent sous l'eau, dans des caisses à air comprimé, sont sujets à une foule d'accidents ; l'un des plus graves, heureusement des plus rares, est l'apparition subite d'une paralysie motrice des extrémités inférieures. Schultze eut l'occasion d'examiner la moelle d'un ouvrier de dix-huit ans qui avait été pris d'une paralysie de ce genre,

au sortir d'une caisse où la pression était de 4 atmosphères : le malade était mort au bout de deux mois et demi, des suites de la maladie. La moelle présentait une lésion très apparente dans la région dorsale : petites plaques de sclérose disséminées sur une hauteur de 15 à 20 centimètres, intéressant exclusivement la substance blanche. Au-dessus et au-dessous de cette altération principale s'étaient établies les dégénérescences secondaires classiques des myélites transverses. Cependant il n'existait pas de myélite transverse dans le sens ordinaire du mot, mais on pouvait supposer que tous les tubes de la substance blanche étaient interrompus en quelque point. L'examen microscopique ne fit que confirmer ce qu'avait révélé l'examen à l'œil nu : intégrité complète de la substance grise, sauf en un point très limité ; plaques disséminées formées d'une accumulation de cellules de nouvelle formation. Les fissures de la moelle signalées par Leyden en pareil cas manquaient absolument. (*Virchow's Archiv*, t. LXXIX.)

Travaux à consulter.

LA PHTHISIE DU LARYNX ET SON TRAITEMENT, par M. SCHMIDT. — Rien de bien nouveau. L'auteur emploie beaucoup les scarifications et les inhalations. Ces dernières sont faites d'une façon très simple qui peut intéresser les praticiens. Dans une petite casserole à esprit-de-vin, on met un demi-litre d'infusion de camomille avec 35 grammes d'une solution à 2 pour 100 d'acide phénique (ou 10 gouttes de baume du Pérou); on recouvre le tout d'un cône en papier, long de 30 à 40 centimètres, et l'on fait inhaler par la partie supérieure du cône, dont l'ouverture doit correspondre à peu près à celle de la bouche. — Les soins d'hygiène générale sont fort recommandés. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

DE L'ARROSION DE GROS TRONCS VASCULAIRES DANS LES ABCÈS, par M. BŒGEHOLD. — Abcès froid de la région externe de la cuisse chez un jeune homme, ouvert par l'incision. Trois jours après, hémorrhagie profuse, suivie de mort. — L'artère fémorale présentait une ouverture ovalaire, grosse comme un pois. Les faits de ce genre sont rares ; l'auteur en cite 5 seulement, publiés jusqu'ici. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 33.)

UN CAS DE CANCER DIFFUS DU FOIE, par M. LITTEN. — Exemple remarquable d'une forme rare d'infiltration cancéreuse diffuse du rein. Le point de départ était un carcinome du pancréas : la propagation s'était faite par voie embolique. La lésion siégeait uniquement dans les capillaires hépatiques énormément dilatés. (*Virchows Archiv*, t. LXXX.)

DES DIFFÉRENCES MORPHOLOGIQUES DE QUELQUES MICROBES, par M. LETZERICH. — Recommandé aux personnes qui s'occupent de la question des bactéries. L'auteur est un peu suspect, vu la quantité de microbes spécifiques déjà décrits par lui. Cette fois, il n'en décrit que quatre : 1° *Micrococcus diphthericus*, 2° *Micrococcus pneumoniæ infect.*, 3° *Micrococcus typhi abdominalis*, 4° *Micrococcus nfluenzæ*. Il est à remarquer que le 3° ne ressemble ni à celui qui a été décrit par Klebs, ni à celui d'Eberth. (*Archives de Klebs*, t. XII.)

UN CAS DE HERNIE OBTURATRICE ÉTRANGLÉE, GUÉRIE PAR LA KÉLOTOMIE, par M. STARKE. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 36.)

DU DELIRIUM TREMENS, par M. NACKE. — Revue générale de l'état actuel de nos connaissances, complétée par quelques recherches personnelles, principalement sur la température et les urines. Il est curieux de constater que l'auteur nie la fréquence des hallucinations dans le délire alcoolique. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXV.)

LA PARALYSIE DU GRAND DENTELÉ, etc., par M. BAUMLER. — D'après des recherches faites sur un cas d'atrophies multiples à la suite de fièvre typhoïde, l'auteur attaque la théorie de Duchenne de Boulogne, qui prétendait que dans la paralysie *pure* de ce muscle, l'attitude de l'épaule ne changeait pas. Elle serait portée un peu en bas et en avant. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXV.)

INFLUENCE DE L'ALIMENTATION DANS LE DIABÈTE, par M. BLOCK. — Analyses chimiques minutieuses des urines et des fèces d'une diabétique, nourrie successivement au moyen d'une diète animale, amylacée, mixte. — Il en résulte : 1° qu'une diète purement animale est loin d'être favorable : le sucre et la quantité d'urine diminuent, mais l'organisme perd de son poids, et la faiblesse générale augmente ; 2° qu'une alimentation contenant des matières amylacées augmente la diurèse et la quantité de sucre, mais le poids augmente, ainsi que la force musculaire. Une alimentation mixte serait donc la méthode la moins préjudiciable. Rien ne démontre que la quantité absolue d'urée soit diminuée dans l'urine des diabétiques. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXV.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies du système nerveux, par le docteur J. GRASSET ; 2e édition, revue et considérablement augmentée. — Montpellier, Coulet. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1881.

Nous avons déjà rendu compte (*Gaz. hebd.*, 1877, p. 819, et 1879, p. 80) des deux volumes qui formaient la première édition de cet important ouvrage. Et, nous attachant plus spécialement à examiner les principes qui avaient dicté à l'auteur l'introduction qu'il reproduit aujourd'hui, nous avions cru devoir, tout en exprimant des réserves qui nous semblent encore justifiées, rendre un sincère hommage au talent et à la sincérité avec lesquels le savant professeur de Montpellier défendait sa doctrine. Il nous suffira donc, pour recommander cette seconde édition, de mentionner, en quelques lignes, les additions et les améliorations qui font de ce traité des maladies du système nerveux un ouvrage digne de la science et du pays dont il reflète les incessants progrès. Il importe, en effet, de le faire remarquer. Très au courant de la littérature médicale contemporaine, très juste et très sincère dans ses jugements portés sur les travaux allemands et anglais, M. Grasset a surtout résumé et bien fait connaître les recherches neuropathologiques qui font déjà et qui, mieux appréciées encore dans quelques années, feront la gloire de l'École française. Nous croyons pouvoir affirmer que, dans le livre qu'il vient de publier, il n'est pas un travail sérieux qui ne se trouve analysé. Le soin avec lequel les indications bibliographiques ont été multipliées donne ainsi à l'ouvrage une grande utilité, et M. Grasset a pu offrir au public médical le *Compendium* le plus précis et le plus complet des maladies du système nerveux. Le nombre des figures intercalées dans le texte a aussi été augmenté ; plusieur. planches coloriées ont été ajoutées à l'ouvrage pour offrir au lecteur des types anatomo-pathologiques reproduisant, soit la conformation extérieure des régions cérébrales que le médecin doit étudier, soit les lésions qu'il importe de bien reconnaître. La plupart de ces planches ont été empruntées à des livres déjà classiques. Il en est, parmi lesquelles une très belle photographie représentant les altérations produites par l'hémiatrophie faciale, qui appartiennent à l'auteur. Le plan du livre a été aussi sensiblement modifié. L'auteur, au lieu de distribuer en leçons distinctes les divers sujets qu'il étudie, a divisé l'ouvrage en six parties, passant successivement en revue les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière, de la moelle allongée, des méninges, des nerfs, enfin des manifestations nerveuses des maladies générales. Un dernier chapitre fait connaître les recherches de thermométrie cérébrale entreprises par M. Grasset et déjà publiées en partie par son chef de clinique, M. Blaise. Ce dernier travail a été analysé dans la *Gazette hebdomadaire* (1880, p. 845). Nous ne le signalons que pour faire remarquer que, tout en s'appliquant à écrire un ouvrage didactique, c'est-à-dire l'exposé fidèle de nos connaissances actuelles sur la pathologie du système nerveux, M. Grasset a dû assez fréquemment rappeler les observations qu'il a déjà publiées

lui-même. On s'aperçoit bien vite, en parcourant les chapitres consacrés à l'étude des localisations cérébrales, de l'hémianesthésie, des myélites, des névralgies, de l'hémiatrophie faciale, etc., etc., que l'auteur ne s'est pas contenté de lire les ouvrages publiés avant lui, mais que sa critique, éclairée par des travaux personnels, est celle d'un maître déjà autorisé.

Nous terminions l'analyse de la première édition de ce livre en émettant le vœu que la Faculté de médecine de Montpellier s'empressât de s'attacher, en lui confiant une chaire magistrale, le plus laborieux et le plus savant de ses agrégés. Présenté en première ligne et à l'unanimité pour la chaire de thérapeutique, M. Grasset ne peut attendre longtemps la situation officielle qui lui permettra de rendre plus de services encore aux élèves qui se pressent déjà à ses leçons cliniques. Le livre dont nous recommandons l'étude à tous les étudiants en médecine nous est un sûr garant du succès de son enseignement.

L. Lereboullet.

Index bibliographique.

De la succion continue dans le pansement des plaies, par le docteur E. Tachard. — Toulouse, Douladoure-Privat, 1880.

Les réserves que contenait le rapport lu le 19 mai 1875 à la Société de chirurgie, par M. Perrin, n'ont point découragé M. Tachard.

« Le fonctionnement régulier, permanent, du tube-siphon, maintenu à demeure dans une cavité pathologique ou dans quelque foyer de suppuration, ne m'inspire, avait dit son savant maître, qu'une médiocre confiance. » M. Tachard a tenu à répondre à ces objections, et le nouveau mémoire qu'il publie aujourd'hui tend à démontrer, non par des théories, mais par des faits, que la méthode opératoire qu'il préconise est digne d'appeler l'attention des chirurgiens. L'auteur commence par passer en revue, en s'appuyant sur l'autorité de M. Gosselin, quels sont les divers pansements en usage dans les salles de chirurgie et quelles sont leurs indications. Il parle surtout du pansement ouaté de M. A. Guérin, du pansement à l'alcool et du pansement recommandé par M. Azam; mais il ne fait que signaler le pansement de Lister, qu'il ne connaît, dit-il, que de réputation, « n'y ayant jamais eu recours, en raison de son prix élevé, qui l'a empêché d'entrer de plain-pied dans le service des hôpitaux militaires ». Nous n'insisterons pas, connaissant les difficultés que peut rencontrer dans certains hôpitaux un chirurgien qui n'est pas chef de service; mais nous devons regretter que cette méthode de pansement, si hautement appréciée par tous ceux qui y ont eu recours, n'ait pu trouver grâce aux yeux des intendants, qui restent encore malheureusement les grands maîtres de la médecine d'armée. De l'étude à laquelle il s'est livré, M. Tachard conclut que toutes les méthodes de pansement qu'il vient de passer en revue ne sont pas à l'abri de tout reproche; puis il expose de nouveau le procédé qu'il a adopté. « Il faut, dit-il, 1° prendre un tube de caoutchouc de bonne qualité, bien vulcanisé, souple, non rigide, non cassant, à paroi interne lisse, ayant une longueur de 1m,50 et un diamètre intérieur de 4 millimètres environ; 2° on adapte solidement à l'une des extrémités un robinet; il faut le choisir un peu lourd afin qu'il serve de contre-poids au tube; 3° à l'autre bout, coupé en sifflet, on pratique un certain nombre de trous du tube, sur la longueur, avec des ciseaux de trousse; on s'assure à l'avance de la profondeur à laquelle doit plonger le tube, pour ne pas faire au tube d'ouverture latérale inutile; 4° on remplit le tube d'eau, à l'aide d'une seringue, ou de tout autre moyen qu'on voudra, en ayant soin de recourber le tube en U, de façon à ce que ses deux extrémités soient au même niveau; nous préférons l'eau tiède, qui donne au tube une grande souplesse; 5° le tube étant rempli, pour s'assurer de sa qualité, et pour voir s'il n'y a pas sur sa longueur quelque perforation, on ferme le robinet terminal et l'on pousse avec ménagement de l'eau dans le tube, dont on assujettit les parois contre la canule de la seringue. »

Préalablement amorcé, le tube est ensuite mis en place, son extrémité terminale dirigée vers la racine du membre; pour l'y maintenir, il suffit de passer autour du tube-siphon une anse de fil ordinaire, que l'on y fixe à l'aide d'un double nœud, en ayant bien soin de ne pas effacer la lumière du tube. Cette anse de fil doit être mise au niveau du bord de la plaie exactement; ses deux bouts sont relevés vers la partie supérieure du membre et fixés là à l'aide d'une goutte de collodion. Après toutes ces manœuvres préalables, on procède au pansement protecteur, sans se préoccuper de fermer la plaie extérieure pour empêcher l'air d'entrer. Enfin, tout étant terminé, et le malade étant placé dans son lit, on ouvre le robinet terminal dans un vase à moitié plein d'eau phéniquée et placé sous le lit.

Au bout de trois à quatre jours, quand le bourgeonnement de la plaie commence, le siphon exerce son action.

Nous avons reproduit presque textuellement l'indication du manuel opératoire recommandé par M. Tachard. Les observations qu'il publie pour en démontrer l'utilité paraissent des plus probantes. Si donc, comme il l'affirme, l'appareil est facile à appliquer, si cet appareil fonctionne toujours régulièrement; si, en un mot, il exerce une succion à la surface des plaies, les débarrasse de tous les produits de la suppuration et permet ainsi d'en faciliter la guérison, il pourra, non seulement dans les ambulances, mais dans tous les hôpitaux, rendre de grands services et permettre à tous les chirurgiens d'obtenir les succès que M. Tachard a constatés dans ses salles de l'hôpital de Toulouse.

L. L.

VARIÉTÉS

Association française pour l'avancement des sciences (Congrès d'Alger).

Le Congrès d'Alger ouvrira le 14 avril prochain. Le *Comité local* est composé comme il suit :

Membres honoraires. — M. le gouverneur général; M. le général commandant le 19e corps d'armée; MM. les sénateurs, les députés, les préfets des trois départements de l'Algérie; M. le secrétaire général du gouvernement général; M. le premier président de la Cour d'appel; MM. les généraux commandant les trois divisions; M. le contre-amiral commandant la marine; M. le général commandant le génie; M. le général commandant l'artillerie; M. l'archevêque d'Alger; M. le pasteur, président du Consistoire; M. le grand rabbin; MM. les grands muphtis des rites Hanéfi et Maléki; M. le procureur général; M. l'intendant militaire; MM. les présidents des trois conseils généraux; M. le recteur d'académie; MM. les directeurs des quatre Écoles supérieures; M. l'inspecteur général des finances; MM. les maires d'Oran et de Constantine.

Bureau. — *Président d'honneur :* M. le docteur Feuillet, maire d'Alger.—*Président :* M. Pomel, sénateur, directeur de l'École supérieure des sciences d'Alger.—*Vice-présidents :* MM. Arlès-Dufour (Armand), agriculteur à l'Oued-el-Alleug, président du Comice agricole de Bou-Farik; Fau, avocat général, professeur à l'École de droit d'Alger; O'Mac-Carthy, conservateur, président de la Société de géographie d'Alger; le docteur Texier, directeur de l'École de médecine; le commandant Titre, chef de la topographie militaire de l'Algérie; Trech, avocat défenseur, conseiller municipal et conseiller général. — *Secrétaire général :* M. Guillemin, professeur au lycée et à l'École de médecine. — *Secrétaires :* MM. Battandier, professeur à l'École de médecine; Brocard, capitaine du génie; le docteur Landowski; Samary, ingénieur, architecte en chef de la ville; Sorbier, professeur au lycée; Trabut, professeur à l'École de médecine; le docteur Vincent, chirurgien à l'hôpital; Wahl, professeur au lycée. — *Trésorier :* M. Adolphe Jourdan, libraire-éditeur.

D'après les derniers renseignements qui nous sont fournis, des conditions très favorables pour le passage de Marseille ou Port-Vendres à Alger et retour seront faites à tous les membres de l'Association qui, après l'avoir fait connaître en temps utile, voudront profiter du bateau mis à notre disposition, à la date qui sera ultérieurement indiquée.

S'adresser au secrétariat de l'Association, rue de Rennes, 76.

Nécrologie : le professeur Rigaud. — La Faculté de médecine de Nancy vient de perdre l'un de ses maîtres les plus vénérés, M. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale. Élève de l'École de Paris, où ses débuts dans la carrière chirurgicale avaient été marqués par de brillants succès, M. Ri-

gaud avait obtenu au concours (en 1845), en même temps que son éminent collègue M. Sédillot, la place de professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. On lui doit plusieurs travaux importants, parmi lesquels nous citerons un mémoire sur l'*extirpation de l'omoplate en totalité*, qui pût être pratiquée grâce à la précaution prise par l'opérateur de conserver toutes les lames musculaires qui enveloppent le thorax; diverses observations d'*extirpation complète du calcanéum* (1845); enfin une série de mémoires sur l'*isolement des veines* appliqué au traitement des varices et des varicocèles.

— Nous apprenons aussi avec regret la mort de M. le docteur Leuret, médecin principal de 1re classe, ancien médecin de l'hôpital militaire de Strasbourg, décédé à Tours à l'âge de soixante-quatorze ans; celle de M. le docteur Poujin (de Paris), et celle de M. le docteur Alexandre Piégu, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'état civil du XIe arrondissement.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été nommés ou promus :

Au grade d'officier : MM. Romain (Emile-César), médecin principal de la marine; Riehaud (Louis-Maximilien-Jules), médecin principal de la marine; Coutance (Amédée-Guillaume-Auguste), pharmacien professeur de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Guès (Adrien-Louis-François), médecin professeur de la marine; Dhoste (Georges-Michel-Eugène), médecin de 1re classe de la marine; Chassaniol (Charles-Albert), médecin de 1re classe de la marine; Boulain (Charles-Marie), médecin de 1re classe de la marine; Latière (Emile-Victor-Léon), médecin de 1re classe de la marine; Froment (Jean-Joseph), médecin de 1re classe de la marine; Benoît (Eugène), médecin auxiliaire de 2e classe de la marine; Richard (Auguste-Henri), pharmacien de 1re classe de la marine; Cavalier (Lazare-Louis), pharmacien de 2e classe de la marine.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le docteur Aug. Voisin recommencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses, le dimanche 30 janvier 1881, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

CONCOURS. — Le concours ouvert au mois de décembre pour deux places de médecin-adjoint des services d'aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Charpentier et Deny.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société médico-psychologique a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1881. Ont été élus : président, M. Luys; vice-président, M. Dally; secrétaire général, M. Motet ; trésorier, M. A. Voisin; secrétaires, MM. Ritti et Moreau (de Tours).

SERVICES HOSPITALIERS. — Un troisième service hospitalier vient d'être créé à l'Hôtel-Dieu annexe et confié à M. le docteur Hutinel, médecin du Bureau central. D'autres services provisoires de médecine ont aussi été ouverts : 1° aux Tournelles, sous la direction de M. le docteur Hanot ; 2° à Saint-Louis, confié à M. le docteur Landrieux ; 3° à Saint-Antoine, pour les varioleux, sous la direction de M. le docteur Du Castel.

CONFÉRENCES SUR LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE. — M. le professeur Parrot commencera, le dimanche 7 février, à dix heures, des conférences sur la syphilis héréditaire, à l'hospice des Enfants assistés, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

MORTALITÉ A PARIS (3e semaine, du vendredi 14 au jeudi 20 janvier 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants.—Nombre total des décès : 1313, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 61. — Variole, 25. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 36. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 58.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 0. — Phthisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 92.—Bronchite aiguë, 59.—Pneumonie, 116.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 31; inconnu, 2. —Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 120; de l'appareil circulatoire, 98; de l'appareil respiratoire, 119; de l'appareil digestif, 48; de l'appareil génito-urinaire, 15; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0.— Morts violentes, 27. — Causes non classées, 13.

Bilan de la 3e semaine. — En cette 3e semaine de 1881, nous avons enregistré 1313 décès, au lieu des 1180 de la précédente, soit encore un excédent de 133 décès. Mais, cette fois, ce ne sont pas les maladies épidémiques qui ont déterminé cette hausse; bien au contraire, comme ensemble, elles ont causé moins de décès (188 au lieu de 197) ; ce sont surtout les maladies aiguës ou chroniques des organes thoraciques qui ont fait ravage (479 au lieu de 403). Les décès par fièvre typhoïde ont, au contraire, notablement diminué (61 au lieu de 95), mais nous n'osons présager que ce soit là une diminution durable, car nos correspondants, devançant l'enquête sur la morbidité qui va incessamment commencer, nos zélés confrères, disons-nous, nous annoncent un grand nombre d'invasions typhiques... La variole, contrairement à la fièvre typhoïde, semble avoir un peu augmenté ses sévices ; mais M. le docteur Landrieux, chef d'un dépôt de varioleux à Saint-Louis, nous fait savoir que cet excédent est dû en majorité à ces pauvres Esquimaux qui ont apporté au Jardin d'acclimatation la variole contractée par eux en Allemagne, où plusieurs d'entre eux ont succombé. Déjà cinq de ceux qui sont arrivés en France ont été mourir à Saint-Louis, dans le service de M. Landrieux, de variole hémorrhagique, forme grave qui semble tendre à devenir plus fréquente et fatalement mortelle.

Dans le courant de la semaine prochaine, nous comptons adresser par la poste, à chacun de nos confrères, *praticiens de Paris*, un *carnet de morbidité*. Les résultats seront publiés chaque semaine (avec cartogramme si cela devient nécessaire).

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

Sommaire du premier numéro de l'année 1881 des **dermatologie et de syphiligraphie.** — anatomiques sur la prépustulation et la pustulation varioliques, par M. J. RENAUT. — Un cas de mal de Pott d'origine syphilitique, par M. Alfred FOURNIER. — Sur le diagnostic de la teigne faveuse, par M. P. AUBERT. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané, par M. Charles MAURIAC. — Myomes à fibres lisses, multiples, confluents et isolés de la peau, par M. SALLES. — Contribution à l'histoire du pemphigus aigu, par M. Paul SPILLMANN. — *Revue générale :* De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis, par M. Henri LELOIR. — *Revue française.* — *Revue étrangère.* — *Bibliographie.*

Paris, G. MASSON, éditeur. Prix de l'abonnement annuel : Paris, 20 fr.; départements, 22 fr.

Sommaire du premier numéro de l'année 1881 de la **Revue d'Anthropologie.** — Quelques subdivisions des groupes basés sur l'indice céphalique, par Paul BROCA. — De l'embryogénie dans ses rapports avec l'anthropologie (leçon d'ouverture à l'École d'anthropologie), par M. Mathias DUVAL. — Classification et chronologie des haches en bronze, par M. Gabriel DE MORTILLET. — Les nègres chez eux, par M. MONDIÈRE. — Sur quelques crânes de criminels et de suicidés, par MM. TEN KATE et PAVLOVSKY. — *Revue critique.* — *Revue préhistorique.* — *Revue des livres.* — *Revue des journaux.* — *Extraits et analyses.* — *Miscellanea.* — *Bibliographie.*

Paris, G. MASSON, éditeur. Prix de l'abonnement annuel : Paris, 25 fr. ; départements, 27 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 3 février 1881.

Séance de l'Académie de médecine.

La mesure que vient de prendre l'Académie de médecine, à la demande de M. Pasteur, pour se mettre en état d'être éclairée sur les contestations actuellement élevées entre l'éminent académicien et son contradicteur le plus obstiné, M. Colin (d'Alfort), sur la maladie à laquelle ont succombé les lapins inoculés par MM. M. Raynaud, Lannelongue et M. Pasteur lui-même, nous dispense de nous occuper de la vive discussion qui a occupé une partie de la dernière séance. Une commission est chargée de suivre des expériences que M. Pasteur propose d'instituer devant elle et auxquelles M. Colin est invité à prendre part.

La médication ferrugineuse.

(Premier article.)

L'utilité de la médication ferrugineuse, affirmée d'abord au nom de l'empirisme, confirmée plus tard par des recherches hématologiques qui ne manquaient pas d'intérêt, bien que leur précision ait pu paraître contestable, ne saurait plus être sérieusement niée. Le fer est l'un des agents les plus efficaces de la thérapeutique, mais à la condition qu'il soit administré sous une forme et dans des proportions convenables; à la condition surtout qu'il ne soit prescrit que pour répondre à une indication bien définie. C'est ce que ne comprennent pas toujours les gens du monde, ni même certains médecins. Il en est encore qui n'hésitent pas à recommander, sans avoir souci de leur mode d'action, des préparations pharmaceutiques dont le succès n'est dû qu'à l'habileté de ceux qui les ont lancées; il en est beaucoup qui prescrivent les médicaments ferrugineux dans des cas où ils ne peuvent être utiles, où parfois ils deviennent nuisibles. S'il est, en effet, comme l'a dit Gubler, des organismes à qui il faut présenter trop de fer pour qu'ils en prennent assez, il en est d'autres, — certains phthisiques, par exemple, — à qui le fer ne convient nullement et chez lesquels l'administration de doses massives d'un médicament que l'on considère très à tort comme inoffensif peut déterminer les troubles les plus sérieux. Aussi ne faut-il point s'étonner de voir des médecins éclairés et consciencieux protester encore, comme au temps de Broussais, contre l'abus de la médication ferrugineuse, et, pressés de réagir contre une tendance qu'ils considèrent comme funeste, affirmer que le fer n'agit pas autrement que les agents hygiéniques dont l'effet est de stimuler le travail organique. Il y a quelques années, M. Dujardin-Beaumetz défendait avec talent cette opinion que, dans la chlorose, par exemple, l'action du fer était des plus incertaines, qu'il pouvait devenir nuisible, enfin que l'hygiène thérapeutique devait s'attribuer une part presque exclusive dans le traitement de la maladie. Ce n'était pas pour nier les bons effets que l'on peut retirer de l'emploi du fer dans le traitement des différentes formes de l'anémie; c'était surtout pour protester contre l'envahissement des préparations ferrugineuses et leur administration intempestive que M. Dujardin-Beaumetz avait écrit ses *Réflexions critiques sur l'emploi du fer dans le traitement de la chlorose*. Les leçons que vient de publier M. Hayem (*Etude générale de la médication ferrugineuse*, in *Revue scientifique*, 1880, n° 24, et 1881, n° 2), et qui résument l'état actuel de la science sur un sujet que ses travaux personnels ont éclairé d'un jour nouveau, répondent aux objections que l'on pouvait adresser à l'emploi des préparations martiales. Il appartenait à l'un des savants qui ont su étudier avec le plus de soin la composition histologique et chimique, le rôle physiologique et les altérations des hématies, de chercher à interpréter rationnellement l'action exercée sur la formation des globules sanguins par l'administration du fer. Les questions physiologique et thérapeutique sont ici connexes. Les expériences si précises qui démontrent que les préparations ferrugineuses *assimilables* sont seules aptes à combattre l'altération globulaire caractéristique de l'anémie ont une valeur indéniable. Il importe donc, pour bien montrer le progrès accompli, d'examiner successivement ce que nous ont appris les recherches les plus récentes sur l'action physiologique du fer, et comment on peut parvenir, à l'aide de quelques-unes de ses préparations, à guérir certaines maladies ou tout au moins à en atténuer les effets.

I

Le fer existe dans l'organisme. Les analyses chimiques ont prouvé que le sang, les humeurs et la plupart de nos tissus en contiennent des traces. On en trouve dans la lymphe envi-

ron 0,53 pour 100 (Hensen); dans le chyle, 0,06 pour 100 (Schmidt); le tissu musculaire en renferme une notable quantité; il en est de même du tissu nerveux, des cartilages, des dents, de la cornée, de l'épiderme, des cheveux, de tous les pigments, peut-être même des os. Parmi les viscères, le foie, la rate, les poumons en contiennent aussi. Mais, comme le fait remarquer M. Hayem, c'est à l'hémoglobine, apportée par le sang et diffusée dans la plupart des tissus, que ceux-ci doivent le fer que l'on y constate. Le fer paraît donc appartenir en propre au sang, « soit au sang tout formé qui circule dans les vaisseaux rouges, soit au sang en voie d'élaboration qui remplit les vaisseaux blancs. C'est au sang, et probablement exclusivement au sang rouge, que les tissus et les organes paraissent l'emprunter en s'imbibant d'une quantité plus ou moins grande d'hémoglobine, ou en produisant, à l'aide de cette matière colorante, les divers pigments de l'économie. L'histoire physiologique du fer est donc, en dernière analyse, intimement liée à celle du liquide nourricier ». Or, si l'on analyse à ce point de vue le sang lui-même, on voit que c'est l'hémoglobine qui paraît fixer ce métal. Pour apprécier la richesse en fer d'un organisme sain ou malade, il suffira donc de doser la proportion d'hémoglobine que contient l'unité de volume de son sang. Cette conclusion est très importante à signaler. Trop souvent, en effet, on s'est contenté d'apprécier l'état physiologique ou pathologique par la numération des globules. On supposait que le chiffre brut des hématies pouvait suffire à déterminer la composition du sang et sa richesse en fer. « On ne soupçonnait pas, dit M. Hayem, la variabilité extrême de la valeur de ces éléments en hémoglobine et l'on traduisait habituellement la quantité d'hémoglobine en chiffres d'hématies, ou réciproquement on admettait l'existence d'un rapport fixe entre le nombre des globules rouges et la richesse du sang en matière colorante. Il est bien loin d'en être ainsi, et, dans toute étude clinique ou pharmaco-thérapique, il importe absolument de ne pas oublier que les hématies éprouvent, de la part des processus morbides ou des actions médicamenteuses, des modifications sensibles, parfois singulièrement accentuées. »

Le progrès accompli dans cet ordre de recherches si utiles consiste à doser, par un procédé chromométrique, la proportion d'hémoglobine. Il faut toutefois faire remarquer combien ces appréciations chromométriques sont délicates et difficiles. Les résultats déjà obtenus depuis les premiers travaux de M. Hayem démontrent leur valeur. La concordance des recherches chromométriques et des procédés de numération de globules est un très sérieux argument à opposer aux critiques que l'on a pu faire à la technique de ce genre d'études.

Nous n'avons pas à signaler ici diverses conclusions qu'on en pourrait déduire au point de vue de la composition et de la formation du sang. En nous limitant à l'étude des rapports qui paraissent exister entre la richesse en fer du liquide nourricier et les conditions physiologiques de l'organisme humain, nous devons constater seulement que l'on paraît aujourd'hui d'accord pour reconnaître que, si la constitution, le genre de vie, le sexe, l'âge, l'alimentation modifient la proportion de fer que contiennent le sang ou les tissus, il reste démontré que ce métal ne se trouve combiné à l'hémoglobine qu'en quantité relativement restreinte. Elle est mal déterminée chez l'homme; mais, chez le chien, Hoppe-Seyler et Schmidt l'ont fixée à 0,43 pour 100. Les recherches chimiques qui ont eu pour but de déterminer expérimentalement la quantité totale de fer que renferme l'organisme ont fourni les chiffres suivants : 0,057 pour 100 de fer dans le sang (Preyer), ce qui donnerait, pour un homme du poids de 70 kilogrammes, possédant environ 7,7 pour 100 de son poids en sang, à peu près 3gr,07 ou 4 grammes de fer. Ce sont les évaluations de Boussingault, Andral et Gavarret. Ce sont, à peu de chose près, celles de la plupart des physiologistes. D'ailleurs, que le corps humain contienne 3gr,07 ou même 6gr,66 de fer, la proportion reste très faible et l'on est dès lors en droit de se demander ce que deviennent les doses si considérables de préparations martiales que prescrivent tant de médecins. Il n'est pas de chlorotique qui ne prenne, par semaine, une quantité de fer supérieure à celle que contient son corps tout entier. Il faut donc rechercher ce que deviennent ces médicaments ingérés à des doses relativement si considérables, et surtout s'il ne serait pas possible de faciliter l'absorption des préparations vraiment utiles en tenant compte des transformations et de l'évolution qu'elles doivent subir dans l'organisme. Une semblable question paraît d'autant plus importante à résoudre qu'en se plaçant à un point de vue exclusivement physiologique, on doit reconnaître que l'alimentation introduit dans le sang, sous une forme très facilement absorbable, des proportions très sensibles de fer.

Les aliments azotés et surtout les corps gras (en particulier l'huile de foie de morue) augmentent le chiffre des globules; les féculents et les farineux, tels que les haricots, les lentilles, le pain, puis les œufs, la viande rôtie et saignante, voire les boissons (vin rouge, vin blanc, eau potable), font pénétrer dans l'organisme assez de fer pour suffire à la ration d'entretien. Celle-ci, d'après Boussingault, serait d'environ 0gr,07 de fer pour 100. Que nous sommes loin des chiffres prescrits sur la plupart des formules!

Il nous faut donc, afin de pouvoir apprécier ce que peut produire la médication ferrugineuse, rechercher encore ce que devient le fer que contient normalement l'hémoglobine du sang. Sur ce point spécial, tous les physiologistes sont aujourd'hui d'accord. Le fer introduit par l'alimentation s'élimine en proportion notable par les voies les plus diverses. On le retrouve dans la sueur, dans l'urine, dans la salive, mais surtout dans le suc gastrique, le suc pancréatique et la bile. « C. Schmidt estime qu'un adulte de 64 kilogrammes sécrète par jour 0,03 centigrammes de fer par le suc gastrique, ce qui représente près de la moitié du fer introduit avec les aliments. » La bile en enlève à l'organisme 0,0428. Les fèces en contiennent donc une quantité si considérable, qu'à l'état normal « l'organisme perd à peu près autant de fer qu'il en absorbe ». Est-ce à dire pour cela que le fer n'arrive pas à la circulation générale et qu'il passe directement dans le foie, puis dans l'intestin, sans avoir exercé aucune action sur l'organisme? Une semblable conclusion serait erronée.

On ne peut plus aujourd'hui restreindre, comme l'a fait Cl. Bernard, l'action du fer à une excitation spéciale des organes digestifs. C'est au contraire en raison des emprunts qu'il fait à l'hémoglobine du sang que le foie peut excréter une aussi forte proportion de fer. C'est parce que les hématies se renouvellent incessamment qu'elles se détruisent pour abandonner les matériaux qui entrent dans leur composition. Des expériences très importantes dues à Dietl prouvent que l'évolution du fer est incessante dans l'organisme. « En nourrissant des chiens avec des aliments presque dépourvus de fer, il a constaté que l'élimination de ce corps en dépassait l'absorption. En vingt-sept jours, un chien dont la nourriture ne contenait que 39mmgr,5 de fer en élimina 89mmgr,5; tandis qu'après, en quatre jours, en ayant absorbé 114 milligrammes, il en élimina 114mmgr,5. » Ces faits confirment l'hypothèse de

M. Hayem. Le fer ne s'élimine par les excrétions qu'après avoir fait partie intégrante des globules sanguins. Il est leur aliment indispensable; il leur apporte les éléments nécessaires à leur existence et à leur développement.

II

Ce que nous venons d'établir semble déjà prouver l'utilité de fournir aux globules sanguins, par l'administration du fer, les principes nécessaires à leur rénovation incessante. On peut même se demander s'il ne faut pas, comme il arrive dans tous les cas où l'on cherche à suractiver la nutrition, introduire dans le torrent circulatoire une proportion surabondante de fer, sauf à déterminer par suite une élimination plus active de ce médicament. Mais, pour pouvoir défendre une semblable conclusion, il serait avant tout nécessaire de démontrer que le fer, artificiellement introduit dans l'organisme par les voies digestives, est bien réellement absorbé et qu'il peut être fixé par les globules sanguins. Or, en se plaçant à ce point de vue, on peut diviser les préparations ferrugineuses en solubles et insolubles.

Les préparations solubles ont un grand inconvénient. Elles colorent les dents et les gencives en noir, « en formant soit un albuminate de fer (Mayer), soit un sulfure (Buchheim, Schroff), soit un tannate (Baruel), soit enfin une combinaison avec la substance même des dents (Smith). Il faut donc les administrer sous une forme qui empêche leur dissolution dans la salive ». Arrivées dans l'estomac, elles sont absorbées en partie, en partie éliminées avec les fèces. Leur absorption paraît due à une pénétration directe du fer dans le sang sous la forme d'un sel inorganique qui se combine avec les substances albuminoïdes du sang et à la combinaison directe du fer et des albuminoïdes dans l'estomac et dans l'intestin avant l'absorption de ce composé (Scherpf). Les préparations insolubles subissent le plus souvent les transformations suivantes. « En premier lieu, dit M. Hayem, le fer s'oxyde; puis, en présence de l'acide du suc gastrique, il se forme du chlorure de fer (Rabuteau, Scherpf). Pendant l'oxydation, une certaine quantité d'eau étant décomposée, il se produit dans l'estomac de l'hydrogène libre déterminant l'éructation si souvent signalée. Lorsqu'on se sert d'oxyde de fer, ce dernier phénomène est par suite écarté. Dès que le chlorure de fer est formé, il paraît pouvoir être absorbé directement, au moins en partie, en formant, au fur et à mesure de sa pénétration dans le sang, un albuminate de fer rendu soluble par les bases alcalines du sang, de sorte que le métal est, en définitive, entraîné sous la forme d'un albuminate double. Toutefois, une autre partie du chlorure de fer, peut-être la principale, rencontrant des albuminoïdes ou des peptones d'abord dans l'estomac, puis dans l'intestin, en même temps que des alcalis (chlorure de sodium surtout), forme immédiatement de l'albuminate ou du peptonate double de fer et d'une base alcaline; sel inoffensif pour le sang et pouvant être facilement assimilé. »

Toutes les préparations de fer ne sont pas également actives; quelques-unes, surtout parmi les composés solubles, se comportent d'une manière toute spéciale. Ainsi l'iodure de fer entraîne son iode avec lui et détermine une modification spéciale des tissus; « les ferro et ferricyanures de potassium pénètrent dans le sang sans se modifier et se retrouvent intacts dans les urines ». Si l'on prescrit des préparations ferrugineuses non immédiatement absorbables ou si l'on fait prendre en trop grande quantité celles qui, mieux administrées, pourraient agir favorablement, on provoque des accidents d'intolérance (pesanteur après le repas, gastralgie, pyrosis, langue saburrale, constipation ou, au contraire, diarrhée avec selles noires, météorisme stomacal et intestinal, gonflement des veines hémorrhoïdaires, etc.).

Ces symptômes paraissent dus à l'irritation déterminée à la surface de la muqueuee stomacale par l'excès de fer non transformé par le travail digestif. Ils sont beaucoup plus pénibles quand on fait prendre les préparations ferrugineuses en dehors du moment des repas, c'est-à-dire alors que le suc gastrique ne se sécrète pas en assez grande abondance. Mais ces accidents d'intolérance, que l'on a invoqués à tort dans le but de nier l'efficacité de la médication ferrugineuse, ne prouvent nullement, non plus que le dosage du fer excrété par l'intestin, que le métal ingéré ne traverse pas le courant circulatoire. Il est, au contraire, un certain nombre d'accidents, provoqués par l'abus des préparations ferrugineuses, qui établissent l'action du fer sur la formation de la composition des globules sanguins.

« En me fondant sur un certain nombre de cas cliniques, dit M. Hayem, je crois qu'il est possible de susciter une sorte de pléthore d'origine martiale. Plusieurs fois, chez des jeunes filles chlorotiques guéries, j'ai fait continuer l'usage des ferrugineux et il en est résulté quelques désordres tels que de la céphalalgie, des épistaxis, des règles redoublées, phénomènes qui ont coïncidé avec une surélévation du contenu des hématies en hémoglobine ». Ces faits, observés par un grand nombre de praticiens et que nous avons, pour notre part, constatés dans plusieurs circonstances, prouvent jusqu'à l'évidence, en raison surtout des analyses chromométriques du sang pratiquées par M. Hayem, que le fer, alors même qu'il peut nuire, est absorbé, qu'il passe dans le courant circulatoire et qu'il y favorise le renouvellement des globules sanguins.

Nous aurons à revenir sur les conditions qui font varier l'absorption des préparations ferrugineuses et sur les accidents que peut provoquer leur administration intempestive. Il nous suffit, pour le moment, d'avoir montré que les nouvelles recherches physiologiques confirment ce qu'avait appris l'expérience de tous ceux qui savent employer les préparations martiales. Leur action est complexe. Elle est certainement excitante. On a soutenu que cette excitation n'était qu'indirecte, que le fer favorisait la digestion et l'absorption (Cl. Bernard) ou excitait les fonctions végétatives et les forces d'assimilation et de réparation (Trousseau et Pidoux). De même que les plantes atteintes de la chlorose des végétaux reverdissent et renaissent quand leurs racines absorbent du fer, de même, a-t-on dit, sous l'influence de la médication ferrugineuse, toutes les fonctions sont activées.

Nous avouons ne pas très bien comprendre pourquoi l'on préfère se contenter de ces formules vagues : excitation, surexcitation organique, fonction primordiale des tissus élémentaires, etc., au lieu d'admettre purement et simplement les conclusions si précises que nous dictent les expériences physiologiques que nous venons de résumer. Non, le fer n'agit pas mystérieusement sur l'organisme, considéré dans son ensemble. Il s'absorbe directement; il se fixe sur les globules sanguins, est transporté avec eux dans tous les recoins des tissus; il sert à la formation des hématies; il les quitte et s'élimine par toutes les voies d'excrétion lorsque, en raison de leur rénovation incessante, les hématies se détruisent. Ce sont là des faits indéniables. Les observations de Dietl, qui démontrent que l'élimination du fer est constante alors même que l'alimentation n'en introduit que des quantités insuffisantes, « prouvent bien que les hématies sont des

éléments peu fixes, en voie d'évolution continue ». Les globules sanguins sont les agents les plus actifs de la nutrition, c'est-à-dire de la vie organique. S'attaquer à eux et les modifier, ce n'est donc point, comme l'a dit M. Bordier, « s'attaquer à une spécialité organique et fonctionnelle restreinte ». La fonction globulaire, c'est la fixation de l'oxygène. « Elle appartient, dit M. Hayem, à l'hémoglobine et celle-ci emprunte cette remarquable propriété au fer. Hoppe-Seyler et Preyer ont montré qu'un atome de fer fixe deux atomes d'oxygène... Le composé défini formé par l'hémoglobine et l'oxygène a reçu le nom d'oxyhémoglobine. C'est grâce à l'instabilité de cette combinaison que le globule du sang peut jouer son rôle physiologique dans les échanges gazeux, c'est-à-dire perdre et reprendre alternativement de l'oxygène. Il paraît probable (malheureusement, à ce point de vue, les hypothèses seules sont permises) que ces mutations sont dues au passage facile et réciproque du fer à l'état de sous-oxyde et à l'état d'oxyde. » En résumé donc, le fer est indispensable à la constitution du globule sanguin ; et le globule sanguin, à l'état normal, est d'autant plus actif qu'il est plus riche en fer. Nous verrons dans un prochain article comment M. Hayem a pu démontrer que la médication martiale ramène à l'état normal l'évolution des hématies altérées par la maladie, et nous essayerons de faire voir quels sont les avantages de cette médication quand elle est bien comprise, quels peuvent être ses inconvénients et même ses dangers quand elle est mal instituée ou mal supportée.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Résection de deux mètres d'intestin grêle suivie de guérison, par E. Kœberlé.

(Fin. — Voyez le numéro 4.)

Obs. — Mademoiselle K..., (de Haguenau) âgée de 22 ans, très bien constituée et ayant toutes les apparences d'une bonne santé, n'a jamais eu de maladie ou d'indisposition notable, si ce n'est qu'elle a été sujette depuis deux ou trois ans à des coliques qui survenaient trois à quatre heures après les repas, de manière à simuler parfois une indigestion. Ces coliques toutefois ne se produisaient d'abord qu'à de longs intervalles, soit d'un mois, soit de trois à quatre mois seulement. Dans les périodes comprises entre ces accidents, il y avait ordinairement de la constipation, mais jamais de la diarrhée.

Depuis le commencement de l'année 1880, les coliques étaient devenues très fréquentes, quotidiennes, quelques heures après chaque repas. Pendant la nuit, ces coliques réveillaient en sursaut la malade, et dans les derniers mois elles donnèrent lieu à une insomnie presque continue. Néanmoins, la malade, d'apparence bien portante, quoiqu'elle fût un peu amaigrie, conservait un très bon appétit, qu'elle évitait de satisfaire, et elle continuait à vaquer à ses travaux habituels. Il n'existait pas de fièvre. Il y a deux mois, au commencement du mois d'octobre, ces coliques devinrent tout à coup continues, excessives. Il n'y eut plus de selles. Il survint des renvois d'odeur stercorale d'abord, puis des vomissements de matières alvines, avec ballonnement et sensibilité excessive du ventre. Ces accidents durèrent trois jours, malgré tous les remèdes que l'on mit en usage. Les selles se rétablirent à la suite d'un grand lavement que l'on administra à l'aide d'un tube de caoutchouc, muni d'un entonnoir, pendant que la malade se tenait à genoux, accoudée par terre, d'après la prescription de M. le docteur Gass, qui pensait alors avoir affaire à un étranglement interne provoqué probablement par une invagination.

Pendant deux semaines, il y eut accalmie avec simples coliques plus ou moins vives, mais cependant à peu près supportables, grâce au régime très simple, composé d'aliments mous et liquides, d'une digestion facile, que suivait la malade.

Il survint alors une nouvelle crise d'étranglement interne, plus violente que la première, qui dura quatre jours, malgré les grands lavements répétés qui avaient réussi auparavant. Toutefois ces lavements parvinrent encore à entraîner des matières alvines, mais les coliques devinrent dès lors presque continues. Les lavements ramenaient chaque fois des matières stercorales, qui, du reste, ont toujours été normales, sans traces de sang ou de mucosités.

La malade vint à Strasbourg, au couvent de la Toussaint, au commencement du mois de novembre, environ quatre semaines après la dernière crise, lorsque les graves accidents péritonéaux de la dernière crise furent un peu calmés.

Les coliques étaient alors extrêmement vives et ne laissaient à la malade aucun repos, ni de jour ni de nuit. Elles s'exaspéraient peu de moments après avoir pris des aliments, même en petite quantité.

L'intestin se distendait successivement en trois points signalés par des coliques de plus en plus intenses. La dernière partie devenait alors dure et résistante en se dilatant de manière à mesurer 10 à 11 centimètres de diamètre, en donnant lieu à un bruit de fluctuation pareil à celui d'une bouteille à moitié pleine d'un liquide auquel on communique une secousse rapide Les coliques, arrivées alors à leur maximum d'intensité, s'apaisaient quelques instants pour parcourir de nouveau leur développement périodique, qui variait entre cinq et dix minutes. Ces coliques résistaient à tous les moyens calmants ordinaires lorsqu'elles étaient excessives et ne diminuaient un peu que sous l'influence des injections sous-cutanées de morphine.

Pour vaincre l'obstacle évidemment incomplet à la circulation des matières digestives, j'eus recours en vain au taxis pendant le paroxysme des coliques, en variant de toutes manières la position de la malade. Pendant l'intervalle des coliques le ventre, quoique très-distendu, était absolument mou dans toute son étendue. On ne pouvait percevoir nulle part aucune dureté, aucune tuméfaction.

L'obstacle à la circulation des aliments existait évidemment dans l'intestin grêle, en raison du siège des coliques dans la partie péri-ombilicale du ventre. Les coliques principales et la distension la plus grande de l'intestin avaient leur siège dans le bas-ventre, entre l'ombilic et la crête iliaque du côté gauche. Les coliques apparaissaient peu de temps après les repas et très rapidement sous l'influence d'une boisson. Le cœcum et le reste du gros intestin ne présentaient aucune distension anormale.

Il était plus difficile de se rendre compte de la nature de l'obstacle On ne pouvait admettre l'hypothèse d'une invagination, qui du reste devait exister en trois points de l'intestin. Il ne pouvait être question d'un épithélioma ni d'une affection cancéreuse. Une obstruction par une bride fibreuse, par une torsion de l'intestin, par l'introduction et par l'étranglement d'une anse d'intestin à travers un orifice pathologique ne pouvait guère être admise non plus, en raison du triple siège des coliques successives. La malade n'ayant jamais été sérieusement malade, et n'ayant eu ni fièvre, ni diarrhée, n'ayant pas été atteinte de fièvre typhoïde, on ne pouvait guère songer à des rétrécissements cicatriciels. Le diagnostic était ainsi très incertain. Cependant il était hors de doute qu'il existait en trois points principaux, assez distants les uns des autres, un obstacle matériel à la libre circulation des matières digestives. Quant à savoir quelle était la cause réelle de l'obstacle, il était impossible de la déterminer d'une manière rationnelle.

Sous l'influence d'un régime très simple, nourrissant, liquide, constitué par du bouillon, des potages, du pain, de la viande dépourvue de parties fibreuses et soumise à une mastication prolongée, du laitage, du fromage, etc., je parvins à maintenir la malade dans un état à peu près tolérable pendant deux à trois semaines, afin d'observer si peut-être, en temporisant, les obstacles à la circulation des aliments pourraient se dissiper ou au moins céder progressivement, ou bien être moins considérables.

Il n'y eut pas d'amélioration sensible et il survint de l'amaigrissement. Les règles avaient fait défaut aux deux dernières époques.

Comme dans ces conditions l'existence était insupportable à la pauvre malade, qui devait s'attendre à une vie d'une durée très précaire et à une fin misérable, il fut décidé qu'on aurait recours à la gastrotomie pour se rendre compte de la véritable nature de l'affection, afin d'y porter remède dans la mesure du possible. L'opération eut lieu le 27 novembre, avec l'assistance de MM. les docteurs Gass, de Haguenau, Reichardt et de la révérende sœur Théodosie.

Une incision de 9 centimètres sur la ligne blanche (1), immédiatement au-dessous de l'ombilic, mit à découvert les anses de l'intestin grêle, dont la rougeur vasculaire était anormale.

Ces anses, très distendues, devaient être voisines du siége de l'obstruction. J'attirai au dehors la première d'entre elles, qui tendait à faire irruption au dehors. J'amenai ainsi une première partie rétrécie, étranglée circulairement, entièrement libre. Il était évident dès lors que l'obstruction provenait d'un rétrécissement cicatriciel. Au voisinage, le mésentère était sain. Environ 50 à 60 centimètres avaient été ainsi attirés au dehors.

Au-delà de la partie rétrécie, l'intestin était encore distendu dans des proportions excessives. Evidemment il existait plus loin un nouveau rétrécissement. Cette partie de l'intestin fut également tirée ou plutôt entraînée au dehors par la masse considérable de parties liquides qu'elle contenait jusqu'au rétrécissement. La partie suivante de l'intestin, attirée dans une étendue de 10 à 15 centimètres, était absolument normale, presque vide. L'intestin, revenu sur lui-même, était flasque et ne contenait que peu de gaz.

La troisième obstruction devait exister au-delà de l'autre extrémité de l'intestin qui avait été extrait de la cavité péritonéale. Quelques tractions amenèrent deux nouveaux rétrécissements très rapprochés l'un de l'autre. Au-delà, l'intestin redevenait entièrement normal.

Toute l'étendue de l'intestin distendu était le siége d'une congestion vasculaire avec des traces d'exsudation fibrineuse, inflammatoire, surtout au voisinage des parties rétrécies. La cavité péritonéale contenait une quantité assez notable de liquide séreux d'une couleur rougeâtre. Le reste de l'intestin grêle, le côlon étaient entièrement normaux. Une grande partie du mésentère était au dehors. Sauf trois ou quatre glandes lymphatiques, dont le volume était deux à trois fois plus considérable et atteignait au plus un diamètre de 2 centimètres environ, le mésentère était normal.

Le ventre était plat, affaissé, presque vide, cependant sans tendance à la pénétration de l'air extérieur.

On pouvait estimer à 1 mètre et demi au moins la longueur des anses intestinales qui étaient comprises entre les parties rétrécies.

En présence d'une lésion tellement étendue, aussi effrayante au premier abord, il y avait lieu de se demander quelle intervention chirurgicale devenait possible. Ne pas intervenir, c'était vouer la malade à une mort certaine. Pour rétablir le cours des matières digestives, on pouvait avoir recours à un anus artificiel au-dessus du premier rétrécissement; on pouvait aboucher les deux extrémités saines de l'intestin en conservant les parties rétrécies intermédiaires; ou bien, on pouvait opérer la résection totale des parties malades.

Le premier procédé était une ressource très précaire. La malade n'aurait pas tardé à succomber, par suite d'une alimentation insuffisante et d'un affaiblissement progressif, parce que l'orifice de l'intestin aurait été trop rapproché de l'estomac. Le deuxième procédé n'aurait pu remédier aux coliques si vives qui tourmentaient la malade, en laissant subsister les rétrécissements. La résection de l'intestin me parut être la seule chance de guérison radicale. L'opération, il est vrai, n'avait guère de précédent. En présence des lésions multiples de l'intestin, trois résections partielles devenaient nécessaires, l'une d'elles comprenant ensemble les deux premiers rétrécissements situés à une distance de 14 centimètres l'un de l'autre. Il aurait ainsi fallu faire trois sutures de l'intestin, ce qui aurait compliqué singulièrement le traumatisme, aurait augmenté la durée de l'opération et aurait exposé la malade à plus de chance d'accidents.

D'autre part, on pouvait faire la résection totale des parties malades avec les parties intermédiaires. Cette opération, malgré l'étendue des parties malades du tube digestif qu'il s'agissait d'enlever, environ 2 mètres, me parut être la seule détermination rationnelle qui pût laisser à la patiente les meilleures chances de guérison.

La longueur de l'intestin grêle étant de 6 à 8 mètres environ suivant les individus (2), il en restait encore une longueur plus que suffisante pour la digestion (3); le traumatisme était simplifié; l'opération était moins compliquée.

Après une courte hésitation, nécessitée par une analyse rapide de la situation, je continuai l'opération.

Après avoir réduit préalablement de part et d'autre l'intestin dans la cavité abdominale jusqu'à la limite des rétrécissements, je commençai par placer au-delà de chacun de ces points extrêmes deux ligatures circulaires rapprochées, passant à travers le mésentère. A l'aide des ciseaux, je divisai ensuite transversalement l'intestin entre chaque double ligature, de manière à ne pas avoir d'écoulement des matières alimentaires qu'il contenait, en ayant soin d'enlever et de nettoyer exactement les extrémités ainsi coupées, tant avec des linges secs qu'avec un peu d'eau phéniquée.

La grande étendue et la grande masse du mésentère le long de l'intestin avec les innombrables artères et veines des arcades vasculaires ne permettait de recourir qu'à des ligatures en masse multipliées, afin de rendre possible l'excision de l'intestin, sans effusion de sang. Nonobstant, ces ligatures elles-mêmes, par suite de la distension de l'intestin, ne purent être placées convenablement vers le bord du mésentère, au delà des arcades artérielles, qu'après l'évacuation préalable de la majeure partie des matières intestinales.

L'intestin fut troué dans l'une de ses parties les plus déclives qui pendaient sur les parties latérales du ventre et l'on en évacua 2 à 3 litres de liquides digestifs et des gaz. L'intestin ainsi vidé s'affaissa en grande partie. Deux pinces, comprenant entre leurs extrémités la trouée intestinale, furent placées de manière à la maintenir fermée.

Douze ligatures en fil de soie, comprenant chacune une quinzaine de centimètres d'étendue du mésentère, furent ensuite posées le long du bord de l'intestin, aussi près que possible. Comme les ligatures me parurent ne pas avoir été assez serrées, chacune d'elles fut consolidée par une nouvelle anse de ligature faite en sens inverse à l'aide du même fil, et l'intestin fut ainsi peu à peu détaché du mésentère au moyen des ciseaux.

Le mésentère, qui jusqu'alors était resté hors du ventre, fut remis dans la cavité péritonéale, qui fut nettoyée avec des serviettes jusque dans l'excavation du bassin et débarrassée de toutes parts de la sérosité ascitique qu'elle contenait.

A ce moment de l'opération, il y avait lieu de se demander comment on devait se comporter à l'égard des deux bouts de l'intestin, si on devait les réunir directement par une suture pour les faire communiquer immédiatement, ou bien s'il était préférable de les déposer simplement l'un à côté de l'autre dans la situation la plus favorable à une entérotomie ordinaire. La suture immédiate de l'intestin aurait simplifié, il est vrai, le traumatisme, et aurait permis de réunir ensuite complètement la plaie abdominale, si on avait pu sans inconvénient traiter les 12 énormes ligatures du mésentère comme des ligatures perdues; mais leur masse était trop considérable pour les abandonner impunément dans la cavité abdominale. D'autre part, la suture de l'intestin peut donner lieu à des accidents consécutifs graves s'il survient une obstruction intestinale avant que la cicatrisation soit assez solide.

Je procédai par conséquent de la manière suivante : les deux

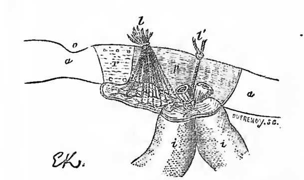


Fig. 2. — *a* Paroi abdominale. — *o* Ombilic. — *rp* Incision de la paroi abdominale dont la partie *r* a été réunie par 2 points de suture profonde et par 3 points de suture superficielle. — *i* Intestin dont les deux bouts lies sont maintenus ensemble par la ligature *l'*. — *l* Ligature du mésentère.

ligatures des deux bouts de l'intestin furent liées l'une contre l'autre, de manière à maintenir ces bouts d'intestin adossés du

(1) L'incision sur la ligne blanche est toujours préférable dans les cas d'étranglement interne, à moins d'indications tout à fait spéciales.

(2) Les limites extrêmes de longueur de l'intestin grêle varient de 3 à 11 mètres.

(3) Dans un cas de hernie inguinale étranglée qui donna lieu à un anus contre nature avec 4 orifices d'intestin grêle, Sédillot fit une entérotomie destinée à mettre en communication le bout stomacal et le bout anal de l'intestin. Il resta une petite fistule stercorale. L'opéré, très bien portant, d'un embonpoint considérable, mourut du choléra en 1854, 3 ans après l'opération. J'en fis l'autopsie. L'anse intestinale soustraite à la circulation des aliments mesurait environ 120 centimètres. (*Gazette hebdomadaire*, t. II, 1855, p. 460.)

côté opposé à l'insertion du mésentère. Le fil des ligatures, attaché contre une tige d'acier placée transversalement sur la plaie, servit à maintenir ces ligatures dans un rapport fixe avec la paroi abdominale. Le bout stomacal de l'intestin était placé au-dessus du bout anal, qui occupait l'angle inférieur de la plaie, l'un et l'autre au niveau de la cavité péritonéale.

Pour assurer la fixité de cette position, un point de suture servit à retenir les ligatures de l'intestin avec la partie fibreuse de la ligne blanche contre le côté gauche de l'incision abdominale. La partie supérieure de l'incision fut réunie par 2 points de suture profonde et par 3 points de suture superficielle. Il restait ainsi un espace de 5 centimètres de longueur, autour duquel je disposai l'épiploon et dans lequel j'attirai successivement d'une manière régulière les 12 ligatures du mésentère, dont les fils furent attachés contre une autre tige d'acier transversale à l'angle supérieur de la partie de l'incision qui restait ainsi ouverte.

Par suite de ces dispositions, la cavité abdominale se trouvait fermée à l'accès de l'air. J'enduisis de perchlorure de fer toute la surface traumatique qui restait exposée au contact des impuretés extérieures.

Cette manière de procéder avait divers avantages au point de vue de la sécurité. En maintenant l'intestin provisoirement fermé, il n'y avait pas à redouter d'épanchement des matières intestinales soit dans le péritoine, soit dans la plaie (1). Le ventre

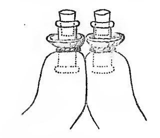


Fig. 3. — Adossement des deux bouts de l'intestin, liés chacun sur un tube.

Fig. 1. — Suture oblique incomplète des deux bouts de l'intestin, liés ensemble sur un tube.

La résection perpendiculaire, avec suture immédiate circulaire de l'intestin, s'accompagne ordinairement d'une gêne plus ou moins considérable de la circulation du contenu de l'intestin, car les opérés se plaignent généralement de douleurs abdominales consécutives à l'opération. Une suture oblique remédiera probablement à cet inconvénient.

ne tendait pas à s'affaisser, à se vider trop complètement par suite de l'évacuation des gaz intestinaux, circonstance qui aurait facilité ou provoqué l'introduction de l'air et des liquides décomposés de la plaie dans la cavité péritonéale à la suite d'un effort, d'un vomissement, etc., de l'opérée. Les ligatures du mésentère pouvaient ainsi être facilement éliminées sans exposer à des accidents ultérieurs. On était à même d'ouvrir facilement les deux bouts de l'intestin dès que les adhérences péritonéales devaient être considérées comme étant suffisamment solides pour n'avoir plus lieu de craindre le contact des matières digestives sur les parties environnantes.

Le pansement a été très simple, puisque la plaie est restée complètement à découvert à l'air et maintenue librement ouverte par une petite mèche de charpie aspergée d'un peu d'eau phéniquée placée dans ses deux extrémités.

L'opération avec le pansement a duré trois heures et demie. L'opérée a été maintenue sous l'influence du chloroforme pendant trois heures. L'application des 12 ligatures doublées du mésentère a pris près de la moitié de cette durée. La perte de sang a été tout à fait insignifiante. Les suites de l'opération ont été des plus simples. Il y eut quelques vomissements chloroformiques.

La température n'a pas dépassé 38 degrés, à l'exception du troisième jour.

La malade n'a plus ressenti la moindre colique et s'est trouvée dès l'opération dans un état de bien-être complet. Elle put dormir, manger, boire comme tout le monde, avec une restriction cependant. Les liquides furent introduits directement dans le gros intestin pour empêcher l'afflux du liquide dans le bout supérieur de l'intestin, attendu que les boissons ou les aliments liquides ne séjournent guère dans l'estomac et dans l'intestin grêle à l'état physiologique. Dans ce but, l'opérée prit chaque jour, pendant vingt jours, 3 lavements d'eau pure. Elle consomma ainsi environ 15 litres d'eau.

L'eau vineuse, le bouillon, le laitage ne furent pris, par les voies ordinaires, qu'en quantité nécessaire pour faciliter la digestion du pain, de la viande, des œufs, etc., dont l'opérée fit usage dès le deuxième jour de l'opération.

Le troisième jour, pensant que les adhérences péritonéales de l'intestin étaient suffisantes, je sectionnai d'abord la ligature du bout anal de l'intestin et j'y introduisis un tube de caoutchouc de 0m,008 de diamètre, muni d'un fil. Le bout stomacal fut ensuite ouvert de la même manière. Après l'écoulement d'une petite quantité de matières digestives, l'on y introduisit également un bout de tube de caoutchouc. Dans chacun de ces tubes je fis pénétrer, à une profondeur déterminée, l'une des branches d'une de mes pinces hémostatiques. Le rapprochement des branches de la pince, ainsi entourées des tubes de caoutchouc, détermina la mortification des parties intermédiaires, adossées, des deux bouts de l'intestin, sur une longueur d'environ 3 centimètres et demi. Les pinces furent enlevées quatre jours après leur application.

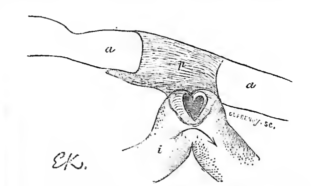


Fig. 5. — État de la plaie au quinzième jour après la chute des ligatures et des parties mortifiées.

Le douzième jour, la partie mortifiée des ligatures des intestins se détacha, de même que la partie intermédiaire qui avait été pincée. En introduisant le petit doigt dans l'orifice commun de l'intestin, je trouvai que l'éperon qui séparait les deux bouts était peut-être encore trop prononcé et pourrait gêner la libre circulation des matières intestinales après la cicatrisation. J'introduisis de nouveau les tubes de caoutchouc et je fis une entérotomie supplémentaire avec la même pince, de manière à faire communiquer très largement les deux parties de l'intestin, ce que je pus constater dès le seizième jour. Dans l'intervalle du douzième au quinzième jour, toutes les ligatures de l'épiploon avec les tissus mortifiés se détachèrent et la plaie fut réduite à un simple *infundibulum* qui ne tarda pas à se resserrer de plus en plus. La partie supérieure de la plaie était restée complètement réunie. Des selles copieuses eurent lieu dès le vingtième jour. Le vingt-cinquième jour, il ne passait plus qu'un peu de liquide et de gaz par la plaie, et une simple bande de sparadrap, placée au travers, obstruait entièrement le passage.

L'opérée se leva pour la première fois le jour de Noël, tout à fait bien portante.

La seule manifestation douloureuse consécutive à l'opération a été occasionnée par l'écoulement des matières intestinales par suite de leur contact avec la paroi abdominale et l'irritation, l'autopepsie des surfaces humectées.

J'essayai en vain d'oindre la paroi abdominale avec de l'huile, des corps gras concrets, de la vaseline. La baudruche était digérée sans laisser aucune trace. Le liniment oléo-calcaire, saupoudré de poudre d'amidon, calmait un peu la douleur, mais ne garantissait pas la peau. Finalement l'opérée enleva constamment par aspiration à l'aide d'une poire en caoutchouc les matières alimentaires qui venaient affluer, surtout trois ou quatre heures après les repas, dans l'infundibulum de la plaie. Je parvins à en garantir la peau voisine à l'aide de bandelettes de sparadrap. Dès lors la

(1) Le procédé que j'ai employé peut être perfectionné : 1° soit en liant chacun des bouts de l'intestin sur un tube que l'on peut fermer et ouvrir à volonté pour dégager le trop-plein du tube digestif avant de faire l'entérotomie, dont la manœuvre sera ainsi très simplifiée ; 2° soit en liant à la fois les deux bouts de l'intestin contre un tube, après les avoir réunis incomplètement à l'aide d'une suture oblique, afin de ménager à l'intestin une ouverture suffisamment large pour ne pas avoir à craindre un rétrécissement cicatriciel consécutif. L'intestin peut être maintenu en rapport avec la paroi abdominale à l'aide de la ligature, etc.

rougeur et les végétations épidermiques déterminées par le contact des matières alimentaires se dissipèrent rapidement. Dans une circonstance analogue, le meilleur préservatif sera une solution alcoolique de résine ou l'application de bandelettes de sparadrap bien agglutinatif.

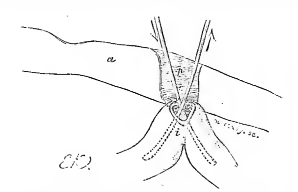


Fig. 6. — État de la plaie au dix-septième jour. — La partie pointillée de l'éperon de l'intestin indique la partie détruite par la seconde entérotomie.

Un mois après l'opération il ne restait plus qu'une fistule très étroite qui s'est fermée entièrement au bout d'une huitaine de jours.

Environ six semaines après l'opération, la guérison a été complète.

Dans le cours du traitement, Mlle K... a été vue par MM. E. Bœckel, le professeur Freund, etc., de Strasbourg; J. Ehrmann, de Mulhouse; Polisu, doyen de la faculté de médecine de Bucharest; le professeur Czerny, de Heidelberg, etc.

L'intestin réséqué a été présenté à la Société de médecine de Strasbourg le 2 décembre 1880, et l'opérée, tout à fait guérie, le 6 janvier 1881.

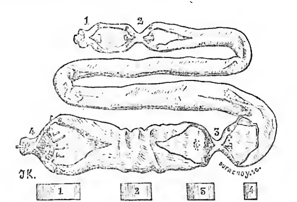


Fig. 7. — Intestin réséqué avec les 4 rétrécissements dans lesquels on a engagé des baguettes cylindriques proportionnées à leur calibre respectif, indiqué de grandeur naturelle au-dessous de la pièce pathologique.

La pièce pathologique, mesurée par M. le professeur Von Recklinghausen, a une longueur de 2m,05. L'intestin, très hypertrophié et très dilaté, présente quatre étranglements circulaires correspondant à 4 rétrécissements, dont les deux premiers sont situés à une distance de 14 centimètres; les deux derniers sont distants de 55 centimètres. La distance qui sépare le deuxième du troisième rétrécissement est la plus considérable. La largeur de l'intestin vide et affaissé devient de plus en plus grande. Entre le premier et le deuxième rétrécissement, la largeur est de 0m,042. Entre le deuxième et le troisième, l'intestin s'élargit progressivement depuis le deuxième rétrécissement, où la largeur de l'intestin est de 4 centimètres jusqu'au troisième rétrécissement, où elle est de 6 centimètres. Entre les deux derniers rétrécissements, la largeur de l'intestin atteint ses limites extrêmes : elle mesure 7 à 10 centimètres.

Le calibre intérieur des rétrécissements devient de plus en plus étroit. Le premier admet une tige d'un diamètre de 12 millimètres; le deuxième a un diamètre de 9 millimètres; le troisième mesure 7 millimètres. Le dernier rétrécissement est tellement étroit qu'il laisse à peine pénétrer une sonde de 4 millimètres.

La paroi musculaire de l'intestin est considérablement hypertrophiée. L'intestin, affaissé sur lui-même, offre une épaisseur de 0m,007 et présente pour une longueur de 2 mètres un poids de 650 grammes.

Les rétrécissements ont été consécutifs à une inflammation suppurée de glandes de Peyer, suivie de rétraction cicatricielle. La cicatrisation était complète, ancienne. La muqueuse des deux côtés de chaque rétrécissement, mais surtout au voisinage des deux derniers, était plus ou moins constituée par une série de brides, de ponts formés par la membrane muqueuse, au-dessous desquels on pouvait engager une sonde dans toutes les directions d'une manière analogue à ce qu'on observe lors de la suppuration d'un anthrax. Au-dessous du troisième rétrécissement existe une cicatrice localisée, peu étendue, sans partie rétrécie.

Les deux derniers rétrécissements étaient en grande partie obstrués par des pépins de raisin qui étaient partiellement engagés dans les diverticulums de la muqueuse, de manière à obstruer à peu près complètement le passage de ces rétrécissements même à l'eau pure qu'on versait au-dessus dans l'intestin.

Extérieurement aux points rétrécis de l'intestin, le péritoine présentait des traces d'inflammation ancienne.

En présence de ces lésions, il était facile de s'expliquer les coliques continues et les deux accès d'étranglement interne. On pouvait se rendre compte également de l'action apparente des grands lavements auxquels on croyait que les étranglements avaient fini par céder. C'était surtout la position de la malade et des anses intestinales qui avaient été mise en action et qui avait dû faciliter le déplacement des pépins de raisins ou de tout autre obstacle provenant des matières alimentaires.

Ce qui était extraordinaire, c'est l'absence de fièvre, de diarrhée, pendant le travail inflammatoire de l'intestin, ce qui avait rendu le diagnostic précis des causes de l'étranglement et des coliques tout à fait impossible.

De l'observation précédente et des opérations analogues on peut tirer les conclusions suivantes :

1° La résection de l'intestin grêle peut être faite dans une étendue considérable, de 2 mètres et même au delà, sans troubler les fonctions digestives d'une manière appréciable.

2° Pratiquée dans des conditions convenables, la résection de l'intestin peut être considérée comme une opération parfaitement admissible.

3° La résection peut avoir lieu : 1° soit en opérant directement la suture des deux bouts de l'intestin et en faisant la réunion immédiate de la plaie abdominale; 2° soit en établissant un anus contre nature avec entérotomie consécutive; 3° soit en faisant une suture incomplète de l'intestin combinée avec un anus artificiel. — Le deuxième et le troisième procédé exposent à moins de dangers consécutifs.

4° La résection des rétrécissements fibreux, cicatriciels, qui sont probablement plus fréquents qu'on ne le suppose, est à même de donner lieu à une guérison radicale. Il en est de même de la résection des épithéliomas.

Au contraire, les résections appliquées aux obstructions cancéreuses ne permettent d'obtenir qu'un amendement temporaire plus ou moins précaire de l'affection cancéreuse, de sa métastase et de la dégénérescence progressive des glandes lymphatiques.

5° En maintenant l'intestin fermé après l'opération, ainsi que j'ai procédé, l'opéré peut être maintenu à l'abri de

l'écoulement des matières intestinales pendant plusieurs jours jusqu'à ce que les adhérences soient devenues suffisamment solides. D'autre part, le ventre ne se vide pas trop complètement après l'opération : cette circonstance préserve l'opéré d'accidents consécutifs, tels que l'introduction de l'air ou de liquides septiques dans la cavité péritonéale.

En nourrissant l'opéré avec des aliments aussi peu liquides que possible, l'écoulement des matières alimentaires par l'origine de l'intestin est réduit à son minimum, et l'opéré s'affaiblit moins.

6° En introduisant les liquides directement par le gros intestin, en administrant la boisson par le rectum, l'eau est absorbée ainsi qu'à l'état normal et les opérés ne souffrent nullement de la soif, l'écoulement des liquides digestifs par l'intestin est moins considérable et donne moins d'ennui aux malades.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Sur une maladie nouvelle provoquée par la salive d'un enfant mort de la rage. Note de M. *L. Pasteur*, avec la collaboration de MM. *Chamberland* et *Roux*. (Voy. *Gaz. hebd.*, p. 49 et 58.)

Expériences montrant que la thiotétrapyridine et l'isodipyridine ne sont pas douées du pouvoir toxique que possède la nicotine, dont elles sont des dérivés. Note de M. *A. Vulpian*. — Les deux substances dont il s'agit sont des dérivés de la nicotine, découverts par MM. A. Cahours et A. Etard. Les expériences de M. Vulpian ont porté presque exclusivement sur la première, au moyen d'une solution aqueuse, un peu acide, de chlorhydrate de thiotétrapyridine, remise par les chimistes sus-nommés : 1 centimètre cube de cette solution contenait 5 centigrammes de sel. Plus tard, on opéra avec une autre solution, un peu plus faible, mais toujours acide : 1 centimètre cube de cette solution contenait 4 centigrammes de sel.

Les expériences furent faites sur des grenouilles et sur des mammifères (chien, chat). En voici le résultat :

1° Il y a une différence des plus frappantes entre les effets faibles, lents du chlorhydrate de thiotétrapyridine sur les *grenouilles* et l'action si énergique et si rapide qu'exerce la nicotine sur ces animaux; en outre, les accidents tardifs produits par le sel de thiotétrapyridine diffèrent entièrement, comme forme, de ceux que détermine la nicotine.

2° Les dérivés de la nicotine, absorbés à l'état de sels solubles et à des doses assez élevées, ne paraissent pas exercer la moindre action toxique sur les *mammifères*.

3° Les effets observés chez les grenouilles, à la suite de l'absorption de ces substances, n'ont aucune analogie avec ceux que produit l'alcaloïde du tabac.

Résection de deux mètres d'intestin grêle suivie de guérison. Note de M. *E. Kœberlé*. (Ce mémoire est en voie de publication dans la *Gazette hebdomadaire*.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. une demande de M. Maas (de Paris), à l'effet d'introduire et de vendre en France, pour l'usage médical, l'eau minérale de la source dite Wilhems-Quelle, située à Kronthal-les-Bains, près Francfort-sur-Mein. (*Commission des épidémies*); *b*. une formule avec notice concernant un remède préparé par M. Simonnet (de Boufarik), contre la chlorose, la phthisie, etc.; *c*. une formule de divers certificats relatifs à un élixir digestif et vermifuge, présenté par M. Jean Augier, à Uzès. (*Commission de remèdes secrets et nouveaux*.)

MM. *Tuffier* et *Gallois*, internes des hôpitaux de Paris, envoient un pli cacheté renfermant une note sur un cas de pustule maligne parasitaire pseudo-charbonneuse. (Accepté.)

M. le docteur *Louis Amat* (de Rodez) adresse un travail intitulé : *De l'hydrothorax double et de la vie sans respiration chez le nouveau-né*. (Renvoi à l'examen de MM. Vulpian et Depaul.)

M. le docteur *Fournier* envoie son rapport sur les épidémies dans l'arrondissement de Soissons pour l'année 1880. (*Commission des épidémies*.)

MM. les docteurs *Ernest Besnier* et *Vallin* adressent des lettres de candidature à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. le docteur G. Daremberg, un certain nombre de manuscrits, qui forment le complément de ceux qui ont été acquis par l'Académie après la mort de son père.

M. *Duplay* dépose, au nom de M. Moride, une *Note sur un procédé de préparation et de conservation des viandes*.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national dans la division de physique et chimie médicales et de pharmacie. La Commission présente la liste suivante des candidats : en première ligne, par ordre alphabétique, MM. Ladreit (de Dijon) et Lepage (de Gisors); en seconde ligne *ex æquo*, MM. Daremberg (de Menton) et Schlagdenhaufen (de Nancy); en troisième ligne, M. Boudier (de Montmorency).

Sur 81 votants, majorité 42, M. Daremberg obtient 54 voix, M. Lepage, 20 et M. Ladreit, 7. En conséquence, M. Daremberg est élu membre correspondant national pour la quatrième division.

Transmission de la rage aux animaux, Septicémie. — La question soulevée par MM. *Maurice Raynaud*, *Lannelongue* et *Pasteur*, lorsqu'ils ont voulu transmettre à des animaux le virus rabique recueilli tout d'abord sur un enfant mort enragé, a de nouveau donné lieu à un débat prolongé. Nous supposons connues les discussions des séances précédentes, afin de ne pas avoir à en retracer encore le résumé. Aujourd'hui, les adversaires habituels, MM. Pasteur et Colin, se sont plutôt occupés de savoir si la maladie produite par les inoculations était bien une affection nouvelle, caractérisée par la présence d'un organisme spécial, comme l'affirme M. Pasteur, ou bien si les animaux ont succombé à des accidents septiques, comme M. Colin persiste à le penser.

M. *Colin* a ouvert le débat en maintenant ses assertions antérieures, même contre les preuves apportées dans la séance précédente par M. Pasteur ; il objecte à celui-ci qu'il n'a pas indiqué à quelle dose les matières animales ont été injectées, en quels points leur injection a été opérée et quel était le poids ou le volume des animaux expérimentés ; il croit, d'ailleurs, qu'il faut un plus grand nombre d'expériences pour juger de pareils faits. Une fois que la septicémie s'est réalisée et qu'elle a tué, ou bien le sang de l'animal tué peut être impunément reporté sur d'autres animaux de même espèce, ou bien il est devenu virulent et il tue non seulement à la dose d'une goutte, mais encore à une dose beaucoup plus faible. Les faits que rapporte M. Pasteur lui semblent confirmatifs de ceux qu'il a signalés en 1873, et il ne s'étonne nullement que les liquides inoculés, sinon altérés, du moins altérables, puissent tuer les lapins en expérience au bout de quelques heures, et non les cobayes. Il n'y a, en résumé, pas de doute sur la nature septique de la maladie que M. Pasteur communique au lapin par le « bouillon au microbe en 8 de chiffre ».

On croit, d'autre part, trop facilement, qu'il suffit de tuer, et surtout de tuer rapidement, quelques petits animaux par l'inoculation du sang provenant de malades atteints d'affections transmissibles, pour prouver l'inoculabilité de ces maladies ; il faudrait pratiquer, tout au moins, ces expériences avec la pointe de la lancette, avec de petites quantités de liquides, contrairement à ce qui se pratique d'ordinaire, et les phénomènes qu'on rencontre en général, dans ces conditions, ne sont pas autre chose que de la septicémie. Avec les doses massives, qu'on emploie jusqu'à ce que mort s'ensuive,

on finit par faire du petit animal une sorte de « cuve à macération » ; tous les résultats ne tardent pas à être entachés de causes d'erreurs, et ce n'est pas ainsi qu'on peut faire de la physiologie expérimentale et de la clinique.

M. *Maurice Raynaud* fait remarquer que les conditions expérimentales les plus délicates, précisément celles que souhaite M. Colin, ont été réalisées dans ses recherches avec M. Lannelongue, et que jamais ni les grands délabrements, ni les collections purulentes, ni les emphysèmes que M. Colin voudrait avoir vu se produire, pour en reporter la cause à la septicémie, n'ont été constatés

M. *Pasteur* se borne à proposer à l'Académie de nommer une Commission qui, d'ici à la prochaine séance, assistera aux deux séries d'expériences suivantes sur divers animaux : 1° inoculation de la septicémie ; 2° inoculation de la maladie nouvelle déterminée dans les conditions expérimentales qu'il a indiquées. M. Pasteur affirme que, dans le premier cas seulement, les symptômes classiques de la septicémie ne tarderont pas à se produire, et que, dans le second, l'examen microscopique du sang fera reconnaître de grandes quantités des organismes particuliers qu'il a montrés dans la dernière séance. Il demande à M. Colin de prendre part aux travaux de cette Commission. — M. Colin s'y refuse.

A la majorité de 31 voix contre 3, l'Académie décide la nomination d'une Commission spéciale ; MM. Bouley, Vulpian, Davaine, Alph. Guérin et Villemin sont désignés pour en faire partie. MM. Pasteur et Colin pourront, naturellement, s'adjoindre à cette commission.

Conservation des germes charbonneux dans les terres cultivées. — M. *Pasteur*, en réponse aux 98 expériences, toutes négatives, sur la culture des bactéridies charbonneuses dans le sol, que M. Colin a fait connaître dans la séance précédente, rend compte d'expériences entreprises, il y a quelques mois, par une Commission nommée par la Société centrale de médecine vétérinaire de Paris. Une ferme, située près de Senlis et qui, chaque année, faisait des pertes nombreuses par la fièvre charbonneuse, a été choisie. Deux emplacements dans le jardin de cette ferme étaient utilisés pour les enfouissements, l'un servant depuis trois ans, l'autre utilisé depuis douze ans ; la Commission acquit, en outre, la preuve que la terre prélevée à la surface de ces fosses renfermait des germes charbonneux. Sept moutons, qui n'avaient jamais eu le charbon, furent chaque jour conduits sur la seconde des fosses et ramenés quelques heures après à la bergerie, tout à côté du restant du troupeau. Il n'y avait pas d'herbe à la surface de la fosse et l'on ne donnait à manger aux moutons que dans la bergerie même. Quarante-six jours après, deux des moutons étaient déjà morts, l'un au seizième jour, l'autre au quatorzième jour de l'expérimentation, tous deux avaient succombé au charbon ; les autres moutons se portaient bien ; il en était de même du restant du troupeau. Ainsi, le séjour momentané à la surface d'une fosse où, depuis douze ans, on n'a pas enfoui d'animaux charbonneux, a suffi pour que deux moutons sur sept soient morts du charbon dans l'intervalle de six semaines, bien qu'ils n'aient pas pris de repos sur la terre de la fosse ; le germe de la maladie n'a pu pénétrer dans leur corps que par suite de l'habitude qu'ont les moutons de flairer sans cesse la terre sur laquelle ils sont parqués. Les emplacements qui recouvrent les fosses servent à la culture potagère de la ferme ; le fermier, seul de tous les habitants, a eu une pustule maligne qui a guéri et dont il porte encore la cicatrice sur le visage. Si les légumes consommés n'avaient pas été cuits, la ferme aurait peut-être compté plusieurs victimes. Il semble donc que la combustion et l'assimilation végétales n'atteignent pas les germes de certains organismes microscopiques ; la prophylaxie doit puiser dans cette constatation de nouveaux et importants enseignements.

Tels sont les faits que M. Pasteur oppose à M. Colin ; de plus, il s'étonne que celui-ci vienne, à l'aide d'expériences qui n'ont donné que des résultats négatifs, combattre des assertions appuyées sur de nombreux faits positifs. Il offre à M. Colin de se rendre avec l'un des membres de l'Académie dans cette ferme, d'y ramasser lui-même quelques mottes de terre et de les rapporter dans un laboratoire à son choix. Là, M. Pasteur lui indiquera des opérations très simples nécessaires pour reconnaître dans ces mottes la présence du charbon, et il pourra lui-même inoculer un certain nombre d'animaux qui seront présentés à la prochaine séance de l'Académie.

M. *Colin* ne paraît pas vouloir accepter cette proposition ; il trouve que ce n'est pas dans un terrain où règne le charbon qu'il faut aller faire les expériences qu'a rapportées M. Pasteur, mais dans une contrée indemne de la maladie, où l'on transporte de la terre contenant des germes charbonneux, sur laquelle on fait alors paître les animaux de cette contrée.

Eaux minérales. — M. *Jules Lefort* lit un rapport, qui est adopté par l'Académie, sur une demande d'exploitation d'une source d'eau minérale ferrugineuse à Amiens (Somme).

Ambulances urbaines de New-York. — M. *Chéreau*, au nom de la Commission chargée d'examiner la communication présentée par M. le docteur Nachtel (de New-York), concernant les ambulances urbaines installées dans cette ville, présente un rapport dont les conclusions, tendant au vote de remerciements à l'auteur de la communication et à l'envoi de celle-ci et du rapport à M. le ministre de l'intérieur, sont adoptées par l'Académie. (Voir l'analyse du Mémoire de M. Nachtel dans le numéro du 3 décembre 1880.)

M. *Larrey* fait remarquer toute l'importance de l'organisation proposée et les difficultés qu'elle pourra éprouver dans la pratique à Paris ; il pense que l'Académie ne saurait trop en solliciter l'étude auprès des pouvoirs compétents.

— L'Académie se réunit en Comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. *Peter* sur les candidats à la place vacante dans la 1re division (médecine) des correspondants nationaux.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUÉNEAU DE MUSSY.

Scrofule et tuberculose : M. C. Paul. — La résorcine : M. Dujardin-Beaumetz. — Un cas d'urémie : M. Ferrand. — La poudre de charbon dans le traitement de la dothiénentérie : M. E. Besnier. — Attaque d'hystérie terminée par la mort : M. Maurice Raynaud. (Discussion.)

— M. *C. Paul* signale un point important de pathologie générale qui semble avoir été jusqu'ici négligé dans la discussion sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose. Si l'on admet avec Bazin que la *diathèse* est caractérisée par un processus morbide, qui varie dans sa nature suivant les différentes phases de son évolution et suivant les organes qu'il atteint ; si l'on admet qu'au contraire la *maladie constitutionnelle* est caractérisée par l'invariabilité de son processus, comment s'efforce-t-on de trouver une caractéristique anatomique d'une maladie à processus aussi variable que celui de la scrofule ? On en arrivera, si l'on suit cette voie, à créer une diathèse pustuleuse, une diathèse pseudo-membraneuse !

— M. *Dujardin-Beaumetz* a, dans son service, expérimenté la *résorcine*, benzine cristallisable, blanche, très soluble que l'on retire de l'*asa fœtida*. On sait que c'est un antifermentescible puissant, arrêtant la fermentation des matières albuminoïdes et, même à faible dose, celle du lait et de l'urine. En Allemagne, on tend à la substituer à l'acide

phénique dans le traitement des ulcères fongueux. Elle présente sur l'acide phénique, pour l'usage interne, l'avantage de n'avoir pas d'odeur et d'offrir une saveur non désagréable et même légèrement sucrée, ce qui rend son emploi commode lorsqu'il s'agit des enfants. On ne doit pas l'administrer à une dose supérieure à celle de 6 à 7 grammes par jour, car on aurait alors des accidents d'intoxication analogues à ceux produits par l'acide phénique. Dans la diphthérie, dans la fièvre typhoïde et dans le rhumatisme, M. Beaumetz n'a obtenu aucun effet satisfaisant de l'emploi de la résorcine; aussi la croit-il appelée à rendre surtout des services à la thérapeutique chirurgicale.

— M. *Ferrand* relate l'observation d'un homme de soixante ans, très nerveux, offrant de l'hyperesthésie cutanée et des symptômes bizarres localisés pour la plupart du côté des voies urinaires, et chez lequel les médecins de la ville avaient porté le diagnostic tantôt d'affection du foie, tantôt de cancer du rectum. Soupçonnant, lors de son entrée à l'hôpital, une lésion prostatique, M. Ferrand pria M. Guyon de pratiquer le cathétérisme; cette exploration fit reconnaître une dilatation énorme de la portion membraneuse de l'urèthre, avec une prostate relativement saine, mais elle laissa le malade dans un état inquiétant d'excitation générale. Quelque temps après, le malade a de la rétention d'urine et l'on ne peut, avec la sonde, retrouver le méat supérieur de la poche dilatée; au bout de trois jours, pendant lesquels il n'y eut point de miction, apparurent des symptômes d'urémie délirante, bientôt remplacée par la forme comateuse avec anesthésie. On pratiqua alors la ponction de la vessie au moyen du trocart n° 2 de l'appareil Potain; on la renouvela toutes les vingt-quatre heures et la miction se rétablit après la septième ponction. Quelques jours après, les urines étant devenues muco-purulentes, et la rétention se reproduisant de nouveau, M. Guyon pratiqua avec succès un cathétérisme évacuateur; peut-être la vessie fut-elle vidée un peu rapidement, car il y eut à la suite un pissement de sang. M. Ferrand fait remarquer l'intérêt de cette observation : 1° à cause de la facilité avec laquelle on a pu ponctionner sept fois la vessie d'un tel malade; 2° à cause de la rapidité avec laquelle se sont produits les phénomènes urémiques; 3° à cause enfin du rapprochement que l'on peut établir entre cette rapidité même et l'hyperesthésie que présentait cet individu.

— M. *E. Besnier* rappelle qu'on a laissé de côté la question, un moment à l'ordre du jour, de l'emploi de la poudre de charbon dans le traitement de la fièvre typhoïde. Depuis lors, M. Bouchard a administré à ses typhiques le charbon de Belloc avec quelque succès; et lui-même a obtenu de ce moyen d'assez bons résultats : les selles, par exemple, ont été alternativement fétides ou d'odeur normale, suivant qu'on cessait ou qu'on reprenait, chez un même malade, l'administration du médicament. Ce remède d'ailleurs est absolument inoffensif, ne produit point d'ulcérations intestinales, ainsi qu'on l'avait craint, et de plus est facilement accepté et dégluti par les malades; peut-être son usage devrait-il être généralisé.

— M. *Maurice Raynaud* rapporte l'observation suivante d'attaque d'hystérie suivie de mort. Une dame de trente-trois ans, célibataire, dont il était depuis longtemps le médecin, présentait tous les signes non douteux de l'hystérie à forme vaporeuse, et de temps à autre offrait de grandes attaques types. Il y a quatre ans, elle eut un eczéma du pied, puis un onyxis très douloureux avec abcès sous-unguéal, qui fut la cause déterminante d'une attaque nerveuse effrayante. Pendant trois à quatre jours, la malade ne put desserrer les dents et était prise à la vue et à l'approche d'un verre d'eau de symptômes d'hydrophobie avec spasme pharyngien violent; puis le calme se rétablit et elle recouvra une bonne santé pendant plus de quatre ans. Il y a huit jours, le jeudi, M. Raynaud avait excisé le bourrelet fongueux de l'onyxis, qui était reparu, précédé également d'eczéma, lorsque, le samedi, on vint l'appeler en toute hâte : la malade offrait les symptômes du clou hystérique accompagné en outre d'une douleur atroce au niveau de la troisième vertèbre dorsale; chose remarquable, il y avait de la moiteur et de la fièvre. Bientôt la douleur dorsale disparut et fut remplacée par une douleur non moins vive à la nuque. Pensant au tétanos, M. Raynaud prescrivit du chloral et força la dose de morphine, qui était déjà de cinq à six centigrammes dans les vingt-quatre heures. Le lendemain et le surlendemain, les accidents augmentèrent : spasme pharyngien, hydrophobie manifeste, trismus, puis dyspnée menaçante; en même temps modification du caractère, qui devient irascible à l'excès. On pouvait penser à la rage, et il y avait, en effet, dans l'appartement un petit chien; mais cet animal était alors et est encore parfaitement portant. Le lendemain, la douleur de la nuque avait presque disparu : à ce moment, douleur violente dans le bas ventre, puis contracture du diaphragme. Enfin, le mercredi, cinq jours après le début des accidents, la malade poussant de faibles gémissements, les lèvres cyanosées, la face livide, le pouls misérable, succombait au milieu d'un accès. Le diagnostic de rage fut rapidement éliminé. Celui de tétanos fut écarté également; bien qu'il y eût une petite plaie d'un orteil, on ne retrouvait pas là d'opisthotonos véritable, et, au moment de la mort, il n'y eut pas d'élévation de la température. Il semble donc qu'on ne peut admettre dans ce cas que l'hypothèse d'accès d'hystérie rabiforme, ayant entraîné la mort.

M. *Dujardin-Beaumetz* a observé deux cas de mort subite chez des hystériques, mais on reconnut à l'autopsie qu'elle avait été causée par une néphrite interstitielle insidieuse, non soupçonnée pendant la vie.

M. *M. Raynaud* n'a jamais trouvé trace d'albumine dans les urines de sa malade; elle n'a jamais offert aucun signe de sclérose rénale.

M. *Rendu* fait observer que la malade dont parle M. M. Raynaud a présenté un appareil fébrile, avec des douleurs dans les régions du bulbe et des nerfs pneumogastrique et spinal : il est très probable qu'il y a eu là un élément spino-bulbaire, une méningo-myélite ou une méningite spinale. Il cite à ce propos une observation qu'il a recueillie dans le service du professeur Potain : une femme hystérique offrait de l'anurie intermittente, sans albuminurie; puis les attaques convulsives se rapprochèrent et s'accompagnèrent de douleurs dans les extrémités et de phénomènes de strangulation : la malade succomba. On avait hésité entre une hystérie *sine materia* et une lésion des centres nerveux; à l'autopsie, on trouva une méningite de la pie-mère spinale, des adhérences nombreuses avec la moelle et une myélite diffuse. Cette malade n'avait présenté, il est vrai, ni hydrophobie, ni symptômes tétaniques, mais les vives douleurs et la strangulation finale rapprochent ce cas de celui dont a parlé M. M. Raynaud. Le professeur Charcot a trouvé aussi, à l'autopsie d'une hystérique, une sclérose latérale.

M. *Raymond* a observé deux cas analogues dans le service de M. Vulpian, en 1875. Le premier est celui d'un jeune homme de vingt-six ans qui présente au début du trismus, puis une douleur violente avec raideur à la nuque, accompagnée de contracture d'un côté du corps, bientôt généralisée aux deux membres inférieurs, mais sans paraplégie; il mourut sept jours après avec des spasmes du diaphragme. A l'autopsie, on trouva une méningo-myélite de la portion supérieure de la moelle, avec méningite suppurée vers le bulbe. Le second cas, observé la même année, est celui d'un autre malade qui présenta presque identiquement les mêmes symptômes, avec une douleur sous-occipitale intense, et qui mourut en cinq jours; l'autopsie révéla une myélite des mêmes régions avec désorganisation complète.

M. *M. Raynaud* avait cru pouvoir rapporter tous les phénomènes qu'il a observés à une excitation extrême du système nerveux; il s'est aussi demandé s'il n'y avait pas eu un certain degré d'intoxication par la morphine.

M. *Ferrand* demande si l'on est bien sûr qu'il ne s'agissait pas dans ce cas, ainsi que l'a cru un moment M. M. Raynaud, d'un accès d'hydrophobie rabique.

M. *M. Raynaud* a recueilli de la salive de la malade aussitôt après sa mort, il s'est immédiatement rendu au laboratoire de M. Pasteur et a inoculé cette salive à des lapins : le résultat de cette expérience a été absolument négatif. De plus, M. M. Raynaud a parfois observé des cas de rage d'un diagnostic difficile, mais dans tous il a constaté une hyperesthésie qu'il n'a pas retrouvée chez la malade dont il a rapporté l'histoire.

— A cinq heures et demie, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Correspondance. — Traitement de la hernie ombilicale étranglée. — De la hernie musculaire. — Corps étrangers. — Résection de 2 mètres d'intestin grêle. — Traitement de la chéloïde par les scarifications. — Anatomie pathologique des épididymites. — Présentation de malade. — Lymphatiques du bassin chez la femme. — Prix de la Société.

La correspondance comprend : 1° une brochure de M. *E. Ménière : Traitement de l'otorrhée purulente chronique par la glycérine phéniquée. Quelques considérations sur la maladie de Ménière.*

2° M. *Guyon* fait hommage à la Société du premier volume de la *Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.*

— M. *Kœberlé* n'a pas eu l'occasion de faire la kélotomie pour la hernie ombilicale étranglée, mais il a parfois fait la résection de la hernie (sac et collet) pendant les opérations d'ovariotomie. Aucune de ces opérations n'a été suivie d'insuccès; cela indique que l'on ne doit pas hésiter à fendre le sac, à l'exciser et à suturer les lèvres de la plaie dans les opérations de hernie étranglée.

— M. *Farabeuf* lit un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. *Larger* (de Maisons-sur-Seine). Le malade, atteint de hernie musculaire, a été présenté à la Société de chirurgie en avril 1880. La tumeur siégeait à la région antérieure et moyenne de la cuisse droite; elle était d'origine traumatique. En franchissant un ruisseau, le malade s'était rompu une partie du muscle droit, et il en était résulté une hernie musculaire. Cette hernie avait 11 centimètres de hauteur; elle durcissait sous l'influence de la volonté ou de l'électricité; à l'auscultation, on entendait un bruit musculaire. M. Farabeuf explique l'éclatement de l'aponévrose par la contraction simultanée des extenseurs et des fléchisseurs du membre, qui se trouvent alors trop à l'étroit dans la gaine aponévrotique.

— M. *Verneuil* fait une série de rapports sur divers corps étrangers.

1° M. *Betzi* (de Modène) a publié en 1864 un procédé pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif.

2° M. *Bureau* a attiré hors du conduit auditif des larves de mouches en enduisant de miel les bords de ce conduit.

3° M. *Dumas fils* (de Montpellier) a poussé dans le pharynx un haricot introduit dans une fosse nasale. Une autre fois, il a extrait d'une narine un bouton de bottine au moyen de la pince de Hunter.

4° M. *Bernard* (de Cannes) a enlevé de l'urèthre d'une femme une épingle à cheveux avec une pince à pansements.

— M. *Kœberlé* lit un mémoire intitulé : *Résection de 2 mètres d'intestin grêle suivie de guérison* (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1881, p. 55).

— M. *Vidal*, médecin des hôpitaux, présente un homme de quarante-huit ans atteint de kéloïde et en traitement par les scarifications.

M. Vidal traitait un malade atteint de kéloïde par les emplâtres de Vigo, les douches, etc.; il n'obtenait aucun résultat, et le kéloïde était le siège de douleurs très aiguës; pour faire cesser ces douleurs, on fit des scarifications quadrillées; cette petite opération fut répétée trois fois. M. Vidal fut très surpris de voir la kéloïde diminuer et arriver bientôt à une guérison presque complète. Le malade fut perdu de vue avant la disparition totale de la kéloïde.

En novembre dernier, M. Le Dentu adressa à M. Vidal un homme de quarante-huit ans atteint de kéloïde depuis 1864. La kéloïde avait succédé à l'application d'huile de croton; d'abord grosse comme un pois, elle atteignit bientôt des dimensions plus considérables (5 centimètres de hauteur sur 2 centimètres de largeur). Le malade a subi deux scarifications, et la kéloïde a diminué de moitié. Au début de la maladie, les douleurs étaient tellement vives que cet homme portait une cuirasse pour éviter les chocs extérieurs. (Commission composée de MM. Verneuil, Lannelongue et Le Dentu.)

— M. *Terrillon* fait une communication sur l'anatomie pathologique des orchites et des épididymites. Il a d'abord recherché les observations publiées avec autopsie; il en a trouvé 19; il a eu ensuite recours à l'expérimentation.

M. Terrillon a injecté dans le canal déférent de chiens un liquide irritant; chez cet animal, on observe le gonflement de l'épididyme et du canal déférent comme chez l'homme. Chez l'homme, on a constaté que l'origine des canaux éjaculateurs était vascularisée; de même pour le canal déférent. La vésicule séminale était remplie d'un liquide purulent. Chez les animaux, du côté du canal déférent, la muqueuse seule est malade au premier degré d'inflammation; l'épithélium altéré a perdu ses cils vibratiles. Au deuxième degré, la muqueuse et la paroi sont malades. Cette paroi devient œdémateuse et s'infiltre de globules blancs. Au troisième degré, l'inflammation occupe le tissu cellulaire de la gaine fibreuse commune. Au quatrième degré, l'inflammation atteint le tissu cellulaire du scrotum et la peau. Quel est le contenu du canal déférent? Un liquide jaune contenant des granulations graisseuses, des globules blancs et des globules volumineux; dans les quinze premiers jours de l'inflammation on découvre quelques spermatozoïdes. Le liquide de l'éjaculation est analogue chez les mêmes sujets.

Lésions de l'épididyme. Chez l'homme, à l'état aigu, gonflement à la queue de l'épididyme; si l'on fend ce noyau, on voit le volume exagéré des canaux de l'épididyme, et des cavités simulant des abcès et contenant un liquide purulent; l'épithélium a perdu ses cils vibratiles; les tubes sont amincis et dilatés; les cavités sont fermées par ces dilatations. Les lésions des parois sont celles du canal déférent. Le gonflement de l'épididyme n'est pas en rapport avec le gonflement apparent; l'épididyme double à peine de volume, et ce qu'on sent c'est surtout l'induration du tissu cellulaire voisin. Quant aux lésions du corps de l'épididyme, elles sont peu marquées; les tubes sont légèrement dilatés et l'épithélium légèrement altéré.

Dans l'intérieur de la tunique vaginale on trouve du liquide et des fausses membranes; il y a toujours de la vaginalite avec l'épididymite, et c'est la cause de la douleur.

Le testicule n'est jamais altéré, ni dans les expérimentations, ni chez les malades.

Comment ces phénomènes disparaissent-ils? La résorption se fait de la périphérie au centre; le gonflement du canal défé-

rent persiste très longtemps. Le liquide reste longtemps purulent.

Obturation de la queue de l'épididyme. Chez le chien, M. Terrillon n'a pu produire l'obturation de la queue de l'épididyme que dans un cas, et après une inflammation épouvantable et l'atrophie immédiate du testicule. Dans les autres cas, pas d'atrophie du testicule et pas d'oblitération. M. Terrillon n'a pas encore de données certaines sur ce point.

— M. *Polaillon* présente un malade auquel il a fait l'ablation totale de la parotide pour une tumeur maligne; il s'agissait d'un adéno-sarcome.

— M. *Terrillon* présente un malade chez lequel il a fait la résection de 4 centimètres du nerf sous-orbitaire pour une névralgie datant de plusieurs années.

— M. *Lebec* présente une pièce destinée à montrer la réalité de la cavité décrite par M. A. Guérin dans l'intérieur du ligament large et des canaux lymphatiques qui la font communiquer avec les parties voisines. (Commissaires: MM. Tillaux, Guérin, Farabeuf.)

— Le sujet du concours pour le prix Laborie pour l'année 1881 est le suivant : *Des résultats éloignés de l'ovariotomie.* Les mémoires devront être remis à la Société avant le 15 novembre.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Action purgative du sulfophénate de soude : M. Rabuteau. — Effets de l'élongation des nerfs chez les animaux ayant une hémisection latérale de la moelle : M. Brown-Séquard. — Élongation des nerfs : M. Laborde. — Nerfs vaso-dilatateurs sympathiques de l'oreille; analyse du réflexe de Snellen : MM. Dastre et Morat. — Inoculation de la rage de l'homme au lapin : M. Doléris. — Rapports du spinal et du pneumogastrique; procédés de projection : M. François-Franck. — Terminaison des nerfs sensitifs chez les insectes : MM. Künckel et Gazagnaire.

M. *Rabuteau* a préparé un nouvel acide, en remplaçant dans l'acide sulfurique un équivalent d'hydrogène par le radical C^6H^5; c'est l'acide phénilsulfurique, ou sulfophénique. Le sulfophénate de soude, injecté à la dose de 5 à 10 grammes dans les veines d'un chien, produit la constipation; la même dose introduite dans l'estomac donne un effet purgatif. Ce sel est éliminé presque en totalité par les urines à l'état de sulfates et sous forme d'une substance jaune (chloraline). Le sulfophénate de soude est un sel stable appelé à devenir un excellent purgatif.

— M. *Brown-Séquard* communique les résultats de recherches sur l'*élongation du nerf sciatique sur des animaux sains et sur d'autres ayant eu une hémisection latérale de la moelle épinière.* Ces expériences ont été faites sur des cobayes, des lapins et un chien. L'auteur a eu pour but principal de chercher quel effet serait produit par cette irritation du nerf sciatique sur la sensibilité du membre. Chez presque tous les animaux qui avaient eu une hémisection de la moelle épinière, l'anesthésie du membre postérieur du côté opposé à cette lésion a disparu dans un temps variable, après l'élongation de ce nerf. Il y a même eu, dans nombre de cas, une hyperesthésie plus ou moins considérable là où l'anesthésie avait existé. Chez un chien, la section de la moitié latérale droite de la moelle dorsale (au niveau de la dixième vertèbre), avait produit des effets plus tranchés qu'à l'ordinaire : paralysie et hyperesthésie très marquées à droite, et anesthésie considérable (presque complète) à gauche. On pratiqua l'extension du nerf sciatique à gauche : l'opération fut à peine sentie. Presque immédiatement après, la sensibilité reparut dans le membre où ce nerf avait été allongé. Elle augmenta rapidement, au point qu'en moins d'une demi-heure elle était bien plus vive qu'aux membres antérieurs qui à cet égard étaient à l'état normal. Il y avait donc déjà de l'hyperesthésie; celle-ci devint graduellement plus intense et, le lendemain, on constata qu'elle avait acquis à peu près le degré de la sensibilité exagérée du membre postérieur droit. Un autre effet remarquable de l'extension du nerf sciatique a été observé : une paralysie presque aussi considérable qu'au membre droit s'est montrée au membre gauche. Sur onze cobayes, la même expérience a donné neuf fois un retour plus ou moins rapide et considérable de la sensibilité dans le membre postérieur qui était anesthésique. Chez un de ces animaux, le retour a été immédiat; chez les autres, il n'a commencé que quelques minutes ou plusieurs heures après l'élongation du nerf. Presque tous ces animaux ont eu de l'hyperesthésie dans le membre qui avait été anesthésique. Enfin, sur les onze cobayes soumis à ces recherches, deux n'ont recouvré aucune part de la sensibilité perdue. Le mouvement volontaire a été notablement affecté dans le membre au nerf soumis à l'élongation. Il y a même eu une paralysie presque complète chez trois de ces cobayes, dont deux sont de ceux précisément qui ont eu le plus d'hyperesthésie. Sur trois lapins, la même expérimentation a donné un résultat semblable quant à la paralysie, mais il n'y a eu de retour de sensibilité à un degré considérable que sur un seul. — Chez un autre animal (un cobaye), l'auteur a coupé la moitié latérale droite de la moelle cervicale (niveau de la troisième vertèbre), et, après avoir constaté de l'anesthésie à un degré très prononcé dans les deux membres gauches, il a pratiqué l'élongation du sciatique gauche. Il est bientôt survenu de l'hyperesthésie, non seulement dans le membre postérieur, mais aussi dans l'antérieur du côté gauche. — Enfin, chez d'autres cobayes dont la moelle n'avait pas été lésée, il a trouvé : 1° que l'élongation du sciatique détermine aussi de l'hyperesthésie, mais à un moindre degré que chez ceux qui ont eu une hémisection du centre nerveux médullaire; 2° que cette élongation ne cause pas de paralysie marquée, tandis que chez les cobayes à lésion de la moelle, une paralysie considérable survient presque toujours après ce tiraillement du nerf sciatique. L'auteur ajoute que ce ne sont pas seulement les parties animées par ce nerf qui sont affectées lorsque l'élongation est faite après une hémisection de la moelle, les parties animées par le crural l'étant tout autant.

— M. *Laborde*, après avoir coupé la moelle à un cochon d'Inde, a élongué l'un des nerfs sciatiques. En pinçant la patte de ce côté, on n'obtient rien; en pinçant l'autre patte, on provoque des convulsions épileptoïdes. Sur un animal dont la moelle est intacte, l'élongation du nerf amène une perte de sensibilité à peu près complète dans le membre correspondant; la sensibilité reste la même du côté correspondant; les mouvements sont conservés dans les deux membres. M. Laborde conclut de ses expériences que l'élongation amène dans le nerf des modifications qui empêchent le passage du courant sensitif, tandis que le courant moteur peut passer.

— M. *Brown-Séquard* présente un cobaye auquel il a amputé l'un des membres postérieurs il y a vingt mois. Avant de pratiquer l'opération, il avait disséqué avec soin les nerfs sciatique et crural, jusqu'à leur extrémité, puis il les a repliés dans le moignon. L'autopsie de l'animal apprendra ce que ces nerfs sont devenus.

— MM. *Dastre* et *Morat :* Le nerf auriculo-cervical est facile à atteindre au moment où il contourne le pavillon de l'oreille. On peut le sectionner et exciter le bout périphérique et le bout central. — L'excitation du bout périphérique a donné lieu à de nombreuses études bien connues. L'excitation du bout central qui va rejoindre la moelle détermine le phénomène connu sous le nom de *réflexe de Snellen.* Lorsque l'excitation est forte (Rouget), ce phénomène consiste dans une congestion de l'oreille correspondante, remarquable en

ce qu'elle est sensiblement unilatérale et plus intense que celle qui résulte de la section même du sympathique cervical.

Cette vaso-dilatation est réflexe, puisque le bout du nerf excité n'est plus en rapport qu'avec la moelle.

MM. Dastre et Morat ont déterminé le trajet de l'excitation, l'arc réflexe. L'excitation est conduite à la moelle par la deuxième paire de nerfs rachidiens, origine de l'auriculo-cervical.

L'expérience prouve qu'elle suit dans la moelle un trajet descendant pour en sortir au-dessous de la septième paire cervicale. Lors, en effet, que l'on coupe la moelle cervicale en un point quelconque de l'espace qui sépare la troisième de la septième vertèbre, le réflexe est aboli. Si l'on pratique seulement l'hémisection, le réflexe est aboli du côté correspondant; on peut s'assurer qu'il est conservé de l'autre côté. C'est donc seulement au-dessous de la septième paire cervicale que l'excitation trouve l'organe nerveux chargé de produire la dilatation vasculaire.

L'excitation sort de la moelle par les rameaux communiquants qui, des dernières branches du plexus brachial, vont se rendre aux ganglions premier thoracique et cervical inférieur. Que l'on coupe cette voie, et le réflexe est aboli; que l'on excite le bout attenant au ganglion, et la congestion de l'oreille apparaît.

Les rameaux communiquants sus-nommés sont donc de véritables nerfs vaso-dilatateurs pour l'oreille : et le tronçon de moelle cervicale qui leur transmet l'excitation contient, dans toute son étendue, un centre vaso-dilatateur pour le même organe.

Dans l'expérience de Snellen, ce centre est mis en action par l'excitation du bout central de l'auriculo-cervical. Il peut être mis en action par toutes les autres excitations sensitives qui lui arriveront.

M. *Mathias Duval* signale parmi ces excitations celles qui, portées sur le trijumeau, sont précisément conduites par les racines de ce nerf (tubercule cendré de Rolando) jusqu'au centre vaso-dilatateur signalé par MM. Dastre et Morat.

M. *François-Franck* demande ce que deviennent les vaso-dilatateurs sympathiques de l'oreille au-delà du ganglion premier thoracique et du ganglion cervical inférieur.

M. *Dastre :* Ces fibres, après avoir gagné le cordon cervical, vont se répandre aux vaisseaux de l'oreille, mélangées aux filets vaso-constricteurs, ou bien elles se terminent dans les ganglions, qui seraient ainsi, d'après les auteurs, des centres de réaction des deux espèces de nerfs les uns sur les autres.

Les dilatateurs et les constricteurs auriculaires ont donc dans la moelle des origines voisines, mais distinctes : les uns et les autres appartiennent au grand sympathique, résultat qui n'est qu'un cas particulier nouveau de la loi générale que MM. Dastre et Morat ont formulée ainsi : « Le grand sympathique est un *système mixte* ou *système double*, contenant les nerfs vaso-dilatateurs et vaso-constricteurs de tous les organes. »

— M. *Doléris* a inoculé à plusieurs lapins des liquides et des tissus provenant d'un enfant mort de la rage. Dans une première série d'expériences, il a inoculé aux animaux de la salive et du sang pris sur l'enfant vivant; les lapins inoculés avec la salive sont morts au bout de quelques heures. Ceux qui avaient été inoculés avec du sang n'ont rien eu. Des lapins auxquels on avait injecté de la salive des premiers sont également morts, il en a été de même d'autres animaux qui ont reçu de la salive des seconds; la mort est arrivée encore plus rapidement chez ces derniers.

L'inoculation de la salive prise sur l'enfant 36 heures après la mort n'a donné aucun résultat; celle de fragments de glandes salivaires a tué un lapin sur cinq; enfin, des lapins auxquels on avait placé sous la peau un morceau de bulbe et l'origine d'un nerf trijumeau sont morts en peu de temps en présentant les symptômes de la septicémie.

M. Doléris, en présence des faits observés sur les animaux qu'ils a inoculés (paralysies et convulsions, abcès, décollement de la peau, présence de bactéries dans le sang, mort rapide après l'inoculation et diminution de la durée de l'incubation dans ses inoculations successives), pense que ces animaux sont morts d'une septicémie particulière et non de la rage.

D'un autre côté, l'auteur a fait des cultures des glandes salivaires de l'enfant, et il a obtenu des micrococcus qui, inoculés à des lapins, n'ont amené leur mort qu'au bout de 15 à 18 jours, avec les symptômes de la rage.

M. *P. Bert* voudrait qu'on ne se prononçât pas dans les inoculations de rage avant d'avoir expérimenté sur le chien, chez lequel les symptômes de la maladie sont bien connus. Il conseille d'employer de préférence le mucus bronchique, qui lui a donné de meilleurs résultats que les glandes salivaires, lesquelles amènent souvent de la septicémie.

— M. *François-Franck* fait une communication *sur la part qui revient au nerf spinal dans l'innervation modératrice du cœur et sur les rapports du nerf spinal avec le nerf pneumogastrique.*

1° On sait depuis les recherches de Waller (1856), celles de Schiff (1859-1864), celles de Heidenhain et Daczkiewicz, confirmant les résultats de Waller, que la branche interne du spinal (portion bulbaire) fournit au nerf pneumogastrique les filets nerveux modérateurs du cœur; la seule opposition qui se soit produite aux idées de Waller a été faite par Giannuzi, en 1872. Toutes les expériences ont été faites en arrachant le nerf spinal par le procédé de Claude Bernard et en interrogeant l'excitabilité du bout périphérique du nerf pneumogastrique un certain nombre de jours après l'arrachement. Or, chez la plupart des animaux, l'association du nerf spinal et du nerf pneumogastrique, indépendamment de l'anastomose classiquement décrite, est tellement intime, comme l'a bien montré la dissection de M. Toussaint (Lyon, 1869), qu'on ne peut guère affirmer que le pneumogastrique lui-même ne soit lésé quand on fait l'arrachement du spinal.

Le seul animal sur lequel cet arrachement présente quelque sécurité est le chat, qui a été recommandé, à ce sujet, par Claude Bernard. En opérant sur cet animal, on peut facilement vérifier la réalité de l'opinion de Waller.

2° Mais cette recherche a-t-elle au fond toute l'importance qu'on lui a attribuée? Le nerf spinal est-il un nerf réellement indépendant, du moins dans sa portion bulbaire, du nerf pneumogastrique? L'étude anatomique de ces deux nerfs dans la série des vertébrés démontre que la portion bulbaire du spinal n'est autre chose qu'une partie plus ou moins dissociée du pneumogastrique. M. François-Franck passe en revue les différents mammifères et conclut, avec MM. Toussaint, Chauveau et Arloing, que les racines inférieures du pneumogastrique et les racines supérieures du spinal ne constituent pas deux ordres de nerfs essentiellement distincts. Mais ce sont surtout l'examen de la disparition graduelle du nerf spinal, à mesure qu'on parcourt les autres classes de vertébrés, et sa fusion graduellement accentuée avec le pneumogastrique qui démontrent la subordination de la partie bulbaire du spinal au pneumogastrique.

— M. *François-Franck* expose un certain nombre de procédés pour l'exécution rapide et économique des figures destinées aux projections, ainsi que les moyens de démontrer sans appareils spéciaux des mouvements multiples, rapides ou lents, s'inscrivant simultanément dans l'appareil à projection lui-même.

— M. *Künckel* projette des dessins relatifs à la communication qu'il a faite dans la dernière séance en son nom et en celui de M. Gazagnaire.

BIBLIOGRAPHIE

Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale (cavité de Retzius). Thèse de concours pour l'agrégation, par M. Bouilly. In-8 de 180 pages. — Paris, G. Masson, 1880.

Depuis que Retzius, en 1856, a appelé l'attention sur la disposition anatomique de la face interne de la paroi abdominale au niveau de la vessie, c'est-à-dire sur la cavité prévésicale qui porte le nom de cet anatomiste, on a décrit un certain nombre de tumeurs occupant cette région de l'abdomen, et on a pu mieux comprendre certaines observations anciennes qui semblaient manquer de précision. M. Bouilly a dû réunir tous ces matériaux quelque peu épars pour en former sa thèse, ou plutôt une monographie très intéressante sur ce sujet généralement fort peu connu. S'attachant d'abord à décrire la disposition anatomique de la cavité prévésicale telle qu'elle résulte de la description de Retzius et de ses propres dissections, M. Bouilly conclut en ces termes :

« Il existe au-devant de la vessie un espace comblé par du tissu cellulaire étendu de haut en bas, depuis les lignes semi-circulaires de Douglas jusqu'au plancher du bassin, se continuant en bas et sur les côtés avec le tissu cellulaire périvésical et périrectal. Ce tissu cellulaire présente cette disposition spéciale dans sa partie supérieure, d'adhérer aux lignes fibreuses de Douglas et, par leur intermédiaire, aux bords externes de la gaine des muscles droits dans une étendue variable, mais qui n'excède guère 2 à 3 centimètres; aussi, au lieu de considérer, avec Retzius, la loge prépéritonéale comme une cavité bien circonscrite en haut et sur les côtés, nous la considérons comme un espace surmonté en haut d'une arcade à concavité inférieure, dont les piliers latéraux sont très courts et ne descendent pas jusqu'au pubis, comme l'a indiqué Retzius.....

» La présence de cette arcade supérieure résistante en avant et adhérente sur les côtés par la pointe de ses croissants, imprime aux collections développées dans cette zone une forme particulière en haut, où elles simulent le globe vésical distendu; au contraire, l'absence de ses piliers latéraux leur permet de diffuser sur les côtés vers les fosses iliaques, en arrière vers le rectum, en sorte que leurs limites inférieures sont beaucoup moins nettes que leurs limites supérieures. »

Les tumeurs de cette région sont aiguës ou chroniques. Les premières sont bien plus fréquentes; elles consistent en phlegmons spontanés ayant pour siège primitif le tissu cellulaire de la région, et en phlegmons symptomatiques d'une affection d'un des organes du voisinage (cystite, prostatite, affections osseuses, etc.), ou propagés d'une région adjacente (fosses iliaques, région sous-ombilicale).

L'auteur a pu recueillir 43 observations de phlegmons dont 27 phlegmons idiopathiques et 16 phlegmons propagés, et c'est l'étude de ces faits qui a permis de tracer l'histoire pathologique et clinique de ces tumeurs.

Des collections d'autre nature peuvent se développer rapidement au-devant et autour de la vessie à la suite de traumatismes, tels qu'une rupture de la face antérieure de la vessie par contusion, ou par une esquille osseuse, ou par la fracture du pubis ou même par de simples piqûres faites avec le trocart dans la ponction de la vessie. Enfin, il existe des observations, rares il est vrai, mais aussi complètes et fort intéressantes, d'épanchements sanguins et d'hématomes siégeant dans la cavité de Retzius.

Tous ces faits composent divers chapitres de la première partie de la thèse. Nous nous contentons de les citer pour faire comprendre l'intérêt de ce travail; nous ferons de même pour la deuxieme partie, qui est consacrée à l'étude des tumeurs chroniques de cette région. Les observations de ce genre sont fort rares, souvent isolées. Cependant, l'auteur a pu citer des observations de kystes simples, de kystes hydatiques, de fibromes, d'exostoses; d'enchondromes, enfin l'observation remarquable de Larrey, c'est-à-dire l'extraction d'une balle du poids d'une once qui avait séjourné dix-huit mois dans la cavité de Retzius.

Désormais il sera facile de comparer les faits qui seraient nouvellement observés des diverses espèces de collections liquides ou des tumeurs solides dont M. Bouilly a retracé l'histoire avec fidélité et avec clarté.

A. H.

VARIÉTÉS

RÉORGANISATION DES SERVICES D'ACCOUCHEMENT

Le *Progrès médical*, par la plume de M. A. Blondeau, secrétaire de la rédaction, répond à notre article sur la réorganisation des services d'accouchement. Nous jouons vraiment de malheur, car, malgré nos efforts, nous n'avons pas été clair, et notre honorable contradicteur trouve « que tout est confus dans ces quatre colonnes très serrées de la *Gazette hebdomadaire* ». « Pour un sujet, même fort ardu, avons-nous jadis entendu dire à M. Littré, ce n'est pas le public, c'est l'écrivain qui a tort s'il ne se fait entendre par les esprits moyens. » Or, comme l'esprit de M. Blondeau peut revendiquer bien mieux qu'une humble moyenne, nous nous avouons coupable, nous lui demandons pardon de notre obscurité première et nous allons, patiemment et sans que la difficulté nous rebute, essayer de nous faire comprendre de lui.

Notre article peut se résumer en quelques propositions bien simples : il existe, disions-nous, deux sortes de services d'accouchement, des services annexés et des services spéciaux; les premiers laissent à désirer, et de justes plaintes se sont élevées sur leur mauvaise organisation; les seconds, au contraire, satisfont les plus exigeants, et nul n'a contesté la compétence des chefs et l'excellence des résultats. Une conclusion logique nous semblait découler de ce rapprochement : la disparition des services annexés et la création de services spéciaux sur le même modèle et d'après le mode de recrutement adopté jusqu'à cette heure.

Nous ajoutions que les concours spéciaux, proposés par le Conseil municipal, risquent fort de dégénérer à la longue. Une première fois, il se trouve pour s'y présenter des hommes distingués que des circonstances particulières, plutôt qu'une vocation précoce, ont poussés dans ces voies étroites; mais la base n'est pas assez large, les compétiteurs manquent bientôt, et, pour montrer que « la qualité et la quantité » sont parfois insuffisantes, nous citions le dernier, le lamentable concours spécial pour Bicêtre et la Salpêtrière. Cet exemple n'est pas unique; on a créé non seulement des aliénistes « spéciaux » et d'une origine différente de celle à qui nous devons, entr'autres, MM. Charcot et Lasègue, mais on a voulu instituer aussi des internes spéciaux. Quatre places ont été mises au concours, quatre candidats « se les sont disputées ». Trois ont été nommés, mais le quatrième, hélas ! a été jugé par trop insuffisant; il forme du moins une précieuse réserve pour la lutte prochaine.

Nous disions enfin combien est déplorable la spécialisation trop hâtive; elle est jugée maintenant, et vous ne trouverez pas un homme préoccupé des hautes questions de notre enseignement supérieur qui ne proclame désastreux le résultat de ces études mutilées et de ce morcellement excessif d'une science. Avec les concours spéciaux, la pente est très glissante ! Où s'arrêtera-t-on, et qui va tracer la limite ? Nous avons les aliénistes, on veut nous donner les accoucheurs; plus tard viendront les syphiliographes, les auristes, les laryngoscopistes. N'a-t-on pas déjà mené une campagne analogue à celle d'aujourd'hui, au nom des mêmes principes

et avec les mêmes arguments, une première fois pour les maladies des voies urinaires, lorsque Civiale prétendait choisir son successeur; une seconde fois, au profit de l'ophthalmologie, lorsqu'on voulut doter M. Liebreich d'un service dans nos hôpitaux? Alors, comme aujourd'hui, les combattants inscrivaient sur leur bannière : Tout pour le plus grand bien des malades! Au nom de la science qui périclite!

Voilà en substance, et sous une autre forme, ce que contenait notre article. Voyons ce que M. Blondeau nous répond : « Vous voulez, nous dit-il, en manière de raillerie, à la tête de vos services, des hommes parfaitement compétents, vous avez raison. Il n'y a qu'une chose à faire : confier les services d'accouchement..... à des chirurgiens. » Oui, cette prétention saugrenue et qui, d'après vous, prête à rire, nous l'avons. Même ce qui nous étonne, c'est votre étonnement, car cette idée bizarre a la sanction de l'expérience dans les trois services que vous savez. Ces services marchent-ils mal? Avant de tuer le chien du voisin, on dit du moins qu'il est enragé. Dites-nous de grâce, avant de déposséder les chirurgiens, où et quand ils montré leur incompétence. Instruisez le procès des chefs présents et passés des services spéciaux. Nous nous étions laissé dire qu'ils étaient l'état-major brillant de nos accoucheurs contemporains.

M. Blondeau ne peut comprendre — tant cette conception des chirurgiens-accoucheurs lui semble burlesque — qu'il se soit trouvé une commission non pas pour innover, mais pour maintenir cette mesure subversive. Nous voyons intervenir feu M. Michel Moring, qui, « obéissant à nous ne savons quelle influence », modifie la commission première, favorable aux vues du conseil, et y fait entrer trois adversaires résolus des concours spéciaux. En vérité, dans cette affaire, M. Michel Moring ne peut mériter qu'un reproche : c'est de n'avoir pas introduit d'emblée, dans une commission chargée d'étudier la réorganisation des services d'accouchement, trois hommes que leur compétence imposait à son choix : MM. Lucas-Championnière et Polaillon, les chefs ancien et nouveau de la Maternité de Cochin, et M. Depaul professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris. Je remercie M. Blondeau d'avoir révélé à ses lecteurs quels adversaires autorisés rencontre le projet qui lui tient tant au cœur.

M. Blondeau se demande ensuite quelle garantie de connaissances spéciales nous offrent les chirurgiens du Bureau central. C'est ici qu'il triomphe, et même à mes dépens. Une épreuve de gynécologie ou de tocologie, dans les concours de l'internat et du Bureau central, ne lui suffit pas; il nous prend à témoins et nous fait dire la phrase suivante : « Nous ne croyons pas à l'efficacité de cette mesure, qu'*il faut cependant adopter.* » Pourquoi supprimer dans ma phrase le mot « absolue » qui s'y trouve? « Efficacité absolue, » cela change singulièrement le sens. Dédaignerez-vous pour vos malades le sulfate de quinine parce qu'il n'a pas jugulé tous les accès pernicieux, parce que son efficacité n'est pas absolue? Il faut lire avec soin et citer rigoureusement, car le monde est méchant et suppose intention mauvaise où il n'y a que simple légèreté. A tout prendre, votre erreur involontaire, nous ne devons pas la regretter, car elle vous a inspiré une dizaine de lignes d'une ironie charmante.

Nous insistions, dans notre article, sur l'étendue du rôle que le projet du Conseil municipal attribuait aux futurs accoucheurs : ils auraient à soigner, outre les femmes en couches et les nourrices, les femmes dont la grossesse est anormale ou compliquée, les femmes enceintes malades pendant leur grossesse, les femmes malades des suites de couches immédiates ou éloignées. M. Blondeau nous raille doucement de trouver cette formule assez large pour englober, sans entorse à la lettre et peut-être à l'esprit du projet, la gynécologie presque tout entière. Il me demande où et comment les accoucheurs auraient à faire preuve de connaissances chirurgicales sérieuses. M. Blondeau est trop compétent dans ces matières; son cinquième de doctorat du moins n'est pas si loin de sa mémoire qu'il faille lui rappeler les graves interventions qui peuvent devenir nécessaires avant, pendant ou après l'accouchement; il sait que des kystes de l'ovaire à marche rapide ont pu se développer en même temps que l'utérus gravide; il connaît la grossesse extra-utérine; l'opération césarienne n'est pas pour lui un mythe, pas plus que l'extirpation de l'utérus, et il a lu sans doute que la laparotomie a été proposée dans les ruptures de la matrice pendant le travail. Un accoucheur entreprenant ne pourrait-il pas prétendre que la fistule vésico-vaginale et la rupture du périnée rentre dans les suites de couches immédiates ou éloignées?

Oui, nous pensons que les accoucheurs ne présentent pas des garanties suffisantes pour diriger un service taillé sur un patron aussi large; ils ne sont pas encore assez chirurgiens pour cela. Il est vrai que M. Blondeau nous renvoie la balle et nous répond que les chirurgiens sont eux-mêmes des spécialistes. Certainement, nous ne sommes plus au temps de Pic de la Mirandole; on ne peut être à la fois chimiste et philosophe, médecin et littérateur. Mais, en vérité, M. Blondeau peut-il comparer une science qui a pour objet le corps humain tout entier à un rameau de cette même science qui ne s'occupe que de l'utérus? Encore l'utérus est-il une « enclave »; pour l'atteindre, le gynécologue doit empiéter sur le terrain d'autrui. Nous concédons à l'accoucheur les voies naturelles qu'il parcourt depuis assez longtemps pour qu'il y ait prescription : le droit de passage est acquis. Mais on ne saurait aussi aisément lui livrer la voie abdominale.

M. Blondeau nous cite, en faveur de la spécialisation, l'exemple de la Faculté de médecine et celui des hôpitaux étrangers. Je ne répondrai pas sur le premier point, car il y aurait vraiment double emploi, et M. Humbert a déjà réfuté cette objection dans un remarquable article publié par l'*Union médicale*. Lorsque le *Progrès* répondra à M. Humbert, celui-ci ne refusera certainement pas de nouvelles explications si M. Blondeau trouvait par hasard les premières « confuses ». L'exemple tiré des pays étrangers n'est pas recevable; cette objection, nous en cherchons le sens; ailleurs, comme chez nous, il existe des services spéciaux pour les accouchements; ailleurs, sans doute, ils sont plus nombreux et nous en félicitons nos voisins. Mais invoquer leur exemple à propos du mode de recrutement, j'avoue ne plus comprendre. M. Blondeau, fort compétent sans doute en ces matières, voudra bien nous apprendre quel concours spécial ou autre est imposé à Londres, à Vienne ou à Berlin, aux futurs titulaires des services obstétricaux? Ici, nous avons le concours; il est la pierre angulaire de notre organisation; nos voisins ne l'ont pas; toute assimilation devient impossible et les emprunts sont délicats. Dans un édifice, il faut un style uniforme et, pour réparer Notre-Dame, nous n'emprunterons pas les colonnes du Parthénon.

Je termine ce trop long article. Mais, pour éviter toute « confusion », que M. Blondeau me permette de circonscrire le débat : un seul point nous sépare : le mode de nomination du chef des services spéciaux. Pour faire accepter l'innovation qu'ils proposent, nos contradicteurs ont à faire la preuve de l'incapacité des chirurgiens; ils doivent, sous peine de perdre leurs procès devant l'opinion publique, démontrer que les chefs présents ou passés — et nous nommerons, pour faciliter leur enquête, ceux qui nous reviennent en mémoire — MM. Lucas-Championnière, Polaillon, Guéniot, Guyon, Trélat, Tarnier et Depaul, ont laissé péricliter l'obstétrique, et que, sous leur direction, nos trois services spéciaux : Cochin, la Maternité et les cliniques, ont été sans éclat pour l'enseignement et sans sécurité pour les malades. Si la preuve en est faite, je vire de bord, je suis résolûment des vôtres et je demande au *Progrès médical* une place pour combattre à côté de M. Blondeau.

Si, au contraire, on constate avec nous la bonne tenue de ces services et la compétence des chefs qui s'y sont succédé, si l'on reconnaît que là est le foyer où de nombreuses géné-

rations sont venues se former à la pratique des accouchements, je vous demanderai de quel droit, en vertu de quel principe, au nom de quel intérêt supérieur vous viendriez nous déposséder.

Paul Reclus.

Nécrologie. — Le professeur Rigaud. — Les obsèques de M. Rigaud ont eu lieu à Nancy, au milieu d'un grand concours de savants, d'amis et d'élèves. M. G. Tourdes, doyen de la Faculté de médecine, a raconté la vie du regretté professeur en des termes qui ont dû émouvoir l'assistance, surtout quand il a raconté la noble attitude de Rigaud dans les jours terribles du bombardement de Strasbourg. Deux autres discours ont été prononcés : l'un par M. le docteur Demange, président de la *Société de médecine de Nancy*, l'autre par M. Hommer, chef de clinique, au nom de MM. les élèves.

— Nous apprenons avec douleur la mort de M. Adolphe-François Catel, docteur en médecine, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Dizier, vice-président de l'Association médicale de la Haute-Marne, décédé à Saint-Dizier, le 16 janvier 1881, dans sa soixante-cinquième année.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Sont nommés pour l'année 1881 : vice-président du conseil supérieur de l'instruction publique, M. le docteur Berthelot, membre du conseil; secrétaire, M. Albert Dumont, membre du conseil.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Le mardi 22 février 1881, à midi précis, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes des hôpitaux et hospices. MM. les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription, ouvert le samedi 22 janvier, sera clos le samedi 5 février, à trois heures.

Bibliothèque des hôpitaux. — Le Conseil municipal de Paris, avant de se séparer, a voté, sur le rapport de M. le docteur Bourneville, une allocation de 7100 francs pour les bibliothèques médicales des hôpitaux et hospices de Paris, allocation supérieure de 400 francs à celle de l'année dernière. Cette somme de 400 francs est destinée à la bibliothèque de la Maison municipale de santé.

Dispensaires pour enfants malades. — Le ministre de l'intérieur vient d'envoyer aux préfets une circulaire sur un mode nouveau d'assistance des enfants malades par la création de dispensaires permettant de traiter un grand nombre de maladies sans recourir à l'hôpital. L'objet de l'institution est de traiter les enfants dans un milieu approprié à cette destination, mais sans les hospitaliser; elle ne s'applique dès lors qu'au cas où le malade peut être, sans inconvénient, transporté au dispensaire, puis ramené dans sa famille.

M. le ministre recommande aux administrations hospitalières de prendre pour modèle le *Dispensaire d'enfants malades* qu'a fondé et que dirige au Havre M. le docteur Gibert, et dont M. le docteur Foville, inspecteur général des services administratifs du ministère, a été chargé de faire sur place une étude approfondie.

Décret. — Le *Journal officiel* du 29 janvier contient un décret portant promulgation de la convention conclue entre la France et la Belgique pour l'admission réciproque des médecins établis dans les communes frontières des deux Etats.

Société centrale. — La séance annuelle de la *Société centrale* aura lieu le dimanche 6 février prochain, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. — *Ordre du jour :* Allocution du président; Rapport du secrétaire; Compte rendu du trésorier; Ratification des admissions faites dans l'année. Election de dix membres de la commission administrative en remplacement des membres sortants.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Grasset, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les médecins des pays limitrophes de la France et de la Belgique. — Une convention internationale concernant ces médecins vient d'être signée. L'espace nous manque pour la faire connaître aujourd'hui.

Légion d'honneur. — M. le docteur Launay (Agustin-André), directeur de la santé, au Havre, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. (*Journal officiel* du 18 janvier 1881.)

Epizooties. — Le Conseil général de la Seine ayant décidé la réorganisation du conseil de surveillance des épizooties et maladies contagieuses des animaux, la préfecture de police s'occupe de l'établissement, aux environs de Paris, d'un ou plusieurs clos d'équarrissage en dehors desquels aucun animal atteint de maladie contagieuse ne pourra être abattu. Six vétérinaires et un vétérinaire en chef seraient attachés à ce service ainsi organisé.

Mortalité a Paris (4e semaine, du vendredi 21 au jeudi 27 janvier 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1 343, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 50. — Variole, 32. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 42. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 56. — Phthisie pulmonaire, 216. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 74. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 80. — Bronchite aiguë, 58. — Pneumonie, 126. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 38; au sein et mixte, 22; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 122; de l'appareil circulatoire, 92; de l'appareil respiratoire, 129; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 43; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 12. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 21. — Causes non classées, 14.

Bilan de la 4e semaine. — Nous avons à constater encore un accroissement de décès (1 343 au lieu de 1 313), soit un excédent de 30 décès en cette 4e semaine; encore faut-il observer que la Ve mairie a omis de nous adresser ses feuilles de décès de mercredi, soit 10 à 12 décès qui manquent à notre total général. C'est donc une augmentation d'environ 40 décès pour cette semaine, comparée à la précédente, déjà si chargée. Ce sont surtout les phlegmasies aiguës ou chroniques des grands viscères de la vie organique qui, surtout chez les vieillards, ont contribué à l'élévation progressive de la mortalité; les maladies épidémiques semblent n'avoir qu'une part restreinte à ce croît; la fièvre typhoïde, malgré de légères oscillations, maintient à peu près sa léthalité prononcée...

Les décès par variole se sont un peu accrus cette semaine (32 au lieu de 28); mais la garnison continue à être indemne de cette cause de mort... La diphthérie a aussi subi un léger mouvement de hausse : le quartier des *Archives*, celui de *La Villette* comptent chacun 3 décès par cette cause. Il s'est aussi produit 3 décès de croup chez des petits enfants envoyés de la banlieue dans nos hôpitaux parisiens...

Le chiffre des naissances s'est notablement atténué (1 079 au lieu de 1 206); d'autre part, il y a eu, sans compter le VIIIe et le XVIIe arrondissements, qui ne nous ont pas fourni leurs renseignements à ce sujet, 223 enfants confiés à des nourrices mercenaires, dont seulement 105 pour être nourris au sein!

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

AVIS

Nous rappelons à ceux de nos abonnés qui paient sur présentation de quittances, que celles-ci leur seront présentées vers le 10 février.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 10 février 1881.

Séance de l'Académie de médecine.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro qu'une commission avait été nommée par l'Académie de médecine pour suivre des expériences destinées à juger le différend survenu entre MM. Colin (d'Alfort) et Pasteur, au sujet de celles qui ont été récemment faites sur des lapins avec la salive d'un enfant mort de la rage. Le rapport de la commission, présenté dans les formes les plus réservées, mais aussi en termes très décidés, déclare que les assertions de M. Pasteur ont été confirmées par les nouvelles expériences. M. Colin avait refusé de se joindre à la commission. Il n'en a pas moins contesté les conclusions du rapport. Il a ensuite dirigé contre la note de M. le baron de Seebach (lue dans une des séances précédentes), et contre les expériences de la commission de la Société centrale vétérinaire (rappelées dans la dernière séance), des objections rétrospectives, basées sur des interprétations de texte tout à fait hypothétiques, et que de courtes explications de M. Pasteur et de M. Leblanc devaient faire aisément tomber, comme un peu de réflexion aurait pu les prévenir.

La séance a été terminée par une lecture de M. Le Dentu sur l'*extraction des calculs du rein* et par une communication de M. le professeur Verneuil sur le traitement de la *pustule maligne*. Cette communication a été suivie d'un débat intéressant entre MM. Verneuil, Labbé et Gosselin.

La médication ferrugineuse.

(Deuxième article.)

Nous avons vu que le fer, préexistant dans l'organisme, ou introduit par la voie alimentaire, se fixe sur l'hémoglobine. Nous avons fait remarquer que les nouvelles recherches de M. Hayem confirmaient cette opinion que l'absorption et l'élimination du fer sont en rapport direct avec la rénovation incessante des hématies. Enfin, nous avons essayé de faire comprendre comment les préparations ferrugineuses pouvaient être absorbées et, après leur passage dans le sang, favoriser la formation des globules sanguins. Il nous reste à rechercher quelle est l'action exercée par l'administration des préparations ferrugineuses sur un organisme malade ; sous quelles formes, à quelles doses et dans quelles conditions ces préparations sont utiles ; dans quelles circonstances elles peuvent devenir nuisibles.

I

Si les physiologistes sont aujourd'hui à peu près d'accord sur le mode d'action du fer dans l'organisme sain, il y a plusieurs siècles que les médecins regardent ce médicament comme l'un des plus efficaces et l'un des plus inoffensifs : Il est, disaient-ils, l'ami de nos organes..., la panacée des cachexies..., l'agent le plus actif de la médication corroborante ; seul, il peut être absorbé journellement à des doses assez élevées sans jamais produire d'accidents. A ces considérations purement empiriques les cliniciens modernes, suivant l'exemple donné dès 1836 par Trousseau et Pidoux, ont ajouté des arguments plus scientifiques, en invoquant les faits que nous avons résumés dans notre précédent article. Une objection sérieuse pouvait cependant leur être adressée. Quand on dose la quantité totale de fer contenue dans le sang d'un homme robuste et qu'on la compare à celle que renferme le sang d'un individu profondément anémié, on voit que la différence n'est guère supérieure à 1 gramme. D'autre part, on fait remarquer avec raison que l'alimentation la plus ordinaire introduit chaque jour dans l'organisme des quantités de fer au moins égales à celles qui semblent nécessaires à l'entretien des globules. Les chiffres donnés par Boussingault montrent qu'il suffit pour cela que les aliments dont se nourrit un homme sain renferment en moyenne 5 centigrammes de fer par jour. Or, 100 grammes de viande de bœuf en contiennent $0^{gr},0048$, et la même quantité de pain, $0^{gr},0048$, de lentilles $0^{gr},0083$, de fèves $0^{gr},0074$, etc. ; de telle sorte que l'on arrive facilement, par une alimentation quelconque, à dépasser le chiffre considéré comme nécessaire à la ration d'entretien. Favorisez les fonctions digestives par des moyens hygiéniques appropriés, disent dès lors les adversaires de la médication ferrugineuse ; augmentez le travail de nutrition et d'assimilation et vous pourrez vous passer du fer et de tous les médicaments qui en contiennent. En ad-

mettant même que le fer soit nécessaire à l'organisme, vous arriverez par une alimentation riche en graisse, en féculents, en matières azotées, à fournir journellement à l'organisme plus de fer qu'il n'en a besoin. Pour réfuter ces objections, il fallait des faits précis. Nous les trouvons dans les nouvelles recherches de M. Hayem. Elles répondent tout à la fois à ceux qui considèrent comme relativement insuffisante la déperdition de fer déterminée par la chlorose et à ceux qui croient l'alimentation seule capable de rendre à l'organisme le fer qu'il a perdu. Les travaux de H. Quincke avaient déjà prouvé que, dans la chlorose et la leucémie, la proportion du fer contenue dans les globules sanguins est inférieure à la moitié de ce que renferme d'ordinaire le sang normal. Sur 1000 grammes de sang, Quincke trouve en effet : chez une femme à l'état de santé 0gr,603 de fer ; dans la leucémie 0gr,244 ; dans la chlorose 0gr, 223. De son côté, M. Hayem, étudiant les altérations qualitatives et quantitatives du sang dans les différentes formes de l'anémie, fait remarquer que, si l'anémie est d'intensité moyenne, le nombre des globules s'éloigne peu du chiffre normal, les altérations qualitatives devenant alors prononcées ; et que, si l'anémie prend des proportions plus sérieuses, les hématies sont à la fois peu nombreuses et altérées : « Telle est, ajoute-t-il, l'importance de cette lésion que la quantité d'hémoglobine et par suite du fer se trouve réduite habituellement à la moitié, souvent au tiers et parfois au quart ou même au cinquième, de sorte que, s'il est possible de faire fonds sur les données physiologiques précédemment exposées, le sang au lieu de contenir environ 3 grammes de fer n'en renferme plus dans l'anémie chlorotique que 1gr,50, 1 gramme ou 0gr,75. » Ces faits nous semblent réfuter la première objection faite à la médication ferrugineuse. Ils montrent que la déperdition de fer provoquée par l'anémie n'est pas aussi insignifiante qu'on l'a soutenu. Il ne saurait être indifférent de perdre plus de la moitié du fer et, par conséquent, une grande quantité de l'hémoglobine que doivent contenir les globules. Or, dans ces conditions, la médication martiale intervient avec la plus énergique activité pour régénérer le sang. Des courbes qui résument les observations de M. Hayem on peut conclure qu'il y a, en quelque sorte, deux périodes dans le processus de régénération du sang provoqué par l'administration du fer : « Pendant la première, le fer paraît exciter la formation des globules ; puis ces globules nouveaux, produits par poussées successives, plus altérés souvent qu'avant le début du traitement, deviennent peu à peu physiologiques. Ce dernier phénomène caractérise la deuxième phase des effets du fer, et il est de beaucoup le plus important... On peut résumer d'un mot ces effets en disant que la médication martiale ramène à l'état normal l'évolution des hématies. » Les recherches de M. Hayem ont été faites dans des cas d'anémie primitive, d'anémie chlorotique. Elles prouvent scientifiquement l'efficacité de la médication ferrugineuse. Mais il y a plus : elles démontrent aussi que le fer agit en se combinant directement à l'hémoglobine et non en activant les fonctions digestives, que par conséquent le fer est un *médicament nécessaire* aux chlorotiques. M. Hayem établit, en effet, que les préparations ferrugineuses non assimilables — et il cite sous ce rapport le ferro-cyanure de potassium — ne déterminent jamais aucune modification appréciable dans l'altération globulaire. Le fer, dans ces cas, excite momentanément la formation des globules rouges. Ceux-ci deviennent, au début, plus abondants et même un peu plus riches ; mais bientôt ils avortent de nouveau dans leur développement, et l'anémie chlorotique persiste, quelque durable que soit l'administration du médicament. Ce n'est donc pas en excitant les fonctions de nutrition par son passage à travers l'organisme que le fer peut agir. Est-ce en augmentant l'appétit et en activant la nutrition générale ? M. Hayem croit pouvoir le nier en faisant remarquer que les inhalations d'oxygène qui, suivant lui, font disparaître très rapidement les troubles gastriques et produisent une augmentation considérable de l'appétit ainsi que du pouvoir d'assimilation n'ont aucun effet sur les altérations globulaires de l'anémie chlorotique, tandis qu'un traitement ferrugineux bien institué et suffisamment prolongé les guérit plus ou moins rapidement. Quelques réserves que l'on puisse faire au sujet de l'action exercée sur l'organisme par les inhalations d'oxygène — et cette action nous paraît encore discutable — il faut reconnaître que le fer des aliments ne suffit pas à réparer les pertes que subit un organisme atteint d'anémie primitive. Est-ce parce qu'il faut faire passer dans le sang une quantité surabondante de fer pour produire une action pharmacothérapique ? Nous avons vu que tel était l'avis de M. Gubler. Il nous paraît difficile de nous y ranger. « En tout cas, dit en concluant M. Hayem, la valeur du fer ne saurait être niée... Il paraît apporter aux hématies l'élément nécessaire à leur évolution complète, et, lorsqu'il pénètre en excès dans le sang, il augmente, même dans les conditions pathologiques les plus défavorables, la proportion d'hémoglobine des hématies jusqu'à déterminer la sursaturation de ces petits éléments. »

Ce que nous venons de dire, en examinant l'action du fer dans la chlorose vraie, s'applique aux anémies consécutives, qu'elles soient dues à des hémorrhagies profuses et souvent répétées, à des maladies hémorrhagiques, à des fièvres graves, durant la convalescence desquelles la réparation hématique est insuffisante, etc. Dans tous les cas d'aglobulie, la médication ferrugineuse intervient non pour guérir la maladie, mais pour en pallier les accidents, grâce à la rénovation globulaire qu'elle facilite ou qu'elle provoque.

II

Il nous reste à rechercher comment le fer doit être donné pour agir efficacement, et dans quels cas, alors même qu'il existe une aglobulie assez prononcée, la médication ferrugineuse doit être proscrite. Une première question se présente. Faut-il commencer par administrer, à des doses relativement élevées, un médicament qui n'est absorbé, nous l'avons dit, que dans des proportions excessivement faibles ? Nous n'hésitons pas à méconseiller, surtout au début du traitement, l'emploi des doses massives. Sans doute on peut, dans certaines chloroses, prescrire, comme le recommandent MM. Trousseau et Pidoux, des doses relativement considérables de limaille de fer, d'hydrate de peroxyde de fer ou de safran de mars. Mais les doses de 1 à 2 grammes par jour indiquées par ces savants cliniciens nous paraissent exagérées et parfois nuisibles. N'est-ce pas à cet abus de la médication ferrugineuse que l'on doit attribuer l'intolérance qui s'observe parfois au bout d'un certain temps, alors même que l'emploi des préparations martiales paraît encore indiqué ? L'état de saturation que constate le médecin pourrait être évité, à la condition de ne faire prendre le médicament qu'à des doses infiniment plus faibles. On se trouvera donc toujours bien de ne pas dépasser 0gr,10 à 0gr,20 à chaque repas.

Les préparations ferrugineuses n'interrompent pas et ne troublent pas le travail digestif. Il est dès lors presque toujours nécessaire de les donner avec les aliments. Souvent, au début de la chlorose, alors que les pesanteurs d'estomac et les gastralgies sont si marquées, l'absorption du fer pris en petite quantité, associé à certaines préparations amères ou eupeptiques, calmera les troubles digestifs. Mais ce sera à la condition de ne prescrire qu'à très petites doses les préparations martiales, de combattre en même temps, soit la diarrhée — qui contre-indique si souvent l'emploi du fer — soit la constipation, que ce médicament aggrave ou provoque. Il faudra aussi rechercher avec soin, parmi les formes pharmaceutiques, celle qui convient le mieux dans chaque cas déterminé. Le fer n'est jamais nuisible lorsqu'il répond à une indication précise, mais encore ne faut-il point irriter les voies digestives ni provoquer un catarrhe gastrique en saupoudrant la muqueuse stomacale d'une poudre qui, comme l'a bien indiqué Cl. Bernard, active la circulation dans ses parois, et quelquefois même détermine une gastrite.

Dans les cas de gastralgie et de catarrhe gastro-intestinal, les préparations insolubles paraissent mieux tolérées que les préparations solubles. Celles-ci, à l'exception peut-être de certaines teintures, telles que la teinture d'extrait de pommes ferrugineux, trop souvent oubliée, ou du tartrate ferrico-potassique, exaspèrent les douleurs gastralgiques et les malaises qui surviennent après la digestion. Nous avons déjà vu, d'ailleurs, que les préparations solubles ont l'inconvénient de colorer en noir les dents et la langue. Raison de plus pour les condamner dans les cas où la très longue durée de l'administration du fer est une des conditions essentielles du succès. Il est cependant des malades qui supportent impatiemment ou ne peuvent supporter que pendant un temps relativement très court les préparations martiales insolubles ou solubles. Les plus recommandées, telles que le lactate de fer, qui passe, disent MM. Trousseau et Pidoux, et leur éminent collaborateur M. Constantin Paul, pour jouir de la propriété d'exciter fortement l'appétit; le tartrate ferrico-potassique, qui « offre pour caractère spécial d'être facilement toléré par les organes digestifs, malgré sa solubilité »; les oxydes de fer, qui sont surtout toniques, sont parfois inutiles ou nuisibles alors que les eaux minérales ferrugineuses, et surtout les eaux salino-martiales et gazeuses, celles que Gubler appelait *lymphes minérales*, arrivent rapidement à atténuer tous les accidents des chlorotiques. Cette action des eaux minérales ferrugineuses (surtout des eaux chargées de sels et d'acide carbonique) n'est-elle pas un nouvel argument à opposer à ceux qui recommandent, dans tous les cas de chlorose, l'administration de plusieurs grammes par jour d'un sel insoluble?

L'indication précise, urgente de l'administration du fer est l'aglobulie consécutive à la chlorose. Un signe clinique des plus importants dicte au médecin la conduite à suivre. Comme le fait remarquer, avec tant d'autorité et de compétence, M. Potain, les beaux souffles vasculaires promettent de beaux succès à la médication ferrugineuse, tandis que le silence des vaisseaux lui est de mauvais augure. Il convient donc de ne prescrire les préparations martiales qu'avec beaucoup de ménagements et de prudence toutes les fois que l'on n'aura à faire qu'à l'un de ces états morbides si complexes et si difficiles à bien déterminer que l'on a désignés sous le nom de *fausses chloroses*. Très souvent, en effet, sous le masque de l'anémie se dissimulent les états les plus complexes, ceux qui contre-indiquent presque toujours l'administration des préparations ferrugineuses. C'est ainsi que très fréquemment on cherche à combattre par la médication martiale un état de débilité progressive que l'on désigne vaguement sous le nom d'appauvrissement du sang, alors que les troubles dyspeptiques, les accès fébriles irréguliers survenant surtout le soir, les alternatives de constipation et de diarrhée, les palpitations douloureuses, et, si l'on sait étudier attentivement l'état des voies respiratoires, des signes physiques peu marqués, mais très caractéristiques, comme les signes plessimétriques, devraient faire songer à une poussée de tuberculose viscérale. Le fer, dans ces conditions, ne fait que hâter l'évolution de la phthisie. Sans doute, au début, on peut voir les forces renaître avec l'appétit, les joues se colorer, l'oppression et les palpitations devenir moins pénibles. Cette amélioration apparente est de bien courte durée. Bientôt une hémoptysie abondante ou des accès de fièvre plus marqués signalent le développement d'une phthisie *floride* qui marche rapidement vers une terminaison fatale. Dans ces cas encore, c'est l'abus de la médication ferrugineuse qu'il faut surtout critiquer. Les tuberculeux, aux phases initiales de la maladie, sont, en effet, atteints d'une oligocythémie très marquée; leurs hématies sont rares et pauvres en hémoglobine et, en se plaçant à un point de vue exclusivement physiologique, on peut soutenir que le fer doit leur être utile. Mais la plupart des tuberculeux supportent mal l'administration intempestive de ce médicament. Si l'on se bornait à le fournir par la voie alimentaire — et nous avons vu que les corps gras et certains féculents sont très riches en fer — si même on savait toujours respecter la susceptibilité de ces malades et surveiller attentivement l'effet de la médication, on n'aurait pas à déplorer les accidents sur lesquels le docteur Millet a si justement appelé l'attention. C'est en songeant aux cas de ce genre que l'on comprend les arguments qu'a fait valoir M. Dujardin-Beaumetz. L'hygiène cosmique et une alimentation bien comprise peuvent être des plus utiles au point de vue de la médication ferrugineuse, alors que le fer, imprudemment administré par des gens du monde, des religieuses ou des pharmaciens, ne saurait qu'aggraver la maladie. Nous avons pu, à diverses reprises, confirmer les observations du docteur Cotton, médecin de l'hôpital des phthisiques de Londres, qui déclare s'être presque toujours bien trouvé dans les cas de phthisie torpide de l'administration du vin ferré, associé ou non à l'huile de foie de morue. Les préparations que nous avons surtout recommandées dans ces cas (le tartrate ferrico-potassique et la teinture d'extrait de pommes ou d'extrait de coings ferrugineux) ne nous ont paru agir favorablement que parce que nous ne fournissions aux malades qu'une quantité de fer excessivement faible et très facilement assimilable.

Le fer est donc utile, même chez certains phthisiques, alors qu'il n'est prescrit qu'à de très petites doses. Il en est de même chez les individus qui deviennent anémiques à la suite d'hémorrhagies profuses ou dans la convalescence de maladies graves. Alors aussi le fer peut être inutile et parfois nuisible en provoquant des troubles digestifs. Mais, s'il est vrai que, le plus souvent, l'alimentation et l'hygiène suffisent à la régénération globulaire, certaines préparations ferrugineuses d'une assimilation rapide, surtout quand on les associe à diverses préparations eupeptiques, peuvent servir à hâter la guérison.

Il est des cas cependant où le fer nous a paru toujours nuisible. Lorsque l'éréthisme nerveux est très accentué; lorsque des accès fébriles surviennent sous la plus légère influence, alors que des hémorrhagies actives s'observent

sous forme d'épistaxis, d'hémoptysie ou de métrorrhagies, alors surtout que l'anémie est sous la dépendance d'une néphrite glomérulaire avec hématuries rénales fréquentes et rebelles, la médication martiale doit être absolument proscrite. Nous croyons même que, chez les jeunes filles ou les jeunes femmes chlorotiques, il faut suspendre l'administration du fer pendant la période menstruelle et, lorsque les règles sont très abondantes, commencer, à l'aide de l'ergotine, si bien supportée quand elle est bien prescrite, par modérer le molimen hémorrhagique. Quand on sera parvenu à conjurer les accidents anémiques que déterminent les pertes mensuelles, on interviendra d'autant plus favorablement à l'aide de la médication ferrugineuse.

Nous n'avons point à passer en revue, dans cet article, les innombrables préparations ferrugineuses qui se trouvent énumérées dans tous les traités de thérapeutique, ni à montrer les avantages ou les inconvénients qu'elles présentent. Nous voulons cependant protester, une fois de plus, contre une pratique trop répandue, celle qui consiste à prescrire le perchlorure de fer, non comme hémostatique local, — sa propriété coagulante est indéniable, — mais comme anti-hémorrhagique. Le perchlorure de fer se donne journellement à la dose de quelques grammes dans les cas d'hémoptysies, de gastrorrhagies, de métrorrhagies, d'hémorrhagies rénales, etc. Nous n'oserions affirmer que les praticiens qui signent les formules de ce genre ne réfléchissent pas que l'action coagulante locale produite par le perchlorure de fer ne pourrait être invoquée, alors qu'il s'agit d'une hémorrhagie interne. Cette action coagulante est due à la formation d'albuminates en partie insolubles. Si ces albuminates se formaient dans toute l'étendue du tube digestif ou dans une certaine étendue du système vasculaire, qu'en résulterait-il, sinon des gastro-entérites ou des thromboses toujours mortelles? En ordonnant le perchlorure de fer, on suppose sans doute que ce médicament agit comme styptique et donne lieu à des contractions vasculaires susceptibles d'arrêter les hémorrhagies. Or, il est démontré que, même en solution concentrée, même en application directe, le médicament ne provoque aucune contraction vasculaire. Il est donc absolument inefficace, s'il n'est pas nuisible, — comme il arrive dans certaines hémorrhagies rénales, — quand on le prescrit contre les hémorrhagies internes. On le recommande par habitude, par tradition. Il est temps de réagir contre une aussi inexplicable tendance.

Nous avons longuement insisté sur l'utilité des préparations martiales alors qu'elles sont prescrites pour répondre à une indication précise. Nous avons essayé de faire voir que le fer est un médicament indispensable dans presque tous les cas d'aglobulie. Si nous ajoutons qu'il est très rarement nuisible, lorsqu'on ne le donne point à doses massives ou dans des conditions où il ne saurait agir, nous lui aurons fait une place assez large en thérapeutique pour pouvoir, en terminant, protester une fois encore contre l'abus des préparations ferrugineuses. Nous ne sommes pas en mesure, comme MM. Trousseau et Pidoux, de déclarer que, « déjà plusieurs fois, nous avons vu des malades dont la mort nous semblait devoir être imputée à l'administration intempestive des préparations martiales »; mais effrayé, comme la plupart des praticiens, de l'abondance des préparations de fer dont on inonde chaque jour le marché pharmaceutique, nous croyons devoir résumer cette étude sur la médication ferrugineuse en reconnaissant, avec M. Hayem, que l'action pharmaceutique du fer ne fait jamais défaut; mais, en affirmant aussi qu'il importe, pour qu'elle soit efficace, qu'elle réponde toujours à une indication précise.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

(Fin. — Voyez le numéro 3.)

De la laryngite striduleuse ou faux croup, considérée comme un des symptômes de l'engorgement aigu des ganglions lymphatiques trachéo-bronchiques. Communication faite au Congrès international de laryngologie de Milan, dans la séance du 3 septembre 1880, par le docteur A. Barèty (de Nice).

Famille G... — (Cette famille se compose de cinq enfants, deux fils et trois garçons. Les deux filles aînées sont nées d'un premier lit. La mère est morte de phthisie pulmonaire à la suite d'une grossesse. Le père est lymphatique.)

Obs. VII. — N° 1 (jeune fille née le 28 septembre 1865). — Douée d'un tempérament lymphatique. Joues épaisses, tissus mous et derme transparent. Atteinte de *faux croup* à l'âge de trois ans, dans la nuit. Les nuits suivantes elle eut de nouvelles atteintes, mais légères et suivies d'un léger rhume.

En 1878, ayant été appelé pour la soigner d'une amygdalite, je constatai un engorgement ganglionnaire cervical et des traces d'engorgement ganglionnaire médiastinal à droite, perceptible en avant et en arrière.

Obs. VIII. — N° 2 (jeune fille). — La cadette, née en mars 1867, a eu une attaque de *faux croup* très violente à l'âge de six mois. Elle a le même tempérament que l'aînée, à laquelle elle ressemble d'ailleurs beaucoup.

Des trois autres enfants nés d'un second lit, les deux premiers ont eu une attaque de faux croup.

Obs. IX. — N° 3 (garçon né le 18 octobre 1872). — A eu une attaque de *faux croup* violente à l'âge de trois ans, à minuit. Cette attaque s'est répétée la nuit suivante, mais moins intense. Il y eut un léger rhume à la suite. Depuis, chaque bronchite commence par une toux rauque sans accès vrai.

En 1878, je constatai de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Obs. X. — N° 4 (garçon né en septembre 1874). — Attaque de faux croup légère à l'âge de trois ans.

Famille C... — (Le père est Français et la mère est Russe, et comme la plupart des Russes très lymphatique. Les enfants, au nombre de trois, sont tous nés en Russie.)

Obs. XI. — N° 1 (fille née le 15 juillet 1872). — Elle a été atteinte de *faux croup* plusieurs fois, d'après les renseignemeets de la mère. La première fois elle n'avait que quelques mois, et la deuxième fois il y a quatre ans environ. Elle a eu la coqueluche dans l'été de 1878, en même temps que les deux autres enfants. La durée a été de trois mois et n'a pas laissé de toux à la suite.

Obs. XII. — N° 2 (fille née le 20 octobre 1875). — A l'âge de neuf mois et à l'âge de deux ans elle a eu le *faux croup*.

En janvier 1879, elle fut prise d'un engorgement aigu des ganglions trachéo-bronchiques droits, avec congestion du sommet du poumon correspondant. La résolution eut lieu au bout de quelques jours, en trois ou quatre jours environ.

Obs. XIII. — N° 3 (garçon né en mai 1877). — S'est enrhumé en mai 1879, avec toux coqueluchoïde. En même temps, engorgement des ganglions du cou à droite et du médiastin du même côté, avec râles sibilants dans le poumon correspondant.

Je n'ai plus eu l'occasion de revoir le garçon, et il n'avait pas été atteint auparavant de *faux croup*.

Je cite ce cas, parce qu'il prouve que la disposition aux engorgements ganglionnaires était propre à la famille. En réalité, je n'ai jamais constaté dans cette famille d'adénopa-

thie coexistant avec l'attaque de faux croup, parce que cette attaque avait eu lieu à une époque antérieure à mes relations professionnelles avec la famille. Mais il est tout au moins remarquable d'avoir eu à noter de l'adénopathie trachéo-bronchique chez chacun des enfants.

Famille B... — (Nous avons à citer en quatrième lieu la famille B... Le père et la mère sont Français. Le père a une constitution plutôt faible. Il a perdu sa sœur et son frère encore jeunes. La sœur est morte asphyxiée par un développement rapide et considérable des ganglions trachéo-bronchiques, accompagné d'une lésion du sommet du poumon droit et de paralysie de la corde vocale correspondante, constatée au laryngoscope. Le frère est mort de phthisie pulmonaire, dans un état de cachexie extrême. Le grand-père est arthritique et la grand'mère lymphatique. La famille B... se compose de trois petits garçons.)

Obs. XIV. — L'aîné, âgé de quatre ans aujourd'hui, a été atteint d'un premier accès de *faux croup* au commencement de l'hiver 1878-79, puis d'un second dans la nuit du 18 au 19 mars 1879, pour lequel je fus mandé vers minuit. Quand j'arrivai, l'accès était fini et l'enfant dormait tranquillement. La respiration était bonne et le pouls un peu ralenti. J'appris que dans la journée il avait été gai, mais qu'il avait toussé deux fois. Quant à l'accès, qui avait été subit et intense, au point d'effrayer les parents, il avait été accompagné de sifflements inspiratoires laborieux et de toux rauque.

Le matin, en explorant la poitrine, je constatai de la submatité en dedans de la fosse sus-épineuse droite.

Le lendemain, même modification du bruit à la percussion. Il n'y eut pas d'accès dans la nuit du 19 au 20, mais seulement de temps en temps une toux un peu rauque.

Famille A.... — (Le père est Italien et la mère Russe.)

Obs. XV. — Dans cette famille se trouve un seul garçon, âgé aujourd'hui de onze ans. A l'âge d'un an, il eut à subir une attaque de *faux croup*. En 1879, appelé auprès de lui pour une toux opiniâtre et non quinteuse, je constatai de l'adénopathie trachéo-bronchique à gauche. Le lait phosphaté put seul faire disparaître cette toux.

Je faisais déjà alors mes recherches sur la vraie nature et cause du *faux croup*, et c'est après avoir constaté des traces manifestes d'adénopathie bronchique que j'eus l'idée de questionner les parents sur les antécédents maladifs de l'enfant. J'appris ainsi qu'il avait été atteint de laryngite striduleuse à l'âge d'un an.

Famille J..., — (Le père est Belge et assez bien portant; la mère est Américaine et atteinte d'une induration tuberculeuse aux deux sommets, et d'une affection cardiaque chronique.)

Obs. XVI. — Il n'existe qu'un garçon né en 1871. Je fus appelé à lui donner des soins au commencement de l'hiver 1878-79, pour une bronchite qui datait d'un mois. C'était un enfant plutôt chétif Il avait des ganglions engorgés au cou de chaque côté, et l'exploration de la poitrine me fit découvrir les traces manifestes d'un engorgement des ganglions trachéo-bronchiques du côté droit (matité, souffle expiratoire à la racine de la bronche droite).

En étudiant les antécédents, j'appris qu'à l'âge de deux ans environ il fut pris d'un accès de *faux croup* vers le milieu de la nuit, et qu'un médecin appelé en toute hâte avait déclaré que ce n'était rien, et n'avait ordonné qu'un vomitif. J'appris aussi qu'avant et après cette principale attaque, qui avait effrayé les parents, l'enfant s'éveillait parfois au milieu de la nuit en étouffant, avec du sifflement inspiratoire et de la toux rauque. Ce n'étaient que de petits accès.

Famille D.... — (Le père et la mère sont Français. La mère est atteinte d'induration tuberculeuse du sommet du poumon gauche.)

Obs. XVII.—Il existe deux enfants dans cette famille. Le premier, né le 23 mai 1872, vint à Nice avec sa mère en novembre 1878. Le 9 janvier 1879, je fus appelé auprès de lui pour une toux légère qui existait depuis quelques jours, et qui pourtant inquiétait fort sa mère. En l'examinant, je fus tout d'abord surpris de trouver de la matité dans la région ganglionnaire du médiastin à l'origine des bronches, surtout du côté droit, avec affaiblissement relatif du murmure respiratoire dans tout le côté droit.

Je questionnai alors la mère sur les antécédents de l'enfant, et j'appris qu'à l'âge de deux ans, après un refroidissement, il se mit à tousser rauque. Cette bronchite ne fit qu'augmenter pendant cinq jours; puis cette affection, qui paraissait tout d'abord simple, prit tout à coup un caractère effrayant. La respiration devint sifflante et extrêmement gênée, et la toux tout à fait rauque, aboyante. Le pouls était à 140. Pendant l'inspiration, la fourchette sternale se déprimait visiblement; il y avait menace d'asphyxie.

Cet état alarmant céda peu à peu, dans l'espace de cinq jours, grâce à un traitement énergique. La gorge avait été examinée à plusieurs reprises et n'avait présenté qu'un peu de rougeur diffuse. L'expectoration était rare et ne consistait qu'en quelques mucosités filantes.

En réalité, il s'agissait ici d'une crise de suffocation dans le cours d'un engorgement ganglionnaire trachéo-bronchique. C'était une des formes les plus graves, car l'enfant fut jugé perdu.

J'ai appris que son plus jeune frère, né le 11 mai 1878, avait eu un petit accès de toux rauque, dans la nuit, à l'âge de deux ans.

J'ai aussi des notes sur d'autres familles : les familles H..., R..., E..., etc. La famille H... est composée de deux petites filles orphelines. La mère est morte poitrinaire.

Obs. XVIII. — L'aînée des petites filles fut prise de *faux croup* vers l'âge de huit ans; mais l'accès fut court. Il y avait aussi des traces d'un engorgement trachéo-bronchique à droite.

Dans la famille R...2 se trouve un seul garçon. Le père est Français, assez bien portant; la mère est Autrichienne, et porte une induration tuberculeuse légère au sommet droit.

Obs. XIX. — L'enfant est né le 28 décembre 1872. Dans la nuit du 1er au 2 juin 1879, il fut pris subitement d'une grande gêne de la respiration, avec toux rauque, aboyante; voix voilée; face rouge, congestionnée. L'accès dura vingt minutes. La veille il s'était refroidi, et dans la soirée il s'était plaint d'une sensation douloureuse à la gorge. Je trouvai les signes évidents d'un engorgement des ganglions trachéo-bronchiques droits.

Dans la famille E..., le père est herpétique, la mère lymphatique; il existe deux jeunes filles : l'une, l'aînée, est le portrait de la mère; l'autre le portrait du père.

Obs. XX. — L'aînée eut le *faux croup* à l'âge d'un an, d'après les renseignements des parents, et plus tard, lorsqu'elle avait onze ans, j'eus à la soigner, et depuis maintes fois, pour un engorgement manifeste des ganglions trachéo-bronchiques, les droits spécialement, avec congestion du sommet du poumon correspondant. Les ganglions du cou et le corps thyroïde étaient hypertrophiés. Déjà à l'âge de neuf ans elle avait été atteinte d'une adénite trachéo-bronchique avec fièvre intense.

Les exemples que nous venons de citer nous permettent de faire quelques remarques intéressantes à ajouter à celles précédemment exposées.

Ainsi on peut rencontrer tous les degrés dans cette maladie. Elle peut être grave au point de causer la mort, comme je l'ai vu une fois chez un enfant de trois ans. Ce fut précisément un cas dans lequel un examen superficiel aurait pu faire croire à un croup vrai. Ce cas n'a pas figuré plus haut, parce que les renseignements que j'ai pu avoir sur la famille étaient insuffisants.

La maladie peut être grave sans entraîner pourtant la mort, surtout dans un bref délai ; c'est lorsque l'accès, par exemple, coexiste avec un engorgement aigu ou suraigu enté sur un engorgement chronique, et que cet engorgement persiste plus ou moins longtemps, et compromet la santé en exposant à des récidives. C'est encore lorsque l'engorgement ganglionnaire, par suite de circonstances particulières, au lieu de subir un retrait rapide, comme cela a lieu dans les cas ordinaires, augmente et devient une véritable hypertrophie, et ne cède que difficilement et après plusieurs jours d'un traitement énergique.

Enfin la maladie peut être tout à fait bénigne, comme ces

petites adénites cervicales qu'un jour ou deux passés à la chambre font disparaître. Ces cas, effrayants par la soudaineté et la gravité apparente de l'accès, se rapportent plus spécialement aux faits habituels de laryngite striduleuse ou de faux croup décrits par les auteurs; ils peuvent même avoir un caractère de bénignité plus grande et ne consister que dans de petits accès de toux rauque, sans gêne manifeste de la respiration, et passant souvent inaperçus. Parfois c'est un petit accès de toux coqueluchoïde pouvant se répéter deux ou trois nuits de suite.

Les détails consignés dans nos observations nous dispensent de refaire ici le tableau de l'accès de laryngite striduleuse décrit avec une certaine complaisance dans tous nos traités classiques; mais nous voudrions pouvoir transcrire la description si complète, au point de vue symptomatique, qu'en donnent Rilliet et Barthez, et il serait facile de se convaincre aussitôt que les accès de faux croup survenus chez nos jeunes enfants sont les mêmes que ceux décrits par ces auteurs, qu'ils sont survenus dans les mêmes conditions d'âge, de symptômes précurseurs et de troubles consécutifs. Pour nous, il ne manque vraiment au tableau clinique si remarquable de ces savants cliniciens que les détails se rapportant à l'existence d'un engorgement ganglionnaire bronchique.

Si la description de l'accès est faite de main de maître, si toutes les circonstances cliniques sont fidèlement rapportées, l'article qui traite de la nature de la maladie ne donne aucune satisfaction.

Après avoir rappelé que, d'après Guersant, la laryngite striduleuse consiste dans une inflammation de la membrane muqueuse laryngée, et, d'après Bretonneau, dans une phlogose catarrhale avec œdème laryngé, les auteurs, non satisfaits de ces notions d'anatomie pathologique, prétendent qu'elle est une affection complexe dans laquelle une congestion ou une phlegmasie laryngée, unie à une contraction spasmodique des muscles du larynx, se développe sous l'influence du catarrhe; mais il serait vraiment difficile d'expliquer par ces modifications pathologiques, bien légères après tout, les cas de mort qui ont été constatés.

Cette disproportion entre le degré de la lésion et la gravité du mal n'a pas échappé aux auteurs. Ils disent, en effet : « Ce qui prouve combien l'élément inflammatoire influe peu sur la terminaison fatale, c'est que ces légères traces phlegmasiques peuvent elles-mêmes manquer, comme le prouve l'observation suivante, qui appartient à Guersant. »

Vient ensuite la relation de cette observation. Or, ce qui est particulièrement remarquable dans cette observation a échappé aussi bien à Rilliet et Barthez qu'à Guersant; c'est un détail de l'autopsie qui nous donne raison, en confirmant et complétant nos propres recherches. On a trouvé des tubercules dans les ganglions bronchiques.

« A la nécropsie, dit Guersant, faite avec tout le soin possible, nous trouvâmes le larynx et les bronches dans l'état normal; très peu de mucus bronchique; les deux poumons parfaitement crépitants; quelques granulations tuberculeuses dans les poumons et des *tubercules dans les ganglions bronchiques;* les autres organes parfaitement sains. »

Ainsi les seuls organes malades étaient les poumons et les ganglions bronchiques, et les ganglions beaucoup plus que les poumons. Cette autopsie ne saurait être plus significative.

La science a encore enregistré d'autres cas dans lesquels on avait cru à tort, selon les idées du temps, à un accès de laryngite striduleuse ou de croup dit intermittent, car il s'agissait de cas d'adénopathie trachéo bronchique.

Le docteur Albers (de Bonn), cité par Jolivet (*Essai sur les accidents déterminés par l'altération des nerfs récurrents,* thèse de Paris, 1868, p. 41, n° 152; — Albers (de Bonn), *Recherches anatomo-pathologiques sur le nerf pneumogastrique,* in *Archives générales de médecine,* t. V, 2e série, 1834), et qui avait pris note de l'état des nerfs vagues, pendant neuf ans, dans toutes les autopsies qu'il avait faites, cite entre autres *une observation de croup intermittent* dans laquelle l'autopsie signale un développement tuberculeux des ganglions cervicaux et bronchiques, et une union intime du nerf vague du côté droit avec ces ganglions chez un enfant de deux ans.

Le docteur Cadet de Gassicourt, dans le tome Ier, p. 444, de son *Traité clinique des maladies de l'enfance,* paru en 1880, relate le fait suivant, que je crois devoir transcrire entièrement.

« Il y a quelques années, dit-il, j'avais été consulté pour un enfant de deux à trois ans atteint de tuberculose avancée des ganglions péribronchiques; il y avait probablement aussi quelques lésions pulmonaires, mais elles ne donnaient aucun signe; elles n'existaient pas cliniquement. J'avais constaté par la percussion et l'auscultation l'existence de l'adénopathie, qui se révélait aussi par les symptômes ordinaires de la compression sur les nerfs, les vaisseaux et les bronches, et particulièrement par des accès de suffocation véritablement effrayants. Eh bien, ajoute l'auteur, à deux reprises, des médecins consultés avant moi avaient cru à des accès de laryngite striduleuse, et porté un pronostic optimiste, tandis que le pauvre enfant, mortellement atteint, succombait quelques semaines plus tard. Un autre, appelé au moment de la suffocation, croyait à un croup et proposait la trachéotomie. »

Nous avons à faire appel maintenant à un témoignage bien digne de remarque. Nous lisons, en effet, à la page 20 de la thèse déjà citée du docteur Jolivet : « H. Lee (*An essay on the laryngismus stridulus, or crouplike inspiration of infants,* London, 1836) et Kyll (*Archives générales de médecine,* t. III, 1837), chez des enfants atteints de suffocation, de spasme de la glotte, ont reconnu que l'une des causes les plus fréquentes de ces accidents est la pression déterminée par les ganglions cervicaux et bronchiques hypertrophiés, tuberculeux, non pas sur la trachée, mais sur les nerfs vagues, et particulièrement les nerfs récurrents. »

Le docteur Hourmann, dans sa thèse intitulée : *Sur quelques effets peu connus de l'engorgement des ganglions bronchiques,* soutenue en 1852, n'est pas moins explicite.

Je me bornerai à quelques citations de ce travail remarquable.

Page 5, il dit : « Il s'agit dans ce travail d'une affection qui sévit sur des enfants chez lesquels on observe une inspiration anxieuse avec une expiration facile; et s'il arrive que le mal s'aggrave et que le médecin témoin de cette angoisse inexprimable que cause tout obstacle à l'entrée de l'air dans le poumon ait recours à l'incision des voies aériennes, il constate avec surprise qu'elles n'offrent aucune lésion qui puisse rendre compte des accidents terribles dont il a été témoin... Et lorsque enfin on a cherché ailleurs que dans le larynx la cause du trouble fonctionnel survenu dans cet organe, on a trouvé les nerfs récurrents accolés à des ganglions bronchiques engorgés; ceux-ci avaient pressé, distendu et plus ou moins décomposé les filets nerveux auxquels ils adhèrent. »

Page 25, Hourmann fait la description de la maladie, qui est tout à fait celle des accès de laryngite striduleuse.

Puis, à la page 27, après avoir établi le diagnostic entre la maladie qu'il décrit et le croup, l'auteur ajoute : « Il sera beaucoup moins facile de signaler des caractères distinctifs entre la laryngite striduleuse, le faux croup et l'ensemble des symptômes qui résultent de la compression des nerfs laryngés par les ganglions bronchiques. Si l'on compare, dit-il encore, le tableau de la laryngite striduleuse, tracé par Guersant, aux descriptions du prétendu spasme de la glotte tracé par M. Lee, par Kyll et autres, on croira qu'il s'agit d'une seule et même maladie. Ne serai-je point taxé de présomption, ajoute l'auteur, si j'ose exprimer ici quelques doutes sur la valeur de ce qui est enseigné sur la *laryngite striduleuse,* le *faux croup,* etc. Je soupçonne, continue-t-il, que ces affections pourraient bien n'être qu'une forme légère de

la maladie qui fait l'objet de ce travail. J'entends par *forme légère* celle où le gonflement ganglionnaire s'est opéré d'une manière aiguë, avec hyperhémie et chances de résolution. »

Pour ma part, je ne puis que confirmer les soupçons de Hourmann sur la vraie nature de la laryngite striduleuse.

H. Lee, Kyll et Hourmann ont jeté les bases de l'interprétation la plus rationnelle de la nature vraie du faux croup. Je crois avoir porté ma pierre à l'édifice, et je désire avoir pu convaincre mes confrères comme je le suis moi-même : c'est que la laryngite striduleuse ou faux croup n'est autre chose qu'un trouble respiratoire étroitement lié à une modification pathologique des nerfs récurrents, par suite de l'engorgement aigu ou suraigu des ganglions trachéo-bronchiques.

Que ce trouble respiratoire dépende d'un spasme ou d'une paralysie des cordes vocales, je ne saurais me prononcer.

H. Lee et Hourmann se prononcent pour la paralysie; Jolivet et M. Krishaber, je crois, pour le spasme; M. Jaccoud et Axenfeld sont dans le doute.

Or, si dans le faux croup il y a réellement spasme de la glotte, on s'explique que les Anglais spécialement, et quelques auteurs français, confondent la laryngite striduleuse avec le spasme de la glotte.

Mais qu'il y ait spasme ou paralysie, nous croyons que ce sont les nerfs récurrents qui sont en cause.

Les nerfs laryngés inférieurs ou récurrents conduisent au larynx deux sortes de filets moteurs : les uns, provenant du pneumogastrique, président aux mouvements respiratoires du larynx; les autres, provenant du spinal, sont destinés à la phonation.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont disposés de telle sorte qu'une partie est accolée aux nerfs récurrents et les suit même en formant une sorte de chapelet. Or, lorsque, par suite de leur engorgement, ils viennent à comprimer, soit le tronc du pneumogastrique, avant la naissance des laryngés inférieurs, soit les laryngés inférieurs eux-mêmes, ils doivent agir aussi bien sur les filets du spinal ou filets phonétiques que sur les filets du pneumogastrique ou filets respiratoires. Il semblerait pourtant que leur action s'exerce davantage sur les filets respiratoires que sur les phonétiques.

La gêne respiratoire de l'accès de faux croup l'indique suffisamment. D'autre part, nous avons fait la remarque que, si la toux était rauque, et c'est un fait constant, la voix était le plus souvent claire. Or, comment expliquer cette différence entre la raucité de la toux et la clarté de la voix. La voix et la toux supposent un effort expiratoire; mais, dans la toux, cet effort est nécessairement plus considérable que dans la simple émission des sons, la parole. Or, il arrive que, pendant la toux, le thorax se resserre et tend à appliquer plus fortement sur les nerfs les ganglions médiastinaux hypertrophiés. Il en résulte un trouble plus prononcé dans le courant nerveux, et de là une raucité qui est le résultat, soit du spasme, soit de la paralysie des cordes vocales. Dans la simple émission des sons, la pression sur les nerfs par les ganglions n'est pas ou presque pas accrue, et la voix reste claire.

Il est des cas pourtant dans lesquels la voix est voilée ou rauque comme la toux. Il est probable que cela dépend d'une plus grande pression des ganglions plus fortement engorgés.

RÉSUMÉ. — Pour nous résumer, nous dirons :

1° La laryngite striduleuse ou faux croup est une affection aiguë caractérisée par un trouble moteur de la glotte et reconnaissant pour cause un engorgement ou une congestion rapide des ganglions trachéo-bronchiques.

2° Cette affection se traduit par un ou plusieurs accès de dyspnée subite, parfois effrayante, survenant le plus souvent la nuit, entre minuit et quatre heures du matin, avec sifflement inspiratoire aigu bruyant, raucité de la toux, tandis que la voix est généralement claire, congestion de la face avec ou sans mouvement fébrile, absence ou rareté de l'expectoration.

3° Elle est habituellement précédée d'un léger catarrhe nasal, pharyngien et laryngo-trachéal, consécutif à un refroidissement rapide. Elle est souvent suivie d'un peu de toux.

4° Elle atteint les enfants âgés d'un à sept ans, et particulièrement lymphatiques, nés de parents lymphatiques, scrofuleux ou tuberculeux. Elle est compatible avec un état de santé en apparence florissant.

5° Les récidives ne sont pas rares. Parfois l'affection se borne à un seul accès plus ou moins violent. Souvent l'accès se répète la nuit suivante ou les deux nuits suivantes, parfois dans la même nuit. Mais les accès qui suivent le premier, dans la même atteinte du mal, sont de moins en moins violents.

D'autres accès peuvent se manifester dans la même année et les années suivantes, et dans les mêmes conditions étiologiques.

Mais avec l'âge les accès diminuent de violence, sans que pourtant la cause essentielle, l'engorgement ganglionnaire du médiastin, soit pour cela moins prononcée. Cela paraît dépendre surtout de la grandeur de la glotte, qui, très petite dans le jeune âge, s'élargit plus tard.

6° Le pronostic peut être très bénin, comme il peut être très grave, jusqu'au point de causer la mort par asphyxie dans un espace de temps relativement court.

7° Les complications les plus habituelles, lorsqu'elles surviennent, sont une congestion plus ou moins aiguë de l'un des sommets, le sommet qui correspond précisément au côté où l'adénopathie est le plus prononcée; une bronchite plus ou moins intense, avec ou sans congestion des bases; et ces deux complications sont spécialement aggravées par l'engorgement ganglionnaire, par suite de la gêne que ces ganglions hypertrophiés exercent dans la libre circulation du sang et de l'influx nerveux dans les poumons, en comprimant et en incitant morbidement les nerfs et les vaisseaux qui les avoisinent.

8° Les troubles laryngés se produisent par l'intermédiaire des nerfs récurrents, lesquels sont en rapports directs, dans le thorax et le long de la trachée, avec les ganglions trachéo-bronchiques.

9° Le traitement est curatif et prophylactique. Il faut traiter l'accès et il faut traiter les causes aujourd'hui connues, du moins je l'espère, de ces accès, c'est-à-dire le tempérament lymphatique et la constitution plus ou moins faible.

En dehors de l'accès, dont le traitement consiste dans des vomitifs et des révulsifs cutanés, et dans l'administration de quelques calmants, le traitement fondamental et prophylactique est le traitement antiscrofuleux : préparations iodées, huile de foie de morue, lait phosphaté, habitation au bord de la mer, etc., etc.

Toxicologie.

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE RECHERCHE DES MODES D'ACTION DES POISONS, par M. le docteur BROWN-SÉQUARD.

Les procédés d'expérimentation employés jusqu'ici, et qui ont pour objet de rechercher si les nerfs ont une part dans les effets produits par les poisons, sont non seulement absolument insuffisants, mais capables souvent de conduire à de fausses conclusions. L'un de ces procédés consiste à couper tous les nerfs d'un membre et à introduire le poison que l'on étudie dans ce membre. On constate alors que les effets ordinaires du poison se montrent à peu près ou tout à fait comme si les nerfs étaient intacts. Quelle conclusion tirer de là? A-t-on le droit de dire que ce poison n'agit alors que sur les centres nerveux ou sur le cœur, et qu'après avoir été porté par le sang à ces parties? Cela n'est certes pas prouvé, car il est possible que le poison n'ait agi sur les centres nerveux ou sur le cœur que par l'intermédiaire d'une irritation des nerfs des muqueuses, de la peau ou d'autres parties périphériques. En d'autres termes, dans le procédé d'expérimentation que

nous critiquons, *le poison est porté partout par le sang*, et ce procédé n'est conséquemment pas plus capable de montrer que l'agent toxique agit sur une partie (centres nerveux ou cœur) que sur une autre (nerfs des muqueuses, de la peau, etc.). Tout ce qu'on peut légitimement conclure de ce mode de recherche, à l'égard de la part des nerfs périphériques dans l'action du poison, est que ce n'est pas par suite d'une irritation des nerfs alors coupés que les effets physiologiques et toxiques se produisent.

Un autre procédé d'expérimentation est tout aussi peu décisif que le précédent. Il consiste à amputer un membre en évitant de couper les principaux troncs nerveux. On introduit alors le poison que l'on étudie dans les tissus mous du membre, qui ne tient plus au tronc que par des nerfs. On constate ensuite que les effets physiologiques ou toxiques du poison manquent complètement ou presque complètement. L'expérience est clairement vicieuse en ceci que l'excitabilité des nerfs du membre privé de sang est nécessairement diminuée et qu'il est tout naturel, conséquemment, qu'il y ait alors moins d'effet.

Nous avons eu l'occasion, depuis six mois, de faire de nombreuses recherches sur l'action des poisons, à l'aide d'un procédé nouveau. Ce sont les résultats obtenus dans les expériences où nous avons fait des applications de chloroforme sur la peau qui nous y ont conduit. Ce mode d'expérimentation consiste dans les particularités suivantes : le poison qu'on veut étudier est appliqué en solution sur la peau ou introduit dans le tissu cellulaire par une injection sous-cutanée, en ayant soin, dans les deux cas, de limiter l'influence locale de la substance toxique à l'un des côtés du corps. Cela fait, pendant la vie de l'animal pour certaines choses, après sa mort pour d'autres, on fait la recherche des différences qui existent entre les deux moitiés du corps à l'égard des phénomènes, des activités et des propriétés qui suivent : mouvements volontaires, sensibilité, faculté réflexe, état des organes des sens et des vaisseaux sanguins, couleur du sang, contractions involontaires, tonicité musculaire, excitabilité des nerfs, irritabilité musculaire, rigidité cadavérique, putréfaction, état des reins, des poumons et des deux côtés des centres cérébro-spinaux, etc. Les différences si tranchées et si nombreuses que nous avons déjà trouvées entre le côté du corps dont les nerfs ont été directement soumis à l'irritation causée par certains poisons (tels, par exemple, que le chloroforme, le chloral et l'acide prussique) et l'autre côté, montrent combien est fertile et intéressant ce nouveau terrain d'investigation. Nous croyons inutile de dire que les effets unilatéraux, soit du côté de l'application du poison, soit du côté opposé (car il y a des effets unilatéraux des deux côtés), résultent évidemment d'une irritation locale de nerfs périphériques produisant ces effets par une influence exercée sur les centres nerveux.

En outre, et toujours pour chercher si les poisons produisent des effets locaux par influence à distance (réflexe ou non), nous avons fait comparativement l'examen du train postérieur et celui du train antérieur, dans des cas où la substance toxique avait été appliquée sur la peau ou introduite dans le tissu cellulaire d'un des membres. Nous avons constaté que, de même qu'il y a des différences entre les deux moitiés latérales du corps, il y en a aussi entre le train antérieur et le postérieur, quant aux effets produits par les poisons introduits dans un membre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Sur la longue durée de la vie des germes charbonneux et sur leur conservation dans les terres cultivées. Note de M. *Pasteur*, avec la collaboration de MM. *Chamberland* et *Roux*. (Voy. le dernier numéro de la *Gaz. hebdomad.*, p. 73.)

Sur le dosage de l'acide carbonique dans l'air. Note de MM. *A. Muntz* et *E. Aubin*. — On trouve dans les déterminations faites par M. Reiset, M. Marié-Davy, M. Truchot, des contradictions qui montrent que cette partie de nos connaissances sur la physique du globe a besoin d'être soumise à des études nouvelles. Le principe de la méthode proposée ici est très simple : l'acide carbonique est fixé sur un corps absorbant, d'où il est de nouveau dégagé et mesuré en volume ; c'est donc un dosage direct. Il offre de l'analogie avec le procédé que MM. Hervé-Mangon et G. Tissandier ont déjà proposé. Le corps absorbant est de la pierre ponce imprégnée d'une dissolution de potasse, et contenue dans un tube étiré aux deux bouts. De l'air peut être ainsi recueilli au loin et apporté au laboratoire.

Sur un procédé de destruction totale des matières organiques pour la recherche des substances minérales toxiques. Note de M. *A. G. Pouchet*. — Le principe de cette méthode repose sur ce fait qu'il est possible de chauffer entre 300 et 400 degrés, en présence de charbon ou de composés organiques, des éléments minéraux contenus dans un mélange d'acide sulfurique et de sulfate acide de potasse. Tandis qu'à cette température élevée les corps organiques se détruisent rapidement, le sulfate acide de potasse, toujours en grand excès, retient complètement les corps les plus facilement volatils ou décomposables, tels que les sels de mercure.

Maladies infectieuses. — MM. *Déclat* et *P. André* adressent une Note sur les maladies infectieuses et les moyens de les combattre.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : les rapports des médecins-inspecteurs des eaux minérales de La Motte, Candillac, Balarne, Allevard, Évaux pour l'année 1879 (*Commission des eaux minérales*) ; et les formules et échantillons de plusieurs remèdes secrets et nouveaux.

M. *Longet* adresse le compte rendu des résultats comparatifs de vaccinations et revaccinations pratiquées à la Roche-sur-Yon au moyen de vaccin de génisse et de vaccin humain (*Commission de vaccine*) ; M. le docteur *Cuq* transmet un rapport sur la vaccination du 17e régiment de dragons à Carcassonne. (*Même Commission.*)

M. le docteur *Guinant* (de Rive-de-Gier), adresse un travail sur *l'hygiène et la prophylaxie de la syphilis des verriers, par la visite sanitaire*, et demande le renvoi à la Commission chargée d'examiner les ouvrages présentés pour le prix Vernois.

M. le docteur *Brame* (de Tours), envoie un mémoire sur *les lavages répétés et les frictions à l'alcool à 90 degrés*.

M. le docteur *Pigeon* (de Fourchambault), transmet une note manuscrite sur les *différences entre les courants du fluide nerveux et ceux du fluide électrique en ce qui concerne leur vitesse de transmission*.

M. le docteur G. Daremberg, nommé dans la précédente séance membre correspondant de l'Académie, adresse une lettre de remerciements.

MM. les docteurs Gallard, Lunier et Legrand du Saulle envoient des lettres de candidature à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

M. le docteur *Fauvel* offre à l'Académie, de la part de M. le docteur Corradi, professeur à l'Université de Pavie, la 4e partie d'un volume des *Annales des épidémies qui ont régnées en Italie*, comprenant les épidémies observées depuis 1833 jusqu'en 1850.

M. le docteur *Durand-Fardel* présente, au nom de M. le docteur Garrigou (de Toulouse), une brochure intitulée : *Généralités sur les eaux minérales*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur P. Fabre (de Commentry), plusieurs ouvrages intitulés : *Quelques considérations étiologiques sur le zona ; — Trois cas de pustule maligne opérée par le thermomètre ; — Quelques considérations cliniques à propos de deux cas de maladie d'Addison ;* 2° au nom de M. le docteur Henry Fraser Campbel, de Georgia (États-Unis), la brochure suivante : *Resume of a report on position, pneumatic pressure and mechanical appliance in uterine displacements ;* 3° au nom de M. le docteur Henry O. Marye, de Cambridge (Massachusetts), un travail sous ce titre : *The development of the osseous callus infractures of the bones of man and animals ;* au nom de M. A. Hagemeyer (de Friedrichshain), l'ouvrage intitulé : *Das allgemeine Krankenhaus der Stadt Berlin im Friedrichshain, seine Einrichtung und Verwaltung.*

Élections. — L'Académie procède à l'élection d'un mem-

bre correspondant national dans la première division (*Médecine*). La Commission classait les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, *ex æquo*, MM. Nivet (de Clermont-Ferrand), et Billod (de Vaucluse); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Mandon (de Limoges) et Berchon (de Pauillac); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Penard (de Versailles), et Mignot (de Chantelle). — Nombre de votants : 76. Majorité : 39. Ont obtenus: MM. Billod, 39 voix, Nivet 31, Penard 3, Berchon 2, Mandon 1.

En conséquence, M. *Billod* est élu membre correspondant national pour la première division.

Transmission du virus rabique ; septicémie.— Au nom de la Commission désignée pour examiner les faits présentés par M. Pasteur et contestés par M. Colin, au sujet de la transmission du virus rabique de l'homme aux animaux, M. *Villemin* lit un rapport sur les premiers travaux de cette Commission, travaux auxquels M. Colin, seul, a refusé de prendre part. Deux séries d'expériences ont été réalisées devant elle par M. Pasteur : 1° deux cobayes inoculés sous le ventre avec une goutte de sang septique, sont morts en moins de vingt-quatre heures; à l'autopsie, on a constaté localement une inflammation violente, une suffusion séreuse, une altération profonde des tissus, la rate molle, et la présence d'un microbe en bâtonnets se trouvant à profusion dans les régions voisines du point d'inoculation, tandis qu'il n'y en a aucun dans le sang; 2° deux lapins, inoculés avec une goutte de sang pris sur un animal mort de la maladie dérivée de la salive rabique, ont succombé, l'un après dix-huit heures, et l'autre après trente-six ; l'autopsie a montré une turgescence considérable des vaisseaux veineux, des hémorrhagies des tuyaux aériens et des poumons, la dureté de la rate, et en abondance dans le sang un microbe différant entièrement d'aspect avec le précédent et présentant les caractères qui ont été décrits par M. Pasteur. De plus, les cobayes qui ont une si grande aptitude à la septicémie, se sont distingués des lapins en expérience par la résistance qu'ils ont offerte à cette maladie.

La Commission conclut donc « que les résultats de ces expériences n'offrent rien qui autorise à identifier la maladie révélée par M. Pasteur avec la septicémie, telle que celui-ci l'a pratiquée ».

— A la suite d'un échange d'observations présentées, à l'occasion du procès-verbal, par MM. Colin et Pasteur, observations qui portent sur des différences d'interprétation sans importance qui les divisent, M. *Leblanc* fait savoir que le fermier, seul habitant qui ait eu la pustule maligne dans la ferme de Rozières où ont eu lieu les expériences rappelées par M. Pasteur dans la séance précédente, avait contracté le charbon dans sa jeunesse, en soignant un mouton, et ailleurs qu'à la ferme qu'il occupe actuellement.

Champignons vénéneux. — M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Evêque (Lot), ayant adressé à l'Académie l'échantillon d'un champignon ayant causé la mort de cinq personnes, M. *Chatin* a été chargé de procéder à l'examen botanique de ce champignon. Il déclare que c'est une oronge ciguë blanche; et cette couleur est précisément la cause des empoisonnements produits, en raison de ses ressemblances avec l'oronge blanche proprement dite, qui est comestible. Cependant celle-ci se distingue bien de la variété blanche de l'oronge ciguë par son chapeau à bords striés, tout blanc, ni visqueux, ni écailleux, et par son stipe non bulbeux, un peu velu. Le principe vénéneux de ce champignon a été appelé *Amanitine* par Lepelletier et obtenu à l'état de pureté par Boudier; il fait complètement défaut dans les *Amanita aurantiaca et alba;* il existe en petite quantité dans la fausse oronge (*Amanita muscaria*), et il est relativement abondant dans les *Oronges ciguës*.

Contribution a l'histoire de l'extraction des calculs du rein. — Sous ce titre, M. *Le Dentu*, candidat dans la section de médecine opératoire, donne lecture de deux observations dans lesquelles il s'agit de calculs ou de graviers inclus dans un rein, mais qui diffèrent en ce que la première présente l'histoire d'un calcul volumineux extrait en entier de la cavité anfractueuse d'un rein converti en une vaste poche purulente ; et que l'autre se résume en une néphrotomie sans extraction de calcul, couronnée de succès, en ce sens, que les douleurs intenses et persistantes contre lesquelles l'opération avait été dirigée ont entièrement disparu.

Traitement de la pustule maligne. — M. *Verneuil* profite des récents débats sur les maladies charbonneuses pour montrer combien ils peuvent éclairer et servir la pratique. Frappé depuis longtemps des imperfections du traitement ancien de la pustule maligne et surtout de l'insuffisance des moyens opposés à la propagation périphérique du mal, à sa généralisation et à l'infection de l'économie, il s'est efforcé de combiner les divers moyens thérapeutiques révélés par les expériences physiologiques, et d'approprier chacun d'eux aux divers phénomènes morbides qui se produisent dans cette affection. La pustule maligne, pour peu qu'elle remonte à plus de trente ou quarante heures, se compose de trois zones distinctes : 1° au centre, l'escharre avec sa couronne de petites vésicules; 2° immédiatement en dehors, une zone suspecte ou zone d'induration, portant à sa surface des phlyctènes ou vésicules gonflées de sérosité; et 3° la zone occupée par l'œdème proprement dit. M. Verneuil propose, en conséquence, le traitement suivant : pour la pustule maligne elle-même, la destruction radicale avec le thermocautère; pour la zone d'induration, des révulsions énergiques et profondes avec les pointes de feu; et pour la zone œdémateuse, des injections hypodermiques de 5 en 5 centimètres avec de la teinture d'iode diluée à 1/200e. Enfin, considérant qu'on peut, sans danger, introduire dans le torrent circulatoire des doses notables d'iode, il conseille d'administrer en même temps ce médicament à l'intérieur. M. Verneuil cite plusieurs cas récents de pustule maligne dans lesquels ces moyens lui ont complètement réussi.

M. *Léon Labbé* s'appuie sur son expérience personnelle, pour accepter cette médication; il pense qu'il faut surtout insister sur l'efficacité et la nécessité des scarifications et cautérisations profondes.

M. *Gosselin* croit que ces moyens sont fort utiles dans les cas graves; mais il voudrait qu'avant de les employer, alors qu'on se trouve peut-être en présence de tout autre chose qu'une pustule maligne, et toutes les fois que cela est possible, on procédât d'abord à l'examen des tissus et des liquides de la pustule, afin de s'assurer, au microscope et par l'inoculation à des animaux, de la nature charbonneuse de la maladie.

M. *Verneuil* ne conteste pas l'importance de cet examen préalable, qu'il pratique le plus souvent possible; mais lorsque les symptômes généraux deviennent graves, il croit qu'il ne faut pas hésiter à recourir aux moyens qu'il vient d'indiquer et dont l'innocuité est, dans tous les cas, certaine.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Correspondance. — Entérectomie. — Température locale des articulations. — Présentation d'un malade : fracture de jambe non consolidée.

La correspondance comprend :

1° Une observation de M. *Chipault* (d'Orléans) : *Hernie ombilicale étranglée ; kélotomie ; guérison.*

2° Une observation d'épithélioma de la langue, par M. *Lounare* (de Saint-Germain).

3° M. *Poulet*, médecin-major, adresse une observation d'exostose de l'extrémité inférieure de l'humérus, avec paralysie des nerfs médian et cubital, et demande l'avis de la Société sur le traitement à suivre.

4° M. *Krishaber* adresse une observation de rétrécissement de l'œsophage traité par la sonde laissée à demeure pendant quarante-cinq jours.

— M. *Périer* communique une observation d'entérectomie; résection de 20 centimètres d'intestin gangrené.

Un cocher ayant depuis quatre ans une hernie inguinale gauche, rarement maintenue par un bandage, fit un effort le 11 janvier 1881; la hernie sortit, et le malade la fit rentrer avec difficulté. Mais bientôt survinrent des douleurs atroces et des vomissements. Le lendemain, le malade entra à l'hôpital Saint-Antoine dans un service de médecine; le 14, il fut transporté dans le service de M. Périer.

Le ventre était ballonné; vomissements de matières infectes; constipation absolue; il y avait étranglement herniaire intra-abdominal. L'étranglement paraissait ne s'être montré qu'après la réduction. M. Périer fit la laparotomie le 14, à sept heures du soir; méthode antiseptique. On trouve l'orifice du sac, que l'on déchire; l'anse intestinale est molle, noire, infecte; deux pinces à pression continue sont posées sur les limites de la partie malade. Résection de l'anse gangrenée et suture de l'intestin; on applique six points de suture de Lemberg et deux points de suture isolée; suture de la plaie abdominale et pansement de Lister.

Les vomissements cessent spontanément; constipation absolue; le malade meurt trente-deux heures après l'opération. A l'autopsie, on constate au niveau de la suture une péritonite adhésive. La mort est due probablement à la gangrène intestinale et à l'empoisonnement consécutif. Une autre fois, en pareil cas, M. Périer ouvrira le ventre dans la région de la hernie, attirera l'intestin au dehors, et fera la résection s'il y a lieu.

M. *Trélat* préférerait aussi opérer dans la région herniaire. La suture de Gély est excellente au point de vue de l'occlusion; mais, comme c'est une suture continue, il faut tirer sur les fils, et on rétrécit l'intestin. M. Trélat aime mieux la suture à points isolés; mais, dans tous les cas, on aura un peu de rétrécissement. Kocher (de Berne) a réséqué 42 centimètres d'intestin avec succès; il recommande de dilater le bout inférieur avec le spéculum avant de faire la suture.

M. *Després*. L'intestin n'était pas gangréné chez l'opéré de M. Périer. M. Després a réduit plusieurs fois l'intestin dans cet état, et les malades ont guéri. Il s'agit là de lésions inflammatoires et non de gangrène. L'intestin gangrené est couleur feuille morte. L'absence de garde-robes après la kélotomie peut être due à la paralysie intestinale; en pareil cas, il y a émission de quelques gaz.

M. *Le Fort*. L'intestin réséqué n'était pas dans des conditions à pouvoir être rentré dans le ventre. N'est-il pas plus prudent d'opérer en deux temps : de faire d'abord un anus anormal et de suturer plus tard?

M. *Verneuil*. La laparotomie était-elle réellement indiquée? Quand le diagnostic est possible, quand il y a eu réduction en masse, il vaut mieux opérer par le point où s'était fait la hernie. Dans les réductions en masse, la règle est d'aller à la recherche de l'intestin par la région herniaire.

Pour un succès que l'on rencontre dans la suture immédiate de l'intestin, on voit beaucoup de morts; M. Verneuil préférerait établir un anus contre-nature que l'on guérit plus tard.

M. *Périer*. La suture de Lemberg est une suture de Gély entrecoupée; à l'avenir, M. Périer fera la suture entrecoupée simple. Ce qui a décidé M. Périer à faire la laparotomie, c'est qu'il espérait trouver l'insertion non gangrenée et n'avoir pas à faire l'entérorrhaphie.

— M. *Redard* lit un travail intitulé : *Recherches sur la température locale des articulations à l'état normal et à l'état pathologique*.

— M. *Verneuil* présente un homme qui a une fracture de jambe non consolidée. Cet homme, qui a soixante ans, est peut-être alcoolique. La fracture a été traitée par un appareil de Scultet et plus tard par un appareil inamovible. Il y a un chevauchement considérable des fragments. Faut-il intervenir?

M. *Trélat* conseille de réséquer les deux extrémités osseuses, de faire la coaptation et d'immobiliser.

M. *Labbé* ferait des frottements répétés sur les deux extrémités, et opérerait la coaptation, qui serait maintenue par des chevilles en ivoire.

M. *de Saint-Germain* conseille l'électro-puncture, qui lui a réussi dans un cas analogue.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Transposition complète de tous les organes chez une femme : M. Duguet. — Élongation des nerfs : M. Laborde. — Affection parasitaire chez le chien : M. Mégnin. — Recherches cliniques sur la corrélation qui existe entre les taches ombrées et la phthiriase du pubis : M. Gibier de Savigny. — Pustule maligne non charbonneuse : MM. Gallois et Tuffier — Altération des os dans l'ataxie locomotrice : M. R. Blanchard. — Influence de l'irritation mécanique du bulbe sur les poumons; nouveaux faits relatifs à l'élongation du nerf sciatique : M. Brown-Séquard. — Méningite spinale accompagnée de néphrite infectieuse : M. Gaucher. — Décomposition de l'eau oxygénée par les substances organiques : MM. P. Bert et Régnard.

M. *Duguet* a observé, à l'autopsie d'une femme atteinte de mal de Pott, une transposition complète de tous les organes; le cœur, la rate, l'estomac étaient à droite; le foie à gauche, etc. Cette femme, originaire de la Creuse, s'était mariée à trente et un ans, et avait eu une fille, morte à sept mois; on n'a pas eu de renseignement sur la constitution anatomique de cette enfant. La malade était droitière; son cerveau sera examiné ultérieurement.

M. *Houel* rappelle qu'il existe au musée Dupuytren cinq pièces de transposition des organes. Broca avait remarqué que, lorsque deux embryons sont adossés ventre à ventre et n'ont qu'un seul ombilic, il y a toujours transposition complète des organes dans l'un d'eux.

— M. *Laborde*, en continuant ses recherches sur l'élongation des nerfs, arrive toujours au même résultat; l'opération bien faite sur un animal, à l'état physiologique, amène l'atténuation ou la suppression complète de la sensibilité dans le membre dont le nerf est élongé. En pinçant le membre du côté opposé, on provoque des mouvements réflexes dans le membre opéré, ce qui prouve bien que le nerf élongé n'a pas perdu ses propriétés motrices. Le fait est constant.

En examinant les ataxiques sur lesquels M. Debove a pratiqué l'élongation des nerfs, M. Laborde a trouvé une atténuation de la sensibilité du côté opéré; de ce même côté, la provocation des réflexes ne donnait aucun résultat, tandis que du côté opposé on obtenait des réflexes généraux.

M. Laborde, pour faire l'élongation, met le nerf à découvert, passe au-dessous de lui une sonde cannelée, puis, saisissant le bout supérieur entre deux doigts, exerce sur le nerf des tractions modérées, jusqu'à ce que le membre ne donne plus signe de sensibilité; l'opération n'est pas très douloureuse.

— M. *Mégnin* a reçu un chien provenant d'une meute dans laquelle un grand nombre d'animaux étaient atteints d'épilepsie contagieuse; ce chien avait des accès épilepti-

formes et secouait constamment la tête et les oreilles. M. Mégnin a trouvé dans les oreilles une grande quantité de cérumen et des acariens (*psoroptes longirostris*). Ces acariens sont les mêmes que ceux qui produisent le rouvieux du cheval. Des injections de sulfure de potasse à 1/20 ont suffi pour débarrasser l'animal de ses parasites et amener la guérison.

L'auteur présente aussi une patte de poule dont les plaques épidermiques recouvrent un grand nombre de *sarcoptes mutans*.

— M. *Gibier de Savigny* : Il y a deux ans, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, un chirurgien de la marine, M. Moursou, publiait un Mémoire où il disait que, sur un grand nombre de sujets offrant des taches ombrées, il avait constaté la présence de *pediculi pubis*, d'où il concluait qu'il n'y avait pas de taches ombrées sans *pediculi*. L'an dernier, M. Duguet faisait à la Société de biologie une communication analogue, avec ce fait en plus qu'il avait expérimentalement produit ces taches ombrées en insérant sous la peau d'individus sains le produit d'une trituration d'un certain nombre de poux pubiens dans une petite quantité d'eau. Les conclusions de M. Duguet sont identiques à celles de M. Moursou.

On pourrait croire, d'après ces observations, que tout individu porteur de *pediculi pubis* doit fatalement, ou à peu près, avoir des taches ombrées : il n'en est rien. En effet, l'auteur a eu l'occasion, étant interne à l'hôpital du Midi, d'examiner, à ce point de vue, plus de deux cents malades atteints de phthiriase, et il n'a *jamais* trouvé de taches ombrées sur aucun point du corps et sur aucun malade. Il s'est contenté de recueillir vingt-deux observations pour se créer des documents. Toutes ces observations se ressemblent.

Les malades qu'il a observés n'avaient généralement pas d'affections fébriles. Au contraire, les malades de M. Duguet étaient des fiévreux pour la plupart. La peau, chez cette dernière catégorie d'individus, serait alors plus favorable au développement des taches ombrées. L'état fébrile n'est cependant pas indispensable à la genèse de ces productions cutanées, puisque les auteurs qui se sont occupés de la question avant M. Gibier de Savigny, disent en avoir trouvé chez des apyrétiques.

En présence de ces faits contradictoires, du moins en apparence, on est en droit de poser les questions suivantes : 1° Sont-ce bien des taches ombrées que produisent les piqûres des *pediculi pubis* ? 2° Les taches expérimentales sont-elles identiques aux vraies taches ombrées? 3° A-t-on observé ces taches chez de jeunes enfants impubères? Si oui, à quoi peuvent-elles être dues? 4° En a-t-on observé « dans le monde » chez les malades propres?

Quoi qu'il en soit, tout en tenant compte des observations de MM. Moursou et Duguet, on doit admettre, en tout cas, que la coïncidence des taches ardoisées et des poux est extrêmement rare.

— M. *Gallois*, au nom de M. *Tuffier* et au sien, communique une observation de pustule maligne de nature particulière. Au troisième jour de la maladie, ils n'ont trouvé dans la pustule que des micrococcus qui, inoculés à des cobayes et à des lapins, n'ont donné aucun résultat ; à aucun moment on n'a observé de bactéridies. Le malade a guéri après avoir été traité par la teinture d'iode. Les auteurs croient pouvoir conclure de leur observation que toutes les pustules malignes ne sont pas de nature charbonneuse.

— M. *R. Blanchard* a étudié les altérations des os dans l'ataxie locomotrice. Il se produit une raréfaction du tissu osseux autour des canaux de Havers; par suite de cette raréfaction, plusieurs canaux peuvent communiquer ensemble et former de grandes cavités. L'altération commence par le centre de l'os.

— M. *D'Arsonval* dépose sur le bureau deux notes de M. *Brown-Séquard*. Dans la première, l'auteur établit que l'on produit un emphysème instantané beaucoup plus considérable en écrasant violemment le bulbe rachidien qu'en excitant les nerfs vagues ou le bulbe par de très forts courants. Si l'on coupe les deux nerfs vagues avant l'écrasement du bulbe, l'emphysème ne se produit plus; la section préalable de la moelle cervicale, au niveau de la troisième ou de la quatrième paire de nerfs, n'empêche pas la production de l'emphysème. L'écrasement du bulbe détermine une inhibition du cœur, des ecchymoses pulmonaires plus marquées que la galvanisation de cet organe ; on observe, en outre, une inhibition plus ou moins complète de la faculté réflexe du renflement cervico-dorsal de la moelle épinière et de la dynamogénie à un très haut degré dans le renflement dorso-lombaire.

La seconde note est relative à l'élongation du nerf sciatique. Sur deux cobayes ayant eu les effets de l'élongation du nerf sciatique, décrits par l'auteur dans la précédente séance, la moelle épinière s'est enflammée et ramollie au voisinage de la section d'une de ses moitiés latérales à la région dorsale. Il est survenu une paraplégie complète et de l'épilepsie spinale. Celle-ci s'est montrée avec tous les caractères que l'auteur lui a assignés depuis plus de vingt ans. La première période de l'attaque, celle de spasme tétanique, a été très violente. Il n'y a pas eu de différence notable, soit dans la rigidité tétanique, soit dans les contractions cloniques, entre le membre où le sciatique avait été élongé et l'autre membre. Chez chacun de ces animaux, une nouvelle élongation de ce nerf n'a pas empêché de nouvelles attaques d'épilepsie spinale et n'a paru produire qu'une diminution de durée des convulsions lorsque l'auteur a fait le tiraillement du nerf pendant une attaque.

L'auteur a pratiqué de nouveau, sur plusieurs cobayes et un lapin dont la moelle épinière n'avait pas été lésée, l'élongation du nerf sciatique. Il a constaté de nouveau que, dans ces conditions, la sensibilité augmente dans le membre sur lequel cette opération a été faite. Quant aux mouvements volontaires, ils sont alors un peu diminués par suite non seulement de parésie, mais aussi d'un certain degré de contracture.

— M. *Gaucher*, chez une femme atteinte de méningite spinale et cervicale, et en même temps de néphrite infectieuse, a trouvé dans le sang de nombreux micrococcus. L'auteur pense que ces micrococcus ont une tendance à être éliminés par les reins et par les séreuses, et que ce sont eux qui ont provoqué la néphrite et la méningite.

— MM. *P. Bert* et *Régnard* ont reconnu que la fibrine et le stroma du foie lavé sont les substances organiques qui décomposent le plus rapidement l'eau oxygénée. La fibrine et le stroma du foie perdent cette propriété quand on les a portés à une température de 60 à 65 degrés. Il est intéressant de remarquer que c'est précisément à cette température que cessent les fermentations et que les substances organiques perdent leurs propriétés vitales.

— Comité secret à cinq heures et demie.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Spirométrie : M. Dally. — Dosage des peptones : M. Catillon — La rage et son traitement : MM. Grellety et C. Paul. (Discussion.)

M. *Dally* désire rectifier une erreur involontaire qui s'est glissée dans une de ses dernières communications. Le procédé pratique de spirométrie, dont il se croyait l'inventeur, avait été décrit déjà par M. Bouchut dans sa *Pathologie générale*. La priorité que réclame à ce sujet M. Bouchut ne saurait lui être contestée.

— M. *Catillon* fait observer que, dans le compte rendu des travaux de l'année 1880, M. le Secrétaire général, lorsqu'il a parlé des peptones, a bien indiqué la dose, mais non le titre de la solution; cependant, il est très important de savoir la quantité de peptone renfermée dans la dose employée. Alors qu'on se servait de solutions aqueuses de peptones, M. Catillon avait proposé comme moyen de dosage la densité de la liqueur; aujourd'hui que les solutions renferment de la glucose, ce procédé n'est plus suffisant, aussi M. Chapoteau a-t-il préconisé le titrage au moyen de la précipitation par l'alcool. Cette méthode n'offre pas plus de garanties, et on doit lui substituer le dosage de l'azote contenu dans la solution : on trouve ainsi 2 à 3 pour 100 d'azote dans la solution de Defresne ; 4 pour 100 dans celle de Catillon et 1 pour 100 seulement dans celle de Chapoteau.

M. *C. Paul* fait observer que la communication de M. Catillon résume un article qui a paru cette année dans le *Bulletin de thérapeutique*, et dont il n'a pu, par conséquent, rendre compte en parlant des travaux publiés dans l'année 1880.

M. *Vigier* croit que le dosage de l'azote constitue un procédé insuffisant : en effet, les peptones sont d'une préparation longue et difficile ; aussi en laisse-t-on, le plus souvent, la fabrication au commerce, qui les falsifie de plus en plus, au moyen de produits azotés. Pour les titrer et reconnaître les fraudes, il serait bon que M. Catillon, qui possède à fond cette question, recherchât une méthode basée à la fois sur la densité, la précipitation et le dosage de l'azote.

M. *Catillon* fera sur ce sujet, déjà traité en partie dans le *Bulletin de thérapeutique*, une nouvelle communication.

— M. *Grellety* présente à la Société le crayon-feu de M. Moser. Ce crayon, qu'on peut rendre incandescent à l'aide de la flamme d'une bougie et qui ne s'éteint que si on le replace dans son étui, lui paraît pouvoir être très utile pour cautériser les morsures des chiens enragés.

M. *C. Paul* fait remarquer que ce crayon est depuis longtemps connu et employé. Ce clou fumant, appliqué sur la peau, détermine instantanément la production de petites vésicules qui éclatent; on obtient ainsi des cautérisations qui ne dépassent pas la partie superficielle du derme ; ce sont des brûlures au second, rarement au troisième degré. On l'emploie avec avantage comme révulsif dans la tuberculose au début; il peut aussi être efficace pour cautériser des piqûres d'insectes, qui sont superficielles; mais dans le cas de morsure de chien enragé son action est tout à fait insuffisante et beaucoup trop superficielle; le fer rouge ou le caustique de Vienne sont alors nécessaires pour pénétrer jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

M. *Grellety* n'a pas eu occasion d'expérimenter le crayon Moser, mais il pense qu'en le maintenant en place un temps suffisant, on obtiendrait une cautérisation assez énergique.

M. *C. Paul* répond que, si l'on agit de cette manière, la sérosité éteindra le crayon avant qu'il ait produit l'effet attendu; son emploi contre la rage n'offre aucune garantie et ne servirait qu'à donner au malade et au médecin une fausse sécurité.

M. *Limousin*. Ce crayon est formé de deux parties de charbon et une partie de sel de nitre agglomérées avec un mucilage de gomme; on y joint parfois des substances résineuses qui contribuent à favoriser la combustion. C'est une espèce de moxa, de clou fumant, dont la composition varie peu.

M. *Créquy* croit que la cautérisation n'a aucune utilité. Il a vu la rage se montrer au bout de six mois, chez un enfant cautérisé presque immédiatement après la morsure, et aussi chez des chiens mordus et cautérisés, soit trois jours, soit vingt-quatre heures, soit même quelques heures après l'inoculation. En cautérisant une piqûre vaccinale ou un chancre induré, empêche-t-on l'évolution de la vaccine ou de la syphilis ?

M. *Trasbot* croit les cautérisations employées contre la rage trop superficielles ou trop tardives, le plus ordinairement, pour être efficaces; elles n'ont le plus souvent d'autre effet que de rassurer le malade et de prévenir ces accidents nerveux, parfois fort graves, qu'engendre une terreur persistante ; si l'on cautérise, il faut le faire aussi promptement que possible et employer le fer rouge ou un caustique énergique. Un moyen plus pratique et d'une utilité moins contestable, c'est le débridement de la plaie, que l'on fera saigner abondamment et qu'on lavera avec soin, après avoir appliqué une ligature autour du membre. Après de semblables précautions, on n'a pas encore vu la rage se montrer; il en est de même lorsque la morsure a porté sur une partie du corps recouverte de vêtements, tandis que la statistique démontre que les morsures, cautérisées ou non, sont suivies d'inoculation positive dans la proportion de 3 à 4 pour 100.

M. *C. Paul* s'est élevé depuis longtemps contre cette pratique qui consiste à détruire le chien avant de s'être assuré qu'il est réellement enragé; on pourrait parfois éviter à la personne mordue bien des angoisses inutiles. Il cite entre autres le cas d'une servante qui, mordue par un chien non enragé, aussitôt sacrifié, présenta pendant quatre mois environ un état nerveux inquiétant. C'est dans des cas analogues que l'on doit employer la cautérisation comme moyen *moral* et la pratiquer, même très tardivement.

M. *E. Labbé* pense que souvent la cautérisation doit être rendue inutile par la rapidité d'absorption du virus, mais qu'on doit néanmoins la pratiquer à titre de traitement moral; mieux vaut, en tout cas, qu'elle soit profonde et énergique. Il se demande si le virus rabique est absorbé aussi vite que le vaccin et croit qu'il serait intéressant d'expérimenter, pour la vaccine, chez des sujets non encore vaccinés, et de voir si l'application d'une ventouse sur les piqûres empêche l'inoculation de réussir; on pourrait, d'autre part, essayer l'efficacité du même moyen chez des chiens que l'on ferait mordre par d'autres chiens enragés.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond que des expériences analogues ont déjà été faites: la ventouse empêche seulement la pénétration du virus; mais, dès qu'on l'enlève, il continue à être absorbé ; c'est donc un simple moyen palliatif qui permet d'attendre la cautérisation plus ou moins tardive. Celle-ci peut être efficace contre la rage, même après un assez long intervalle écoulé depuis l'accident; de même pour la vaccine, la cautérisation des piqûres pratiquée au bout d'une demi-heure a fait avorter l'inoculation. En résumé, la cautérisation peut prévenir l'inoculation de la rage, et cela d'une façon d'autant plus certaine qu'elle sera plus profonde et plus immédiate; c'est d'ailleurs l'avis qui a prévalu au sein de la Commission d'hygiène publique et de salubrité. Il rappelle le cas, déjà cité, de M. Goubaut, qui a été préservé par une cautérisation au nitrate d'argent, bien que la lancette avec laquelle il s'était blessé ait pu, sans être rechargée, inoculer la rage à un animal. Au point de vue de l'importance d'un traitement moral, il fait observer l'analogie qui existe entre l'hydrophobie alcoolique décrite par Mesnet et l'hydrophobie rabique. Quant à la transmission de la rage de l'homme à l'homme ou de l'homme aux animaux, il est absolument persuadé, ainsi que l'a affirmé Delpech, qu'elle n'existe pas ; il est aussi convaincu que les morsures faites à travers les vêtements ne donnent pas lieu à l'inoculation. Il ajoute que M. Pasteur vient de découvrir, dans la salive de l'enfant mort à Sainte-Eugénie, un microbe spécial produisant une maladie différente de la rage, chez les animaux auxquels on l'inocule; ne peut-on voir là une preuve de l'exactitude de l'opinion défendue par Delpech ?

M. *Blachez* a soigné, en 1862, à l'hôpital du Gros-Caillou,

un soldat qui mourut de la rage après avoir été mordu à la jambe à travers ses guêtres. Une *légende* existait alors dans cet hôpital : un infirmier, en soignant un malade enragé, avait reçu de la salive dans l'œil et était mort peu après avec tous les symptômes de l'hydrophobie. M. Blachez se réserve de prendre sur ce fait de nouveaux renseignements auprès de M. le docteur Worms. Pour ce qui est des caustiques, il préfère un agent liquide qui puisse pénétrer dans toutes les anfractuosités de la plaie. Il cite le fait suivant, comme démontrant clairement l'influence du moral sur l'éclosion d'accidents pouvant simuler l'hydrophobie : deux hommes mordus par le même chien se présentent à l'hôpital Cochin ; l'un porte une plaie, il est admis d'urgence et meurt peu après de la rage ; l'autre n'a aucune plaie, on le renvoie chez lui. Deux mois après, il vient s'informer de l'état de son camarade et apprend sa mort : le jour même, il succombe aux accidents de l'hydrophobie.

M. *Blondeau* demande à M. Trasbot si les cas de rage humaine sont fréquents à l'Ecole d'Alfort, et quel est le caustique employé.

M. *Trasbot* répond que les morsures sont fréquentes à Alfort, mais qu'il ne connaît pas d'exemple de rage ainsi contractée ; lui-même a été mordu il y a quinze ans. On a d'ailleurs soin de toujours laver et faire saigner la plaie ; en outre, on la cautérise soit avec le fer rouge, soit avec le nitrate d'argent. Il insiste sur l'utilité, pour le traitement moral, de cautériser la plaie et de conserver le chien, si la rage n'est pas certaine ; il a vu, il y a quatre ans, une femme, mordue par un chien et en proie à une surexcitation nerveuse effrayante, n'être tranquillisée qu'au bout de deux mois par la vue de l'animal parfaitement bien portant.

M. *C. Paul* fait remarquer que la vaccine reste locale pendant un certain temps, ce que démontrent les inoculations secondaires obtenues positives jusqu'au neuvième jour, et qu'il en est de même pour la pustule maligne, qu'on peut arrêter dans sa marche au moyen d'injections hypodermiques locales de sublimé ou de teinture d'iode au millième ou au dix millième. Ne pourrait-il en être ainsi pour la rage, et ne devrait-on pas essayer des injections d'un ordre analogue ?

M. *Féréol* est d'avis que l'assimilation de la rage vraie avec la rage alcoolique est une grave question, non encore résolue. Le malade qui a fait l'objet du mémoire de M. Mesnet était un alcoolique présentant tous les symptômes de l'hydrophobie et chez lequel l'absence de morsure antérieure avait semblé autoriser le diagnostic d'hydrophobie alcoolique ; on se trouverait dès lors amené à admettre la rage spontanée chez l'homme ! Quant à la rage *imaginaire*, il croit devoir faire de plus grandes réserves encore ; si l'individu dont le moral est frappé, mais qui n'est pas soumis au virus rabique, vient à succomber, ce n'est certainement pas de la même manière qu'un individu réellement enragé ; il importe de ne pas laisser s'établir une regrettable confusion. Pour lui, la rage *imaginaire* n'existe pas plus que l'hydrophobie alcoolique.

M. *E. Labbé* a soigné, en 1868, une femme de mauvaise vie qui, mordue par un chien deux ans auparavant, refusait énergiquement de boire l'eau qu'on lui présentait ; mais il paraît qu'elle n'agissait pas de la même façon à l'égard du vin. Il se range entièrement à l'opinion de M. Féréol ; l'hydrophobie alcoolique n'existe pas.

REVUE DES JOURNAUX

Des nouveaux procédés de traitement du lupus, par M. le docteur Ernest Besnier.

Le très intéressant article de M. Besnier a pour but de faire connaître les avantages donnés, dans le traitement du lupus, par le raclage de Volkmann, et surtout par le procédé de Balmano-Squire, les scarifications linéaires. C'est plus spécialement à ce dernier procédé que l'auteur donne la préférence, quoiqu'il admette que chacun des deux ait des avantages dans certains cas. Nous croyons être utile à nos lecteurs en résumant le travail de M. Besnier. Le procédé de Balmano-Squire a pour but de produire la réparation au moyen d'un tissu cicatriciel. L'opération consiste à hacher dans tous les sens et méthodiquement la surface du lupus ; plus les hachures sont rapprochées et régulières, plus il y a de chances d'un succès rapide. La profondeur à laquelle doit pénétrer l'aiguille est indiquée par le degré de résistance, lequel, très faible pour le tissu pathologique, devient, au contraire, très appréciable pour les parties saines. Le sang coule abondamment, ce qui oblige, pour bien opérer, à éponger fréquemment la plaie. En général, la scarification est guérie au bout de huit jours, et on peut faire une nouvelle séance. L'innocuité est très remarquable, puisque sur plus de mille cas M. Ernest Besnier n'a eu à déplorer aucun accident.

Le temps du traitement, le nombre des séances varie suivant les cas ; de plus, dans les cas anciens, il faudra des séances de perfectionnement dans les années suivantes. C'est surtout dans le *lupus vorax* de la face que les scarifications doivent être faites de bonne heure et sévèrement conduites. Dans le lupus érythémateux, on compte autant d'insuccès que de succès. En résumé, la méthode de Balmano Squire, vulgarisée en France par M. E. Vidal, est un progrès très considérable dans le traitement du lupus et une opération que chacun doit savoir pratiquer. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1881, n° 1, p. 1.)

BIBLIOGRAPHIE

Vade mecum des herborisations parisiennes, *conduisant sans maître aux noms d'ordre, de genre et d'espèce des plantes spontanées ou cultivées en grand dans un rayon de 25 lieues autour de Paris*, par Eug. Lefébure de Fourcy. 4e édition, Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Les étudiants en médecine qui, au début de leurs études, s'enthousiasment si volontiers pour les recherches botaniques et suivent avec un si joyeux entrain les herborisations dirigées par leurs maîtres ; les médecins qui, sur le déclin de leur carrière, retrouvent des loisirs et reprennent goût aux études d'histoire naturelle ; les botanistes de profession et les gens du monde, accueilleront avec faveur la quatrième édition de ce petit livre. Il réalise, en effet, un progrès sensible et qu'il importe de faire ressortir. La méthode dichotomique, qui facilite la détermination des plantes que l'on recueille, expose à de regrettables méprises, lorsque, par une erreur souvent facile, on a fait fausse route, lorsqu'on n'a point suivi très rigoureusement le chemin tracé par le guide qui doit vous conduire au but. Si l'on ne trouve point, pour redresser ces erreurs, ou pour contrôler le résultat que l'on a obtenu, une description précise de la plante que l'on a voulu déterminer, on peut donc ne retirer aucun fruit du travail auquel on vient de se livrer. C'est l'inconvénient que présentent le *Synopsis* de Cosson et Germain de Saint-Pierre, ainsi que la petite flore de M. Bautier. Excellents d'ailleurs, ces ouvrages ne donnent que la description des familles et des genres ; ils s'arrêtent au nom des espèces et ne conduisent point avec certitude à la détermination de toutes les plantes. M. de Fourcy, qui s'est inspiré d'ailleurs de l'ouvrage de MM. Cosson et Germain, a remédié à cet inconvénient. Il donne, avec une précision suffisante, la description de toutes les plantes que l'on peut rencontrer en herborisant aux environs de Paris ; et cette description suffit à avertir de leurs méprises ceux qui auraient pu s'égarer en parcourant les clefs dichotomiques. Il leur suffira, après l'avoir lue et l'avoir mise en

regard de la plante dont ils cherchent le nom, de recommencer leur travail; et bientôt, en y portant un peu d'attention, ils reconnaîtront l'erreur de détermination qu'ils ont commise.

Les clefs dichotomiques elles-mêmes ont été établies de façon à égarer le moins souvent possible ceux qui n'ont pas encore l'expérience de ce genre d'études. Les caractères des plantes ont été choisis autant que possible parmi ceux qui frappent les yeux les moins exercés (forme des feuilles, taille de la plante, couleur de la fleur, nombre des étamines ou des styles, etc.). Dans les cas douteux seulement la loupe et le scalpel devront venir au secours du botaniste pour lui permettre une détermination difficile.

La classification adoptée par M. de Fourcy est celle de MM. Grenier et Godron. Ce n'est pas sans protester un peu que l'auteur consent à accepter la nomenclature si exubérante que la botanique moderne a imposée. « Combien d'espèces, dit il, ont été élevées au rang de genre, combien de variétés au rang d'espèce, sans que cet excès d'honneur ait eu souvent d'autre raison d'être qu'une satisfaction d'amour-propre personnel ou un hommage d'amicale confraternité! » Il résulte de ces habitudes prises que bon nombre de plantes portent aujourd'hui quatre ou cinq noms différents. Le temps, paraît-il, n'est pas encore venu de corriger ces vices de nomenclature.

Le livre de M. de Fourcy date de 1859. Sa quatrième édition a été revue avec le plus grand soin. Les mousses, les hépatiques et les champignons peuvent être, au moins quant à leurs espèces les plus communes, déterminés à l'aide des clefs dichotomiques qu'il contient. C'est dire les services qu'a rendus à tous les botanistes l'éminent ingénieur, que les occupations multiples, imposées par ses hautes fonctions, et le soin attentif qu'il a apporté à la publication des œuvres de son père, n'ont pas empêché de trouver des loisirs pour perfectionner sans cesse un ouvrage de vulgarisation digne du nom qui l'a signé.

L. L.

VARIÉTÉS

ENCORE LA RÉORGANISATION DES SERVICES D'ACCOUCHEMENTS

Le *Progrès médical* a publié, dans son dernier numéro, un nouvel article sur les services d'accouchements; il renferme en outre un extrait de l'introduction du Traité de Velpeau, et les vues générales qu'y exprime l'éminent chirurgien ont semblé d'un grand secours à nos contradicteurs, car ils y reviennent par deux fois : après l'avoir annexé au rapport de M. Bourneville, il l'insèrent dans les colonnes du journal.

Nous avons lu cet extrait et, pour plus de sûreté, l'introduction tout entière: nous y voyons que, dès 1835, Velpeau réclamait la création de services spéciaux. L'idée a mis du temps à faire son chemin, mais elle triomphe maintenant et nous n'avions pas besoin de ce plaidoyer rétrospectif pour nous convertir à une thèse qui ne rencontre plus de contradicteurs.

Nous espérions quelques éclaircissements sur le point litigieux, le seul qui nous sépare du *Progrès*, mais nous n'y avons pas trouvé la plus légère allusion; nulle part il n'est question de concours spécial. Comment l'illustre professeur de clinique eût-il pu soutenir que les chirurgiens ne sauraient être bons accoucheurs, lui qui avait donné une si éclatante démonstration du contraire? D'ailleurs, nous avons mieux qu'une simple induction : ne savons-nous pas qu'en 1848, Velpeau présidait la Commission qui demanda « le recrutement de tout le personnel du service de santé parmi les membres du bureau central, *sans acception d'aucune spécialité* »? Si donc, l'opinion de Velpeau est de quelque poids dans la balance, c'est à notre actif que nous l'inscrivons.

Cet extrait de Velpeau n'ajoute donc rien au débat; mais l'article, du moins, renferme des objections qui méritent une attention sérieuse. Un correspondant anonyme écrit au *Progrès* et, sans se prononcer nettement, il nous paraît pencher pour l'investiture par un concours spécial : il se demande, en effet, si, parmi les chirurgiens qui dirigeront les nouveaux services d'accouchements, il s'en trouvera quelques-uns pour se consacrer à l'obstétrique d'une façon définitive; la science des accouchements a pris, à notre époque des développements tels que, pour la posséder et la faire progresser, il faut s'y adonner avec constance.

Nous répondrons au correspondant anonyme qu'il en sera sans doute des services d'accouchements comme des autres services spéciaux : ceux du Midi, des Enfants et de Saint-Louis, par exemple. Parmi les chefs, et la science n'aura qu'à s'en louer, les uns resteront sédentaires et les autres ne feront que passer. L'instruction que les chefs « nomades » acquièrent dans les services d'accouchements n'est pas d'ailleurs perdue pour l'obstétrique : M. Guéniot, chirurgien des Enfants-Assistés, n'en continue-t-il pas moins ses recherches de tocologie? Et croit-on que le séjour de M. Trélat à la Maternité n'a pas été pour quelque chose dans le succès de son cours de la Faculté sur les maladies chirurgicales de la femme?

Il y aura aussi des chirurgiens sédentaires; le passé nous en est un sûr garant. Nous n'avons que trois services d'accouchements et deux sont immobilisés et fermés aux nouveaux venus. MM. Depaul et Tarnier les occupent et ne songent guère à les quitter. Reste Cochin, successivement occupé, dans ces dix dernières années, par trois ou quatre chefs; aussi est-ce cet exemple que l'on nous objecte sans cesse, et le *Progrès* insiste sur la récente mutation de M. Lucas-Championnière. Mais on oublie trop que le chirurgien de Cochin n'est que l'*adjoint* du chirurgien de la Maternité, ce qui nous explique les retraites dont on parle, car le titre d'adjoint est toujours précaire. MM. Lucas-Championnière et Polaillon auraient gardé leurs services d'accouchements, nous dit-on, s'ils y avaient été titulaires.

Ne vous étonnez pas que la seule Maternité de Cochin soit insuffisante pour le recrutement sérieux des accoucheurs. Si, jusqu'à cette heure, peu d'entre nous ont songé à l'étude exclusive de l'obstétrique, c'est que de ce côté les débouchés manquent. Créez des services, créez-les surtout sur le large modèle préconisé par le conseil municipal, et le correspondant du *Progrès* pourra être tranquille : les compétitions ne feront pas défaut et l'on verra quelle impulsion nouvelle prendra la gynécologie.

Notre embarras est grand pour combattre le second argument du correspondant anonyme, et nous prenons nos lecteurs à témoins du soin avec lequel nous avions évité les questions de personnes : nos contradicteurs commencent. « On ne pourra jamais faire oublier, nous dit-il, les succès obtenus auprès des étudiants par les jeunes professeurs libres, qui enseignent les accouchements depuis quelques années. Or, ceux-ci ne peuvent prendre part au concours des chirurgiens du Bureau central, dût-on les nommer par *nécessaire faveur*. » Le terrain n'est pas solide; il s'agit non plus de principes, mais de personnes, et, par surcroît, d'amis que nous pourrions nommer et dont l'activité et la science n'ont d'égales que la parfaite honorabilité; le correspondant a raison; comme leurs collègues les aides d'anatomie et les prosecteurs, ces professeurs libres ont dépensé sans compter, leur énergie et leur temps, pour l'instruction des élèves et l'on doit leur en savoir gré; mais ils seront les premiers à vous dire qu'un concours n'est pas une récompense. L'idée est vraiment singulière et nous préférerions la *nécessaire faveur* à l'institution d'un concours qui, d'après le correspondant du *Progrès*, sous couleur d'intérêt général, n'aurait pour but que de faciliter à de jeunes confrères l'entrée de nos hôpitaux.

Paul Reclus.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE, SÉANCE ANNUELLE.

La Société protectrice de l'enfance a tenu sa séance annuelle le dimanche 6 février, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de notre éminent confrère le docteur Marjolin. Depuis 1865, la Société protectrice, après des débuts modestes, a constamment prospéré, et aujourd'hui le nouvel appel du secrétaire général à la charité publique a pu, malgré les rigueurs de l'année dernière, être suivi d'un véritable cri de triomphe. Avant de constater les progrès de la Société, nous tenons à dire un mot du touchant et éloquent discours du président, regrettant que la place nous manque pour l'insérer *in extenso*. Les deux points sur lesquels s'est arrêté surtout M. Marjolin sont : 1° l'influence d'une saine hygiène sur l'éducation morale des enfants pauvres ; 2° les *logements insalubres*.

Cette question des logements insalubres est familière à M. Marjolin. Comme médecin, pendant toute une vie d'un dévouement de chaque heure ; depuis 1865, comme président de la Société protectrice de l'enfance, il pénètre chaque jour au sein des familles pauvres, et tous ceux qui le connaissent savent qu'il a vu et analysé plus avec le cœur qu'avec les yeux. Il appelle de tous ses vœux l'amélioration de cet état de choses ; aussi met-il toute son âme dans le passage suivant : « Loin de moi la pensée de vouloir laisser entendre que cette grave question ait été négligée ; la commission spécialement chargée de ce travail, ainsi que le Conseil municipal, ont, au contraire, dans maintes circonstances, déployé et montré beaucoup d'activité et de fermeté ; nous en avons eu les preuves. Malheureusement, leurs efforts ont été souvent arrêtés par l'impuissance de la loi... Espérons que nous verrons bientôt notre législation modifiée sur ce point et qu'en matière de règlement d'hygiène nous n'aurons plus rien à envier à l'Angleterre, à la Belgique et à la Hollande... La visite des familles pauvres, la vue des mères et des enfants malades soulève à chaque instant ce problème. L'influence est tellement pernicieuse, tellement désastreuse sur le physique et le moral de la population des grandes villes, qu'on ne saurait trop s'occuper d'assainir ou de détruire les affreux bouges où le vice se développe de génération en génération, avec les maladies les plus meurtrières : la scrofule et la phthisie. »

Du compte rendu des travaux de la Société par les docteurs A. Voisin et Dutocq, il résulte que l'association prospère et rend de réels services. Les récompenses décernées aux mères nourrices, dont la liste a été lue par le docteur Grenet, prouvent que là encore la Société obtient de bons résultats. Nous regrettons qu'on n'ait pas accordé au moins un encouragement à l'un des cinq mémoires envoyés sur cette importante question : l'industrie nourricière. La Société a cru devoir mettre de nouveau cette question au concours, et cependant le rapport du secrétaire général constatait que l'un au moins des mémoires contenait d'excellentes choses.

La plus grande cordialité n'a cessé de régner pendant toute la séance et le président a pu, une fois de plus, apprécier combien il est aimé et son zèle apprécié. Ajoutons que l'excellente musique du 46ᵉ de ligne a prêté son charme à la cérémonie.

H. Chouppe.

Chirurgie et pharmacie de l'âge héroïque : le lavement d'Hercule. — On trouve, dans un scholiaste d'Homère, une longue note qui paraît remonter aux premiers commentateurs alexandrins, et dans laquelle on établit que la chirurgie et la pharmaceutique ont été pratiquées par les médecins de l'âge héroïque, mais que la diététique leur est restée étrangère, car soigner la fièvre par un purgatif serait au-dessous de la dignité du *héros*, c'est-à-dire des personnages au-dessus de l'humanité. Dans une pièce d'un certain Dionysius (peut-être Denys le Tyran?), qui était une comédie ou un drame satirique, on voyait Hercule malade et un satyre essayait de lui donner un lavement (Scholiaste d'Homère, sur le chant XI de l'*Iliade*, vers 515, p. 320 de l'édition de Becker).

ANNUAIRE DU SERVICE DE LA STATISTIQUE MUNICIPALE DE LA VILLE DE PARIS.

Le service de la Statistique municipale se dispose à réunir tous les documents statistiques concernant la ville de Paris pour l'année 1880, et à les publier sous le titre d'*Annuaire du service de la Statistique municipale de la ville de Paris pour l'année* 1880. Cet *annuaire* résumera et coordonnera d'abord tous les documents paraissant chaque semaine dans le *Bulletin hebdomadaire*, mais sous une autre forme, avec une étude approfondie, et en comparant entre eux les documents parus successivement, de manière à ne pas faire double emploi, même pour cette partie, avec le volume résultant de la collection des *Bulletins hebdomadaires*, qui conserveront toujours leur valeur propre. A ces coordinations et élaborations des documents du *Bulletin* viendront se joindre de nombreux documents qui n'avaient pas dû y trouver place, parce que la connaissance en est plutôt annuelle qu'hebdomadaire ou mensuelle. De plus, le *Bulletin* ne donne guère que les *mouvements* des faits sociaux, tandis que l'*Annuaire* fera connaître, en outre, la situation permanente, ordinaire, physique et sociale, ainsi que le *milieu* naturel et humain d'où émergent les phénomènes journaliers :

1° Il contiendra des renseignements sur le *milieu naturel* ou *physique* (géologie, hydrologie, topographie, météorologie, etc.) du sol et du climat parisien. 2° De même il s'appliquera particulièrement à reproduire les informations sur *l'état* et *les mouvements des personnes :* le tableau de la population parisienne, sa composition ordinaire par sexe, âge, état, ménage, lieu de naissance, groupes professionnels, etc., pour les périodes précédentes, en attendant que le prochain dénombrement nous permette de dire sa composition actuelle. Outre *les mouvements ordinaires de population* (mariages, naissances et décès), soigneusement étudiés dans leur ensemble et leurs détails, il dira tout ce qui concerne et mesure l'état actuel et les mouvements de l'*enseignement*, de l'*assistance publique*, de la *police* et de la *criminalité*. 3° Il décrira également et *mesurera l'état* et *les mouvements des choses :* maisons, monuments publics et privés ; produits, finances, mouvements et prix des denrées et marchandises ; commerce et industrie, etc., etc. Chacune de ces parties sera traitée par des savants d'une compétence spéciale.

Tous les médecins qui sont rattachés à la ville par un service public quelconque (médecins de l'état civil, médecins inspecteurs des écoles, des enfants assistés, des bureaux de bienfaisance, médecins des hôpitaux, des prisons, etc.), n'auront qu'à prévenir le service qu'ils désirent recevoir un exemplaire de l'*Annuaire* pour être satisfaits. Ceux qui ne réalisent pas ces conditions et qui désireraient acquérir ce volume sont priés *de le faire savoir par lettre non affranchie adressée à M. le préfet de la Seine, service de la Statistique municipale, avenue Victoria, n°* 1.

Le prix de l'exemplaire sera de 3 à 5 francs.

Le chef des travaux de la Statistique municipale,

Dr Bertillon.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — *Assemblée générale de la Société centrale.* — Dimanche 6 février, à deux heures, a eu lieu, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, la séance annuelle de la *Société centrale* de l'Association générale des médecins de France. Nous en publierons le compte rendu dans le prochain numéro.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours public pour la nomination à *trois places de médecin* au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Ce concours sera ouvert le vendredi 18 mars 1881, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Légion d'honneur. — A été nommé chevalier, M. le docteur Nachtel (de New-York), pour services rendus à la colonie française de New-York (établissement du service de nuit).

Enfants du premier age. — Sont nommés membres du comité supérieur de la protection des enfants du premier âge : M. le docteur Bergeron, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine; M. le docteur Parrot, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Faculté de médecine de Paris. — M. Gariel, agrégé, est rappelé à l'exercice pendant l'année scolaire 1880-81. — Il est créé à la Faculté de médecine de Paris un emploi de chef de laboratoire de clinique d'accouchements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont maintenus dans les fonctions de maîtres des conférences ci-après désignées pendant l'année scolaire 1880-1881 : MM. Périer, histoire naturelle; Figuier, physique; Carles, chimie.

Faculté de médecine de Lille. — M. Turgard (Albert-Léon-Auguste), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Candrelier, démissionnaire.

— M. G. Bergeron, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pathologie interne.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Mabit, professeur de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux et celle de M. Henri d'Olier, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Les médecins des pays limitrophes de la France et de la Belgique. — Voici les principaux articles de la convention conclue entre la France et la Belgique pour régler l'admission réciproque à l'exercice de leur art de médecin des communes frontières des deux Etats :

« Art. 1er. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires français établis dans les communes françaises limitrophes de la Belgique, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes belges.

» Réciproquement, les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires belges établis dans les communes belges limitrophes de la France, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer, de la même manière et dans la même mesure, dans les communes limitrophes françaises.

» Art. 2. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires exerçant, en vertu de l'article 1er, l'art de guérir ou quelqu'une de ses branches au-delà des frontières de leur pays devront se conformer à la législation qui est ou qui sera en vigueur, relativement à l'exercice de l'art de guérir ou d'une de ses branches, dans le pays où ils feront usage de l'autorisation accordée par l'article précédent.

» Art. 3. — Les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs dont les noms figurent sur la liste annuelle dressée conformément à l'article 4 de la présente convention, et qui, au lieu de leurs domiciles, sont autorisés à délivrer des remèdes aux malades, auront le droit d'en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays, s'il n'y réside aucun pharmacien. »

Société pour la propagation de la crémation.

Cette Société vient d'être fondée à Paris (siège social : 11, rue de Penthièvre). Les membres du bureau sont : M. Kœchlin-Schwartz, maire du VIIIe arrondissement de Paris, *président;* MM. le docteur Bourneville, membre du conseil municipal de Paris, et le docteur Napias, membre de la commission des logements insalubres, *vice-présidents;* et M. Georges Salomon, ingénieur civil des mines, *secrétaire général.*

Les *membres du comité* sont : MM. le docteur Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille; Béral, conseiller d'Etat; Cadet, membre du conseil municipal de Paris; le docteur Cornil, député; Delcominète, professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Nancy; le docteur Du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes; Durand-Claye, ingénieur des ponts et chaussées; le docteur Fieuzal, médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts; Charles Fouquet, député; Armand Hayem, conseiller général de Seine-et-Oise; Hudelo, professeur à l'Ecole centrale des arts et manufactures; le docteur Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon; le docteur Layet, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux; S. Morin, membre du conseil municipal de Paris; Emile Muller, professeur à l'Ecole centrale des arts et manufactures; Maxime Napias, membre de la Société de médecine légale; Normand, architecte du gouvernement; Emile Trélat, architecte en chef de la Seine; le docteur Vallin, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce.

Statuts. — La Société se compose de : 1° membres titulaires; 2° membres donateurs; 3° membres honoraires. Les membres *titulaires* ont tous à payer une cotisation annuelle fixée à un minimum de 10 francs pour la première année et 5 francs pour les années suivantes. Les membres *donateurs* sont ceux qui, à leur entrée dans la Société, lui ont fait un don de 100 francs au moins. Les membres *honoraires* sont nommés par l'Assemblée générale sur la proposition du comité.

Hôpital de Lourcine. — M. le docteur Gouguenheim ouvrira à cet hôpital un cours clinique de laryngologie et de syphiligraphie lundi 14 février, à neuf heures un quart, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure. Lundi, cours de laryngologie. Mercredi, cours de syphiligraphie.

Mortalité a Paris (5e semaine, du vendredi 28 janvier au jeudi 3 février 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1 316, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 75. — Variole, 35. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 45. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 47. — Phthisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 58. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 62. — Bronchite aiguë, 67. — Pneumonie, 144. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 47; au sein et mixte, 25; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 124; de l'appareil circulatoire, 78; de l'appareil respiratoire, 118; de l'appareil digestif, 51; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 16. — Causes non classées, 12.

Bilan de la 5e semaine. — Le nombre total des décès s'est un peu atténué (1 316 au lieu de 1 343). Cependant cette diminution semble plutôt accidentelle, car elle porte sur les phthisiques, sur quelques autres affections générales chroniques et sur les diverses débilités, tandis que les décès par fièvre typhoïde ont sensiblement augmenté (75 au lieu de 50). Sur ces 75 décès typhiques, 9 appartiennent au seul VIIe arrondissement (3 dans le quartier *Saint-Thomas-d'Aquin*, 3 dans celui de l'*Ecole-Militaire* et 3 au *Gros-Caillou*); il y a aussi 9 décès typhiques dans le XIe, dont 4 dans le quartier de *la Roquette* et 2 dans chacun des quartiers *Saint-Ambroise* et *Sainte-Marguerite;* enfin, il y en a encore 7 dans le XIIe : 3 à *Bercy* et 4 dans le quartier des *Quinze-Vingts.* On voit donc que ces cinq quartiers contigus : *Bercy, Quinze-Vingts, Sainte-Marguerite, la Roquette, Sainte-Ambroise*, comptent à eux seuls 15 décès ou le cinquième des victimes par fièvre typhoïde, tandis que leur population (census 1876) n'est que le dixième ou le onzième de la population totale; ainsi, l'ensemble de leurs décès par fièvre typhoïde est le double de ce qu'il devrait être!..

La variole paraît rester stationnaire : elle a fourni 35 décès (et 32 la semaine avant); le quartier *Picpus* à lui seul compte 4 décès; *Batignolles* et le *Combat*, chacun 3. La diphthérie semble également stationnaire (45 décès au lieu de 42); le quartier de l'*Arsenal*, le *Père-Lachaise* et encore celui de *la Roquette* sont les plus frappés; chacun compte 3 décès par cette affection.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie Émile Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 17 février 1881.

Séance de l'Académie de médecine.

Le parasitisme a fait une nouvelle apparition à l'Académie de médecine mardi dernier, mais sous une forme autre que dans les séances précédentes.

M. Trélat a d'abord relaté une observation de pustule maligne tendant à démontrer que la cautérisation centrale et les injections phéniquées en dehors de l'aréole vésiculaire suffisent à guérir cette redoutable affection, sans qu'il paraisse bien nécessaire de pratiquer, comme l'a fait M. Verneuil, la cautérisation ponctuée sur la zone d'induration. Et M. Davaine n'hésite pas à penser que le mal ne résiste jamais aux injections antiseptiques faites à temps, en quantité, à une profondeur et dans un espace suffisants. S'il en était ainsi, la cautérisation ponctuée serait, en effet, de peu d'utilité quant au but définitif, qui est celui de la guérison; peut-être conserverait-elle encore l'avantage de précipiter la résolution des parties indurées, de limiter la destruction des tissus, et de donner, en somme, un meilleur résultat. C'est à l'expérience à prononcer; disons seulement que le résultat obtenu par M. Verneuil a été particulièrement remarquable.

— Une intéressante communication de M. le professeur Laboulbène sur une épidémie de trichinose, et dans laquelle se trouvait posée la question de prophylaxie, a donné lieu à une discussion ou plutôt à une conversation portant principalement sur deux points : 1° l'origine de la trichinose chez les animaux; 2° les mesures à prendre pour en garantir l'espèce humaine.

Pour M. Colin (d'Alfort), la trichinose est une *maladie d'échange*. Le porc qui a communiqué la trichine à une vingtaine d'habitants de Crépy-en-Valois paraît l'avoir pris lui-même d'un rat; mais le rat, et les rats en général, où vont-ils la chercher? Dans les débris de cuisines et dans les déjections de l'homme, dit M. Colin. Mais pour cela il faut dans ces débris des restes de porc, et dans ces déjections des matières d'êtres humains, l'un et l'autre trichinés. Or, et c'est une remarque de M. Leroy de Méricourt, le premier fait est hypothétique, et le second est très invraisemblable dans un pays comme le nôtre, où la trichinose de l'homme est si rare. On verra au compte rendu que notre distingué confrère a fait à son tour une supposition que certains faits de transmission de la filaire par les moustiques ne rendent pas invraisemblable.

Quant à la prophylaxie, l'administration s'en est déjà occupée, comme l'ont rappelé MM. H. Bouley, Hillairet et Leblanc; d'autant plus activement que des viandes de porc trichinées de provenance américaine ont été récemment introduites à Paris. Toutes les viandes de porc vont être l'objet d'un examen microscopique. Malheureusement, ainsi que l'a dit M. Depaul, il ne paraît pas que les instructions prescrivent l'examen de tous les morceaux sans exception, mais seulement de quelques morceaux de chaque tonneau. En Italie, en Espagne, on s'est montré plus sévère. D'autre part, des circulaires du ministre de l'intérieur et du préfet de police recommandent de ne consommer les viandes mises en circulation qu'après les avoir soumises à une température de 60 degrés centigrades au minimum. Tout le monde se rangera à l'avis de M. Laboulbène, qui était celui de Delpech, à savoir que cette température doit atteindre 75 degrés dans toute la profondeur du morceau. Cela est parfait au point de vue scientifique, mais insuffisant au point de vue pratique et culinaire. Heureusement les circulaires ajoutent que des jambons de 6 kilogrammes devront être maintenus dans l'eau bouillante, additionnée d'un demi-verre de vinaigre, pendant trois heures aumoins; ceux d'une grosseur supérieure, pendant six heures.

Du redressement des membres inférieurs par l'ostéotomie et l'ostéoclasie.

I

L'axe normal des membres inférieurs peut être dévié par des causes nombreuses; les plus fréquentes sont certaines ankyloses, les cals vicieux, le rachitisme, et une affection bizarre, le *genu valgum*, longtemps confondue avec le rachitisme, mais d'une physionomie trop différente pour ne pas en être séparée par les recherches contemporaines.

Toutes les *ankyloses* ne dévient pas l'axe du membre : les articulations peuvent se souder dans une bonne position, et

l'immobilisation de la jointure est parfois regardée comme une terminaison enviable de certaines tumeurs blanches. C'est ainsi que, lorsque le genou est ankylosé dans l'extension, la marche est encore possible; l'axe normal n'est pas dévié. Mais s'il existe une ankylose angulaire, la progression en est empêchée, et la chirurgie devra recourir aux manœuvres de redressement.

Les *cals vicieux* sont devenus rares; on traite mieux les fractures; la réduction est plus soigneusement faite, et nos appareils plâtrés savent la maintenir. Il n'en est pas moins vrai qu'on rencontre encore des membres déviés par la consolidation difforme d'un ou de plusieurs os brisés, et si l'on ne s'en est pas aperçu à temps, lorsque le cal est encore flexible, si le redressement manuel n'a pu être fait, la section ou la rupture de l'os deviendra nécessaire.

Le *rachitisme* joue un rôle prépondérant dans la pathogénie des déviations. Sous son influence, l'os se ramollit, et les efforts musculaires, le poids du corps provoquent des courbures souvent fort brusques; parfois, dans le squelette fragile, une fracture se produit, qui se consolide d'une manière vicieuse, et la difformité première en est augmentée d'autant. Lorsqu'il est encore mou, l'os peut être redressé avec la main, et M. Panas cite le fait d'un enfant dont les deux jambes arquées reprirent ainsi leur direction normale; les tibias se redressèrent comme du bois vert, et l'on n'entendit pas de craquements. Mais, dans une autre période, les os sont durs, éburnés, et, pour leur rendre la rectitude, il faut une intervention radicale.

Enfin, il existe une déformation spéciale, nommée *genu valgum* ou *genou en dedans*, et dont la fréquence est telle qu'à elle seule elle constitue la majorité des déviations du membre pelvien. Le *genu valgum* a longtemps été confondu avec le rachitisme; mais les travaux entrepris depuis 1830, époque où l'orthopédie reçut chez nous une vive impulsion, nous firent mieux connaître cette déviation. Depuis, les nombreuses communications de Delore, les recherches de Verneuil, Guéniot, Lannelongue et Tillaux, des discussions à la Société de chirurgie, quelques bonnes thèses publiées d'année en année, de 1872 à 1880, parmi lesquelles nous citerons celles de Saurel, de Barbarin, de Barbier, de Vergne, de de Santi, de Lecène et de Peyre, ont jeté sur la question une vive lumière, et maintenant on est à peu près fixé sur les traits principaux de l'histoire du genou en dedans.

Il survient surtout pendant l'adolescence, de quatorze à vingt ans, et de préférence chez les garçons qui se tiennent habituellement debout. Aussi M. Larrey en a-t-il fait une déviation professionnelle: les apprentis boulangers, entre autres, en sont atteints; de là le nom de *Bäkerbein* que lui ont donné les Allemands. Il est souvent bilatéral; mais lorsqu'il n'existe que d'un côté, ce serait plutôt à droite; si la fatigue, toutes les misères physiologiques, une grave maladie aiguë ont parfois provoqué son apparition, M. Tillaux l'a vu naître sans cause appréciable, chez une jeune fille qui travaillait toujours assise. M. Servier a publié en 1872, dans la *Gazette hebdomadaire*, deux cas pour prouver l'hérédité du *genu valgum*. M. Laborde a repris cette thèse en 1877; mais cette opinion n'a pas prévalu.

De rares autopsies nous ont révélé les lésions du genou en dedans; elles peuvent se résumer ainsi: le ligament latéral interne est allongé, mais très rarement relâché; le ligament latéral externe serait rétracté; le fémur est incurvé dans son tiers inférieur, et le tibia dans son tiers supérieur. Le condyle interne du fémur mesure une hauteur plus grande, mais son diamètre antéro-postérieur n'est pas augmenté; le condyle externe est aplati et élargi. Mêmes dispositions souvent du côté du tibia: augmentation de hauteur de la tubérosité interne et aplatissement de la tubérosité externe. Enfin, on a noté l'écrasement de la cavité glénoïde externe.

Trois théories sont invoquées pour expliquer l'apparition du genou en dedans: une première incrimine les ligaments; pour ceux qui la défendent, Jules Guérin, Malgaigne, Pingaud, Billroth, Owen, Dubreuil, il y aurait laxité primitive du ligament latéral interne; les altérations osseuses seraient consécutives, et le condyle interne, non maintenu contre la cavité glénoïde, prendrait un développement excessif. D'après la seconde théorie, que défend Duchenne (de Boulogne), les muscles seraient les seuls coupables, et la déviation est produite, soit par excès de puissance des muscles rotateurs en dehors, soit par la faiblesse de leurs antagonistes. Enfin, et c'est la pathogénie généralement admise, le genou en dedans serait provoqué par des troubles dans l'ossification. Pour M. Delore, le rachitisme serait le point de départ de l'affection; mais il faudrait admettre alors, avec le professeur lyonnais, que le rachitisme n'est pas seulement une maladie de l'enfance, et qu'on la rencontrerait après quatorze ans. M. Tripier soutient le fait et l'appuie de quelques observations; mais la plupart des chirurgiens excluent le rachitisme.

L'accroissement plus actif de la moitié interne du cartilage ostéogénique expliquerait la déformation: dans certaines attitudes de la station debout, le condyle externe du fémur et la tubérosité correspondante du tibia supportent en partie le poids du corps; le tassement du cartilage de conjugaison ralentit les échanges nutritifs qui s'augmentent plutôt dans la moitié interne; celle-ci s'épaissit et le condyle interne en est agrandi d'autant. Cette suractivité de la portion interne du cartilage ostéogénique n'était invoquée que pour le condyle du fémur; mais M. Verneuil a montré qu'il en était de même pour la tubérosité interne du tibia, et nous nous rappelons une jeune fille de son service où le processus fut des plus nets: *genu valgum* commençant, douleur vive du tibia au niveau du segment interne du cartilage de conjugaison; repos au lit; vésicatoire sur la partie douloureuse; la déviation cesse de s'accroître.

Si nous avons résumé en quelques paragraphes rapides l'histoire du genou en dedans, c'est qu'elle est moins connue encore et de date plus récente que les autres déviations du membre inférieur, les ankyloses, les cals fibreux et le rachitisme. Mais dans toutes ces déformations les mêmes traitements ont été proposés: l'*ostéotomie* et l'*ostéoclasie*. Voyons quelles en sont les indications, et les cas qui ressortissent à l'une ou à l'autre de ces méthodes.

II

L'*ostéotomie* consiste dans la section linéaire d'un os difforme ou dans l'excision, cunéiforme généralement, d'une portion de cet os pour obtenir le redressement de son axe dévié. Cette opération date de ce siècle, car si on en fait remonter l'idée première à Hippocrate, si Malgaigne rapporte que Paul d'Égine proposait de dénuder le cal anguleux pour le diviser avec des tenailles incisives, les premières interventions régulières sont de notre époque et de notre pays. En 1815, Lemercier sciait le tibia pour une fracture vicieusement consolidée; il fut imité par Wasserfuhr, en 1821, par Rey et par Smith. Rhéa Barton, en 1826 et en 1830, étendit

l'ostéotomie aux ankyloses, et à partir de ce moment ses applications et son manuel opératoire préoccupèrent un grand nombre de chirurgiens.

Clémot de Rochefort, en 1834, Maisonneuve, en 1847, Wattmann, Platt Burr, Gibson, Gurdon Burk, Kearney, Behrend pratiquent l'ostéotomie linéaire ou cunéiforme pour des ankyloses ou des cals vicieux; Mayer, de Wurtzburg, étend ses indications et y recourt, le premier, pour le *genu valgum* et les déformations rachitiques. « Il mettait l'os à nu; au niveau de la saillie de courbure, il appliquait une couronne de trépan ou donnait un coup de scie et redressait le membre de vive force. » Langenbeck et Brainard adoptent cette méthode.

Mais, tandis que cette opération, née chez nous, gagnait ainsi l'étranger et y prenait un grand développement sous l'impulsion de Wolkmann, Billroth, Nussbaum, Scheede en Allemagne, de Walh en Russie, d'Adam, Mawder et Lund en Angleterre, elle périclitait en France, et en 1855 elle fut à peu près proscrite par la Société de chirurgie. Velpeau, Blandin, Malgaigne, Portal, Guersant et Jobert la pratiquèrent bien quelquefois. M. Richet la proposa pour l'ankylose de la mâchoire inférieure, mais elle n'est jamais entrée dans la chirurgie courante et malgré les beaux travaux de M. Bœckel, malgré l'innocuité relative qu'elle doit aux nouveaux pansements, nous ferions facilement le compte des ostéotomies françaises. Voyons quelles sont les causes d'une pareille défaveur.

Dans les *ankyloses* de la hanche, du genou et du cou-de-pied, on a eu recours à l'ostéotomie, parfois avec l'intention de créer une pseudarthrose, mais les succès ont été rares et nous n'avons à nous occuper ici que du redressement du membre. Rhéa Barton sectionna le cal du fémur pour corriger une mauvaise attitude; Maisonneuve ne put détacher le cal avec la gouge et le marteau; il fut obligé de scier l'os entre les deux trochanters. M. Chalot, dans sa thèse d'agrégation, nous donne les résultats de l'ostéotomie coxo-fémorale de 1872 à 1877. 39 opérés; 32 guéris; des 7 autres, 1 est mort et 5 ont été perdus de vue. En Allemagne, il est vrai, les résultats seraient moins brillants et Gussenbauer évaluerait à 50 pour 100 la mortalité dans cette intervention. Nous n'insisterons pas : pour conseiller l'ostéotomie, il faudrait qu'elle fût toujours efficace et innocente, car l'ostéoclasie a donné de magnifiques succès. Aussi, dans l'ankylose de la hanche, nous pensons, avec Nélaton, Delore et Ollier, que la fracture intentionnelle du col du fémur doit être pratiquée à l'exclusion de la section osseuse.

En est-il de même pour le genou? Cette articulation volumineuse est peu propre à la brusque rupture des os ankylosés. Louvrier, avec sa machine, brutale il est vrai, a eu 2 morts sur 21 ostéoclasies. Nussbaum n'aurait pas eu de mort, mais des fractures du tibia et des déchirures de la peau. D'autre part, l'ostéotomie n'est pas sans gravité et la statistique recueillie par Chalot nous montre que sur 29 opérés il y a eu 6 morts. Aussi nous semble-t-il difficile de se prononcer : l'ostéoclasie a été longtemps faite avec des instruments défectueux; peut être l'ostéoclate de M. Collin sera-t-il plus efficace. Mais n'oublions pas que l'ostéotomie a rendu de signalés services en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, — et sachons l'employer au besoin. Ajoutons que Behrend, Billroth, Scheede et quelques autres cités par M. Bœckel ont fait avec succès l'incision cunéiforme de l'extrémité inférieure du tibia pour redresser un pied-bot équin.

Même incertitude pour les *cals vicieux* : l'ostéotomie et l'ostéoclasie ont été employés, et l'une et l'autre ont leur indication. On pourra toujours essayer du redressement manuel. Dupuytren le croyait efficace jusqu'au soixantième jour seulement; s'il ne suffit pas, on aurait recours aux machines; mais elles peuvent échouer; l'application en est parfois difficile, puis l'os résiste parfois et l'ostéotomie demeure la dernière ressource; ce fut même pour remédier aux cals difformes qu'elle fut imaginée. M. Pradignac, dans son excellente thèse, relève 30 cas d'ostéotomie pour cal vicieux parmi lesquels il y eut 3 morts. L'opération n'est donc pas exempte de danger, mais l'importance fonctionnelle peut être telle que l'hésitation n'est pas possible et la chirurgie doit intervenir.

Les incurvations du *rachitisme* sont beaucoup plus fréquentes, et nous pouvons asseoir notre jugement sur des statistiques plus étendues. M. Bœckel a relevé 132 ostéotomies pour déformations rachitiques; Eugène et Jules Bœckel y figurent pour 12 cas, Billroth pour 30, Wolkmann pour 41, Barwell pour 22; parmi les chirurgiens de Paris, nous ne trouvons que Lannelongue, et pour 1 cas seulement. En France, en effet, l'ostéotomie a été très rarement pratiquée pour ce genre de difformité, et pour plusieurs raisons : d'abord, il faut que la déviation soit grande et gêne réellement la marche pour que l'intervention soit jugée nécessaire; ensuite, avant d'y avoir recours, on essaie l'ostéoclasie. Ce n'est que dans des cas rebelles, lorsque l'application des ostéoclastes présente des difficultés particulières ou que l'os, trop éburné, résiste à toutes les pressions que la section cunéiforme est indiquée.

Reste le *genu valgum* : ici la doctrine est plus ferme et l'ostéotomie voit son champ se limiter de plus en plus; tant que les épiphyses ne sont pas soudées, l'ostéoclasie est une règle qui ne souffre pas d'exception; mais, à partir de vingt ans, le cartilage a presque disparu, les os deviennent résistants et une machine pourrait amener la rupture non du tibia, mais des ligaments latéraux, ce qu'il faut éviter à tout prix. Aussi serait-ce seulement après la soudure des épiphyses que la question d'ostéotomie pourrait se poser. Encore ferons-nous quelques remarques. Si la déformation est grande, le patient aura demandé, avant vingt ans, l'intervention du chirurgien; si la déviation est légère, il n'y aura pas lieu d'opérer. Voilà pourquoi M. Beauregard, du Havre, est à peu près le seul en France qui ait pratiqué l'ostéotomie pour un genou en dedans. A l'étranger, où Mayer de Wurtzbourg y eut recours dès 1852, on y met moins de réserve et M. Pradignac relève 18 opérations qui toutes d'ailleurs auraient été couronnées de succès. Macwen l'aurait faite 50 fois sur 40 malades et le résultat aurait toujours été heureux. « Nous ne voulons pas incriminer ces chiffres, nous dit M. Peyre, mais nous ferons remarquer que M. Macwen a pratiqué sa première ostéotomie à la fin de 1877 et que sa statistique est de 1878.

Cette rapide analyse a suffi pour montrer le profond désaccord qui règne au point de vue de l'ostéotomie entre la France et les autres nations. Peut-être, chez nous, en est-on trop peu partisan; toutes les statistiques que nous avons citées proclament l'innocuité de l'opération. M. Bœckel, dans un récent travail, a recueilli 226 cas qui n'auraient donné que 5 morts. Mais on est pris de quelque méfiance sur la sincérité des statistiques auxquelles a eu affaire le consciencieux chirurgien de Strasbourg, surtout lorsqu'on se rappelle que Gussenbauer évalue à 50 pour 100 la mortalité des ostéotomies pour les ankyloses coxo-fémorales. M. Peyre rapporte, dans sa thèse, quelques cas malheureux recueillis dans les journaux périodiques et beaucoup sans doute n'ont pas été publiés; il y a eu des arthrites consécutives, une tumeur

blanche; l'ankylose de l'articulation; on a dû pratiquer l'amputation de la cuisse pour sauver un malade, et Bœckel cite un cas de mort par septicémie suraiguë.

III

C'est la crainte de ces accidents redoutables qui nous fait adopter, en France, l'ostéoclasie comme la méthode de choix. On l'emploie presque exclusivement, et en dehors de quelques cals vicieux difficilement accessibles, de certaines ankyloses du genou, de déformations rachitiques avec des os éburnés et d'une dureté excessive, à l'exception des genoux en dedans laissés sans traitement jusqu'après la soudure des épiphyses, la rupture des os reste la loi du chirurgien.

La méthode n'est pas absolument nouvelle : les fractures intentionnelles pour les cals vicieux ne sont pas nées d'hier et l'on se rappelle la fameuse machine de Louvrier pour la rupture des ankyloses. Mais ce mode de traitement n'a été érigé en véritable méthode que lorsque Delore, de Lyon, eut fait, sur le *genu valgum* et les déviations rachitiques, une communication capitale où il exposait les excellents résultats qu'il avait obtenus, dans plus de 200 cas, par le redressement manuel des membres inférieurs.

Dès ce moment, le sujet fut à l'ordre du jour. M. Tillaux modifie le procédé de Delore; M. Collin substitue au redressement manuel le redressement par un appareil excellent qui régularise les efforts du chirurgien; puis on expérimente sur le cadavre et on se rend compte du mode d'action sur l'articulation et ses ligaments, sur le périoste et sur le cartilage ostéogénique. Enfin, la méthode est appliquée dans nos divers hôpitaux, surtout pour le *genu valgum*, et les résultats obtenus sont tels que l'ostéotomie, fût-elle innocente de toute complication, ne saurait en donner de meilleurs.

Delore couche sur le bord d'une table son malade anesthésié; le membre à redresser est placé dans la rotation en dehors; « un aide soutient le pied et la jambe au niveau du plan du lit. C'est alors que le chirurgien appuie fortement sur le sommet de l'angle en imprimant de légères secousses. » M. Tillaux se sert de la jambe comme d'un levier. Le sommet de l'angle du genou porte sur le bord de la table; un aide vigoureux maintient solidement la cuisse, tandis que l'opérateur pèse sur la jambe par secousses graduées. On entend quelques craquements osseux et le redressement s'opère.

La pratique de M. Tillaux et celle de M. Delore ont montré l'excellence de ces procédés; le redressement est obtenu et il n'y a pas d'accidents graves à déplorer. Cependant, les expérimentations de M. Delore et une autopsie qu'il a pu faire sur un opéré, mort de pneumonie, prouvent que la fracture de l'os et le décollement de l'épiphyse s'accompagnent souvent de lésions dans la jointure : les surfaces articulaires sont écartées et le ligament latéral externe est arraché. Il est vrai qu'une immobilisation rigoureuse a toujours conjuré l'arthrite et la réaction générale.

L'appareil de M. Collin éviterait toute lésion articulaire : les observations de Peyrot et Farabeuf et celles de Terrillon ne laissent aucun doute sûr ce point; un interne distingué, M. Ménard, a entrepris un très grand nombre d'expériences qui ne sont pas encore publiées, mais dont les résultats, croyons-nous, concordent sur ce point avec celles de ses prédécesseurs : « absence complète de lésions articulaires; intégrité du ligament latéral externe; condyle externe du fémur arraché et entraînant avec lui le cartilage ostéogénique; condyle interne comme tassé, avec écrasement de la substance spongieuse; périoste décollé sur la face externe du fémur. »

Cette intégrité de l'articulation n'est pas le seul avantage que présente l'ostéoclaste de Collin. Dans un rapport à la Société de chirurgie, M. Terrillon insiste sur la sécurité du chirurgien, « qui agit avec précision sur un point déterminé; la force déployée peut être graduée à volonté et on peut suivre exactement les progrès du redressement à mesure qu'il se produit; un homme d'une force moyenne agit aussi sûrement et aussi énergiquement qu'un homme d'une vigueur considérable. »

Dès que le redressement du genou a été obtenu, le membre inférieur est placé dans une gouttière plâtrée qui du pied remonte jusqu'à l'aine. L'articulation fémoro-tibiale a été au préalable enveloppée de ouate et le pied est strictement maintenu dans la rectitude; deux atelles en fil de fer sont appliquées sur l'appareil plâtré jusqu'à ce que sa solidification soit complète. L'écartement qui s'est produit entre le condyle externe arraché et la diaphyse se comble; au bout de deux mois, la gouttière doit être enlevée. Un tuteur à tige métallique, appuyé sur une bottine et s'attachant à une ceinture, soutient le membre opéré, pendant six mois ou un an environ : à ce moment, une guérison parfaite est le plus souvent obtenue.

La simplicité de l'intervention chirurgicale, l'absence de complication, l'excellence des résultats nous expliquent donc ces préférences pour l'ostéoclasie. Sauf dans les quelques exceptions que nous avons signalées au cours de cet article, l'ostéotomie sera repoussée. Entre ces deux opérations d'égale efficacité ne trouvons-nous pas, au point de vue des accidents possibles, la différence qui sépare la fracture simple de la fracture ouverte?

Paul Reclus.

Résection de l'estomac pour une tumeur cancéreuse.

Il n'y aura bientôt plus de viscère abdominal qui ne puisse être extirpé par les chirurgiens, avec un succès sinon durable, au moins « opératoire »; et dans cette lutte hardie, qui a pour but d'élargir le champ de l'intervention chirurgicale, on compte des représentants de toutes nations. Aujourd'hui, c'est Billroth qui les dépasse tous, ainsi qu'on en peut juger par la relation suivante, que nous donnons en abrégé et sans commentaires, du moins pour cette fois.

C'est le 29 janvier que le docteur Billroth a tenté la résection de l'estomac, sur une femme de quarante-trois ans qui, depuis plusieurs semaines, présentait les symptômes d'un cancer de cet organe; il y avait des vomissements constants, des hématémèses et du mélina, et l'on sentait au niveau du pylore une tumeur volumineuse qui était mobile; et c'est cette mobilité qui fit accepter la possibilité d'une opération. Celle-ci fut pratiquée avec l'arrière-pensée de ne faire qu'une incision explorative, dans le cas où une extirpation eût été reconnue impossible.

Voici comment Billroth procéda à l'opération : il fit une incision de la paroi abdominale parallèle au rebord des fausses côtes droites, immédiatement au-dessus de la tumeur, comme s'il se fût agi de la « *gastrostomatomie* ». Après l'incision des téguments et du péritoine, on découvrit la tumeur recouverte par l'épiploon et adhérente au côlon transverse; on l'isola de ces parties; un ganglion carcinomateux fut extirpé, et l'on constata qu'il s'agissait d'un carcinome étendu au fond de l'estomac et au pylore. Le docteur Billroth ne voulut pas cependant se résoudre à abandonner l'opération en

fermant la plaie abdominale; il préféra pratiquer l'extirpation de la tumeur ou plutôt la résection d'une partie de l'estomac, puisqu'il fut obligé, pour isoler la tumeur, de faire, d'une part, l'incision de l'estomac vers le milieu de la petite courbure, et, d'autre part, une incision au-dessous du pylore, dans la partie saine du duodénum.

On fut très étonné de la facilité avec laquelle on put alors faire la suture du moignon gastrique et du moignon duodénal, au moyen des sutures qui avaient été préalablement disposées au-dessus et au-dessous de la tumeur; et de plus on put apprécier que la rétraction de la portion conservée de l'estomac était immédiate et assez complète pour permettre l'adaptation de la surface de section de l'estomac et de celle du duodénum; de sorte que, après l'opération, il restait en définitive un estomac très rétréci et singulièrement amoindri, mais perméable. La suture de l'abdomen ayant été faite, on appliqua le pansement antiseptique sans tube à drainage.

Le deuxième jour après l'opération, la malade prit de la nourriture par la bouche, et au huitième jour les sutures de la paroi abdominale furent enlevées; mais on ne peut affirmer avec précision si les sutures viscérales ont été extraites en même temps, ou bien si elles sont restées enkystées, ou encore si elles sont tombées dans l'estomac de nouvelle formation. Quoi qu'il en soit, quinze jours après l'opération, la malade était vivante, prouvant ainsi la possibilité de réséquer avec succès une partie de l'estomac.

Il reste à savoir si la guérison sera définitive, à constater combien de temps l'opérée sera guérie; en d'autres termes, à apprécier quel sera pour elle le bénéfice réel d'une opération qui pourrait intéresser à un égal degré les chirurgiens et les audacieux physiologistes, qui n'ont pourtant pas l'occasion de tenter des expériences où la responsabilité de l'opérateur soit aussi gravement engagée.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Sur l'emploi des injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine dans la transpiration fétide des pieds. — Action comparée de la pilocarpine et du jaborandi. Communication faite à l'Académie de médecine, dans la séance du mardi 25 janvier 1881, par le docteur Armaingaud.

Obs. I. — M. D..., transpiration fétide des pieds datant de huit ans, se manifestant surtout au printemps et en été; la peau des faces palmaires et latérales des orteils et celle de la face palmaire du pied est altérée par imbibition de la sécrétion sudorale; l'épiderme est blanchâtre et comme macéré.

Plusieurs médications employées à diverses reprises ont réussi à faire disparaître cette transpiration, notamment l'enveloppement des parties malades dans du diachylon, des pédiluves de roses de Provins, des granules d'atropine, des injections sous-cutanées de la même substance; mais, chaque fois que la suppression de la transpiration a été ainsi obtenue, le malade a éprouvé des symptômes de congestion cérébrale et une céphalalgie persistante, qui m'ont toujours obligé à rappeler la sécrétion morbide par l'application continue de cataplasmes chauds.

J'eus alors l'idée d'employer le nitrate de pilocarpine en injections hypodermiques, et voici les résultats que j'ai obtenus :

Premier et deuxième jours. — Le malade étant en pleine transpiration des pieds, injection sous la peau de l'épaule gauche de 2 centigrammes de nitrate de pilocarpine : peu de transpiration générale, mais salivation très abondante, survenue cinq minutes après l'injection; accélération du pouls; rougeur de la face et suppression, au bout de cinq ou six heures, de la transpiration et de la fétidité des pieds. Le lendemain, deuxième injection de la même dose de pilocarpine : la transpiration cesse pendant *trois jours*.

Cinquième et sixième jours. — Retour partiel de la transpiration et de la fétidité; injection de 3 centigrammes de pilocarpine chaque jour : salivation et sécrétion nasale très abondantes; accélération du pouls; rougeur de la face; *douleur névralgique* excessivement intense dans le rectum, accompagnée de contractions très douloureuses du sphincter de l'anus, et suppression presque immédiate de la transpiration et de la fétidité des pieds pendant *quatre jours*.

Dixième, onzième, quatorzième et seizième jours. — Cinq jours après la transpiration reparaissant, mais très atténuée, j'injecte 3 centigrammes de pilocarpine, et je renouvelle cette injection le lendemain, puis deux fois encore de deux en deux jours. Mêmes effets que précédemment. Et, depuis ce jour, c'est-à-dire depuis bientôt neuf mois, la suppression de la sécrétion morbide s'est maintenue sans injection nouvelle, *et, fait remarquable sur lequel j'appelle l'attention*, il ne s'est produit chez ce malade aucun des phénomènes qui s'étaient manifestés à la suite des traitements locaux antérieurement employés, c'est-à-dire qu'il n'a éprouvé ni céphalalgie, ni aucun malaise qui puisse lui faire désirer le retour de son infirmité.

Obs. II. — Trois semaines après, je donnais des soins à un autre malade, M. M..., pour des accidents consécutifs à une hypertrophie énorme et généralisée du cœur, sans lésion valvulaire et sans aucun obstacle circulatoire appréciable; en un mot, pour une hypertrophie simple et primitive du cœur. Me rappelant alors que M. M... était atteint depuis longtemps de transpiration fétide des pieds, je lui proposai (ce que je n'aurais pas fait s'il eût été atteint de toute autre lésion du cœur) d'essayer également chez lui les injections de pilocarpine, qui m'avaient si bien réussi chez le malade précédent.

Mais je voulus d'abord essayer chez lui l'infusion de jaborandi, afin d'obtenir une transpiration très abondante, que je n'ai presque jamais pu obtenir avec la pilocarpine, dont les propriétés sialagogues me paraissent de beaucoup l'emporter sur ses propriétés sudorifiques, contrairement à l'opinion exprimée, dans ses *Leçons sur la thérapeutique des maladies du cœur*, par notre savant confrère M. Dujardin-Beaumetz; mon but, en agissant ainsi, était de rechercher si les sudations générales et abondantes obtenues par l'emploi de la plante brésilienne produiraient des effets comparables à ceux de la salivation.

Premier jour. — J'administrai donc à M. M... une infusion de feuilles de jaborandi, et son corps fut vite couvert d'une abondante transpiration; la salivation fut peu abondante; *la transpiration et la fétidité des pieds ne furent en rien modifiées par cette sudation.*

Deuxième jour. — Le lendemain, deux infusions de feuilles de jaborandi : transpiration générale abondante, mais aucune diminution dans la fétidité de la sécrétion sudorale des pieds, ni ce jour même, ni les jours suivants.

Cinquième jour. — Trois jours après, au lieu d'employer le jaborandi, je fais une injection sous-cutanée de 2 centigrammes de pilocarpine à l'épaule gauche; six minutes après, établissement d'une salivation très abondante, à peine accompagnée d'un peu de transpiration, et diminution, mais non suppression, de la transpiration et de la fétidité des pieds.

Septième jour. — Deux jours après, injection de *4 centigrammes* de nitrate de pilocarpine : salivation très abondante, transpiration générale peu abondante, gastralgie, et *six heures* après suppression complète de la transpiration et de la fétidité des pieds.

Depuis ce jour, une injection de pilocarpine à la dose de 3 centigrammes est faite tous les deux jours pendant dix jours, et actuellement, huit mois après avoir cessé le traitement, la suppression de l'infirmité, qui a cessé dès la deuxième injection, s'est maintenue sans qu'il éprouve ni céphalalgie, ni aucun malaise; et, tandis qu'autrefois il avait le désagrément de voir beaucoup de personnes s'éloigner de lui, repoussées par l'odeur fétide qu'il répandait dans son voisinage, il pourrait aujourd'hui, suivant ses propres expressions, et si la chose était admise en bonne compagnie, mettre ses pieds sur la table sans soulever la protestation du plus subtil odorat.

Obs. III. — Un mois et demi après, un troisième malade atteint de la même infirmité m'ayant été adressé par le précédent, j'employai la même médication; pour ménager les instants de l'Académie, je ne reproduirai pas ici les détails de cette observation;

il me suffira de constater que, comme dans le cas précédent, les infusions de jaborandi essayées d'abord n'ont produit aucun résultat, tandis que les injections de pilocarpine ont supprimé presque immédiatement et la transpiration des pieds et la fétidité, après d'abondantes salivations, et que la maladie n'a pas reparu depuis.

Conclusions. — Assurément, messieurs, les faits précédents ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse affirmer qu'on possède dans la pilocarpine un moyen certain et toujours fidèle de guérir la transpiration fétide des pieds. J'ajouterai même que j'ai observé, en ce qui concerne l'action de la pilocarpine dans la *fièvre intermittente*, des résultats si contradictoires, que je suis amené à me défier un peu de la fidélité d'action thérapeutique de cette substance (alors même qu'il s'agit d'un produit parfaitement identique).

Je crois néanmoins pouvoir tirer, au moins provisoirement, des faits précédents les conclusions suivantes, qui, si elles n'étaient pas définitives, peuvent au moins servir de base à de nouvelles recherches :

1° Les injections hypodermiques répétées de nitrate de pilocarpine paraissent avoir une action curative dans la transpiration fétide des pieds.

2° La suppression de la transpiration des pieds obtenue par l'emploi de cette substance, alors même qu'elle a lieu brusquement, ne paraît pas avoir sur l'organisme de retentissement fâcheux.

3° Cette action est-elle définitive ou seulement temporaire? C'est ce que l'observation plus longtemps prolongée de mes trois malades me démontrera.

4° La pilocarpine agit, dans ce cas, en produisant une hypersécrétion dérivative et substitutive dans les glandes salivaires, et l'action sudorifique qu'on obtient beaucoup plus sûrement et plus complètement avec le jaborandi qu'avec la pilocarpine ne paraît pas pouvoir être substituée avantageusement à cette action sialagogue de la pilocarpine.

Il serait d'ailleurs intéressant de s'assurer si le produit qui donne lieu, probablement par sa décomposition, à la fétidité de la sueur morbide des pieds, ne s'éliminant plus par la face palmaire et latérale des orteils et de la plante des pieds, ne serait pas éliminé par la salivation ainsi provoquée. Mais il faudrait d'abord connaître avec certitude le principe qui donne lieu à cette odeur, et on est loin d'être fixé sur ce point. Toutefois, on doit tenir grand compte de l'opinion émise par M. Charles Robin, qui, ayant constaté que cette sueur morbide contient de la *leucine*, attribue la fétidité à la décomposition de cette substance et à la formation de valérate d'ammoniaque.

Je me propose donc, dans les nouveaux faits que j'aurai occasion d'observer, de recueillir la salive et d'y rechercher la présence de la leucine et des autres produits qui peuvent être incriminés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Inoculation de la morve au chien. Note de M. *V. Galtier*. — Parmi les nombreux chiens que j'ai inoculés avec du virus morveux, dit l'auteur, je n'ai pas encore eu l'occasion de rencontrer un seul sujet réfractaire. Mais, si le chien contracte la morve quand on lui en inocule le virus, les accidents morbides restent ordinairement *localisés au point d'inoculation*. Peu de temps après l'opération, trois, quatre, cinq, six, sept jours, on voit apparaître de la turgescence dans la région; il se forme, au niveau de chaque piqûre, une petite plaie ulcéreuse, cupuliforme, grenue, jaunâtre dans son ensemble, analogue à la plaie du farcin chronique chez le cheval. Cette plaie sécrète abondamment un pus très fluide, huileux, jaune grisâtre, qui souvent se concrète en croûte au-dessus de l'ulcère, et celui-ci n'en continue pas moins à sécréter au-dessous de la croûte ainsi formée...

On croit généralement que cette localisation est une règle sans exception. Cela est inexact; il est vrai que les lésions ne se montrent ordinairement que dans la région inoculée, mais il peut en être autrement. Chez un des chiens inoculés sur le front, j'ai vu des plaies ulcéreuses se produire, d'abord au niveau des piqûres, et, quelque temps après, une autre plaie ulcéreuse s'est formée sur la face externe de la cuisse droite, puis une nouvelle plaie sur le dos; malgré cette généralisation, la maladie a fini par disparaître totalement, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par l'inoculation et par l'autopsie. Sur un autre chien inoculé derrière la nuque, j'ai également observé une plaie au point d'inoculation, puis une seconde au niveau du dos. Enfin, chez le chien comme chez le lapin, j'ai constaté que, si les lésions peuvent rester localisées aux points inoculés, il arrive parfois que la virulence est disséminée dans l'économie ou au moins dans le système lymphatique. J'ai transmis une fois la morve à l'âne en lui inoculant le produit d'un ganglion du flanc d'un lapin qui ne présentait des lésions qu'aux oreilles, où le virus avait été inséré; j'ai aussi transmis la morve à l'âne en lui insérant la pulpe d'un ganglion du flanc d'un chien inoculé au niveau des épaules, et qui ne présentait des lésions qu'aux points sur lesquels l'opération avait porté. La virulence peut donc se généraliser, quoique les lésions restent localisées; il semble ainsi que le virus morveux peut se répandre dans l'organisme du chien, et dans celui du lapin quelquefois, sans occasionner des lésions anatomiques, si ce n'est aux points qui ont été le siège du traumatisme de l'inoculation...

On a prétendu qu'une première atteinte de morve conférait l'immunité au chien déjà guéri. Je ne sais pas encore s'il est possible d'arriver à conférer l'immunité complète au chien par un certain nombre d'inoculations successives, mais ce que je sais bien, c'est qu'on ne l'obtient pas à la suite d'une première inoculation. Jusqu'à présent, je n'ai trouvé aucun chien qui soit devenu réfractaire à la suite d'une première, d'une deuxième, d'une troisième inoculation; j'ai inoculé fructueusement plusieurs chiens jusqu'à quatre fois, jusqu'à cinq fois dans l'espace de six mois....

Physiologie des dyspepsies. Note de M. *G. Sée*. (Voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 2, p. 26.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministro de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académio les formules et échantillons de plusieurs remèdes secrets et nouveaux. M. le ministre de l'intérieur sollicite l'avis de l'Académie sur la demande que lui a adressée la *Société contre l'abus du tabac*, à l'effet d'obtenir le bénéfice de la reconnaissance légale. (Renvoi à une Commission composée de MM. Vulpian, Peter, Léon Colin, Villemin et Lagneau.)

M. le docteur *Pigeon* (de Fourchambault), envoie une brochure intitulée : *Réflexions sur les expériences et les conclusions de M. Pasteur relatives au charbon*.

M. le docteur *Oré* (de Bordeaux) adresse une lettre de candidature à la place vacante dans la première division (médecine) des membres correspondants nationaux.

M. le docteur *Dichiava* (de Palerme), fait hommage d'un certain nombre de brochures à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), une observation d'*invagination et d'iléus* ; 2° au nom de M. le docteur Henrot (de Reims), une brochure intitulée : *Notes de clinique médicale*; 3° au nom de M. le docteur Lapponi (de Pollenza), les ouvrages suivants : *Supra un caso di fortuita infezione puerperale in soggetto masohile*, et *Storia di un caso di congestione venose acutissima dell' encefalo*; 4° au nom de M. le docteur Carlo Ricci (de Pise), les travaux portant ces titres : *Delle fistole orinarie della donna e di un caso speciale di queste*, et *Di una singulare distocia gemellarie di un volumino tumore uterino*; 5° au nom de M. le docteur George M. Beard (de New-York), une brochure sous ce titre : *The asylum in Europe*.

M. le docteur *Germain Sée* fait hommage du livre qu'il vient de publier : *Des dyspepsies gastro-intestinales, clinique physiologique*.

M. le docteur *J. Rochard* dépose, au nom de M. le docteur Aubert, le *Compte*

rendu des vaccinations et des revaccinations pratiquées au 70e et au 28e régiments de ligne en 1878, 1879 et 1880. (Commission de vaccine.)

M. le docteur *Depaul* présente, de la part de M. le docteur Adrien Schmit, un travail manuscrit intitulé : *Quelques nouvelles considérations sur les revaccinations faites au 64e de ligne en 1880. (Même Commission.)*

M. le docteur *Larrey* offre, au nom de M. le docteur Barralller (de Toulon), un travail sous ce titre : *Potasse et ses composés.*

M. le docteur *Polaillon* dépose, de la part de M. le docteur de Beauvais, un mémoire sur l'*empoisonnement accidentel par le sulfate neutre d'atropine employé en collyre.*

M. le docteur *Trélat* présente, au nom de M. le docteur Ménière, une brochure sur le *Traitement de l'otorrhée purulente chronique*, suivi de *Quelques considérations sur la maladie de Ménière.*

M. le docteur *Labbé* montre à l'Académie, de la part de M. le docteur Oré (de Bordeaux), un cerveau entier, sans diminution de volume, métallisé à l'aide de la galvanoplastie.

M. *le Président*, avec l'approbation de l'Académie, déclare une vacance dans la section des membres associés libres, en remplacement de M. Peisse, décédé.

Traitement de la pustule maligne. — M. *Trélat*, à propos de la communication faite dans la séance précédente par M. Verneuil sur le traitement de la pustule maligne, ne croit pas qu'il soit nécessaire de pratiquer complètement le traitement complexe préconisé par ce dernier; il ne lui semble pas qu'il soit toujours nécessaire de faire des cautérisations au fer rouge dans la zone d'induration. Et, à ce sujet, il cite l'observation d'une jeune fille, âgée de vingt-cinq ans, qu'il eut l'occasion de soigner il y a trois ans; lorsqu'elle entra à l'hôpital, elle avait contracté, huit jours auparavant, une pustule maligne dans la région qui correspond au tiers supérieur du sterno-mastoïdien à droite; la pustule était entouré d'un gonflement considérable et l'état général était des plus alarmants. L'eschare fut excisée et cautérisée avec la pâte de Vienne, quatre injections antiseptiques de 30 gouttes chacune d'une solution d'acide phénique au 1/100e furent pratiquées à une distance de 5 à 6 centimètres tout autour de l'aréole vésiculaire. Le lendemain, il y avait déjà un peu d'amélioration ; 10 injections semblables furent faites dans la journée, 20 autres le jour suivant dans les parties de l'œdème plus éloignées, 6 encore le jour qui suivit, et une potion comprenant 50 centigrammes d'acide phénique fut alors administrée. La malade guérit complètement au bout de peu de temps. Le sang qui avait été examiné au sixième jour du traitement ne contenait pas de bactéries.

M. *Verneuil* pense qu'on ne saurait trop associer, ainsi qu'il l'a établi, les moyens thérapeutiques les mieux appropriés aux divers phénomènes que présente, en général, l'évolution de la pustule maligne: eschare au centre, induration alentour, œdème à la périphérie. Chacun des procédés employés d'ordinaire contre ces manifestations morbides a présenté des insuccès, notamment les injections antiseptiques, tandis que leur ensemble, qui ne complique que fort peu l'opération, offre des garanties bien plus certaines et efficaces. Les services rendus fréquemment par les cautérisations dans la zone indurée suspecte et menacée de gangrène ne lui paraissent pas pouvoir permettre d'en négliger la pratique. M. Verneuil présente un dessin reproduisant les dimensions de l'eschare qu'il a enlevée sur la paupière de l'enfant dont il a rappelé l'observation à la précédente séance; la cicatrisation s'est faite dans les meilleures conditions et ne laissera presque aucune trace ; le malade ne sera pas défiguré.

M. *Davaine* fait remarquer que, dans les cas où les injections antiseptiques n'ont pas produit de résultat, il est aisé de montrer qu'elles avaient été mal faites. Récemment, M. le docteur Chipault (d'Orléans) a pu guérir, en très peu de jours, trois pustules malignes graves et un œdème malin de la face par les injections sous-cutanées seules.

Trichinose. — A propos des nombreux faits de trichinose observés sur les animaux et sur l'homme, qui ont été signalés dans ces derniers temps et, récemment encore, dans plusieurs contrées de l'Europe, en Amérique et en France, M. *Laboulbène* fait devant l'Académie la relation de la première épidémie d'infection par les trichines constatée en France en 1878, à Crépy-en-Valois, près de Paris. Sur les instances de M. Moutard-Martin, il avait à cette époque examiné un morceau de viande de porc provenant de cette localité, viande qui avait déterminé des accidents à caractères typhoïdes, mais d'allures spéciales, chez 17 personnes sur 20 qui en avaient mangé. Cette viande était infectée de trichine, aisément visibles au microscope. M. Colin en fit avaler à des oiseaux, et il retrouva les vers libres et morts dans les fèces.

M. le docteur Jolivet, qui avait eu à soigner les malades, avait remarqué chez eux d'abord des troubles gastro-intestinaux, langue blanche, soif, anorexie, puis de l'œdème facial, de l'œdème des malléoles, des douleurs vives dans les masses musculaires, de l'albuminurie, l'état typhoïde, et, de plus, chez une jeune fille qui succomba très probablement à cette sorte d'empoisonnement, une broncho-pneumonie double. Ces symptômes sont bien en rapport avec ce que l'on sait des diverses phases du développement des trichines et de leurs immigrations, de leurs localisations successives dans les diverses parties de l'économie. La petite épidémie de Crépy-en-Valois est donc due à la trichinose; elle résulte manifestement de l'ingestion de la viande d'un porc infesté, distribuée à un grand nombre de personnes. Ce porc appartenait à un boulanger qui en élève d'ordinaire trois chaque année; il avait été nourri absolument comme les autres et mangeait dans une auge en pierre; de plus, il provenait d'un pays qui est un grand centre de production de ces animaux, et dans lequel aucune maladie particulière n'existait sur eux. Mais le réduit dans lequel il était logé est souvent visité et habité par de nombreux rats, attirés par le fumier d'un boucher voisin qui jette beaucoup de débris d'animaux dans sa cour. Or, l'on sait que parmi les animaux vivant en liberté, le rat et la souris sont au nombre de ceux qu'on trouve le plus souvent atteints de trichines ; c'est là un fait bien reconnu depuis longtemps et tout récemment, sur 51 rats pris dans l'abattoir de Boston, on en trouvait 39 atteints de trichines. Il paraît donc extrêmement probable que le porc qui a donné, à Crépy-en-Valois, la trichinose à dix-sept personnes qui avaient ingéré sa chair peu cuite a été infecté par un rat atteint lui-même de trichinose.

S'appuyant sur ces faits, ainsi que sur les résultats de l'enquête qu'avaient été chargés de faire en 1866, en Allemagne, MM. Delpech et Reynal, ainsi que sur les travaux très nombreux publiés sur cette question, et s'associant aux préoccupations que fait naître en ce moment le danger d'importation des viandes trichinées, M. Laboulbène émet les conclusions suivantes : 1° il y a lieu de répéter que le moyen de rendre inoffensive la viande trichinée, c'est la cuisson suffisante de cette même viande; mais la température des gros morceaux ou quartiers doit être prolongée jusqu'à ce que l'intérieur ou la partie centrale atteigne 75 degrés centigrades; 2° de plus, contrairement à l'opinion de M. Delpech, il y a lieu de recommander à qui de droit d'organiser à cet égard un système de mesures d'hygiène publique, principalement une inspection générale des viandes suspectes au moyen du microscope.

M. *Bouley* fait remarquer que l'administration se préoccupe en ce moment même d'organiser cette inspection; M. le ministre de l'agriculture et du commerce a sollicité l'avis du Comité consultatif d'hygiène publique, et des mesures ne tarderont pas à être prises pour l'établir sur tous les points de la France où elle sera reconnue nécessaire. Les accidents que l'on signale aujourd'hui ne sont probablement pas nouveaux dans notre pays; les constatations plus fréquentes qu'on en fait tiennent au caractère plus scientifique de l'inspection des viandes de boucherie, maintenant que cette inspection n'est plus livrée, au moins dans les grandes villes, à des

hommes ne sachant que reconnaître les altérations extérieures, mais à des experts plus instruits et munis d'appareils spéciaux.

La trichinose est toutefois rare chez nous, comparativement aux nations voisines, puisque l'on n'a pu, depuis que les caractères en ont été nettement indiqués, signaler que cette légère épidémie de Crépy-en-Valois. Cela tient à nos habitudes culinaires; nous avons peu de goût pour la chair de porc crue et nous la mangeons d'ordinaire fortement cuite. Il n'en est pas moins nécessaire de se prémunir contre les dangers de l'importation des viandes de porc qui nous viennent en si grande abondance d'Amérique; dans ce pays, de grandes usines font subir chaque jour à des bandes de porc toutes les transformations de la charcuterie, aucune inspection sanitaire n'existe à cet égard, et des quantités considérables de viandes trichinées sont exportées. Tant que l'Amérique se montrera aussi peu soucieuse de la garantie que doivent offrir les produits alimentaires dont elle inonde les marchés européens, il faudra établir, dans nos ports de débarquement et dans les bureaux de douane des frontières de terre, une inspection spéciale à l'aide du microscope. Nous ne ferons d'ailleurs que suivre l'exemple des nations voisines.

M. *Colin* (d'Alfort) regrette qu'on n'ait pu se livrer à un examen plus complet des malades atteints de trichinose à Crépy-en-Valois, notamment en ce qui concerne les déjections et les muscles où des trichines auraient pu être trouvées, ce qui aurait éclairé le diagnostic; il rappelle qu'il a eu l'occasion de retrouver des trichines éliminées dans les déjections. Un point lui paraît bien établi, c'est la contamination du porc par le rat; il y a quatorze ans déjà qu'il a publié une statistique de la trichinose chez cet animal, qui la contracte très communément. En ce qui concerne le degré de cuisson auquel la viande doit être portée pour tuer les trichines, M. Colin ajoute qu'il est difficile dans la pratique ordinaire de le constater au thermomètre, et qu'il est nécessaire de donner des indications plus à la portée de tout le monde. En 1866, dans une communication qu'il fit à la Société centrale vétérinaire, il montra que le rôtissage sommaire, tel qu'on le pratique habituellement, n'est pas suffisant et qu'il est nécessaire de faire bouillir la viande au moins pendant une heure.

M. *Laboulbène* répond que l'étude qu'il a pu faire des malades de Crépy-en-Valois était une étude purement médicale, faite un mois après la cessation de l'épidémie; qu'en tout cas il s'agissait bien de trichinose, et que les trichines ont été retrouvées dans les muscles, comme en témoignent les préparations qu'il présente. C'est en s'appuyant sur les expériences pratiquées par divers auteurs, et notamment par M. le docteur Vallin, qu'il a cru devoir recommander de pousser la cuisson des viandes jusqu'à une température de 75 degrés, afin d'être complètement assuré de la destruction des trichines.

M. *Hillairet* dit que l'inspection des viandes susceptibles d'être trichinées est actuellement organisée à Paris par les soins de M. le préfet de police, après avis du Conseil d'hygiène et de salubrité; les inspecteurs de la boucherie sont munis de microscopes et ont reçu des instructions nécessaires; de plus, des inspecteurs spéciaux se rendent au domicile des débitants afin de procéder sur place à cet examen.

M. *Larrey* rappelle que Lebert (de Breslau) a publié une série de lettres sur la trichinose en Allemagne, dans lesquelles est exposé très nettement l'état de la question.

M. *Leblanc* fait savoir que les inspecteurs de la boucherie sont, en effet, exercés à l'examen des trichines, et que, ce matin même, il a, avec M. Bouley, fait passer des examens à ce sujet; déjà d'ailleurs un grand nombre de saisies ont été opérées sur des viandes de porc importées d'Amérique; on peut estimer à 35 millions de kilogrammes au moins la quantité de ces viandes introduites chaque année en France par les ports de mer, et de 4 à 5 millions seulement ce qu'il en entre par les frontières de terre.

M. *Chatin* insiste sur l'accroissement que ne cesse de prendre cette importation; de 30 millions de kilogrammes en 1878, elle s'est élevée en 1879 à 38 millions, et l'année dernière elle était de 39 millions; cet accroissement s'explique par l'adoption des mesures prohibitrices prises par les nations voisines et par le bas prix de ces viandes, qui peuvent se vendre chez les débitants à 50 et 60 centimes seulement le kilogramme. Il y a lieu de remarquer avec quelle prodigieuse facilité les trichines se multiplient dans l'organisme de l'homme; dans 1 millimètre de viande infectée de trichines, il y a au moins 10 de ces petits kystes contenant une ou plusieurs trichines. Une côtelette de porc en renferme au moins 100 000. Comme chaque couple de trichines peut donner naissance par la ponte dans l'intestin à 42 millions de larves, on voit à quel chiffre incroyable peut s'élever le nombre de ces parasites introduits dans l'économie par l'ingestion d'une seule côtelette, il n'est donc pas étonnant d'en rencontrer dans tous les muscles, même les plus éloignés de l'intestin.

M. *Bouillaud* pense qu'il est difficile d'admettre avec une entière certitude que la jeune fille qui est morte à Crépy-en-Valois, avec des symptômes si manifestes de fièvre typhoïde, ait succombé à la trichinose, car elle a été la seule victime parmi toutes les personnes qui avaient mangé du porc trichiné, et elle a bien pu mourir de la fièvre typhoïde, quoiqu'elle ait mangé de la viande trichinée.

M. *Laboulbène* répond que les symptômes observés chez cette jeune fille répondent bien à ceux qu'on a constatés dans les épidémies ordinaires des trichines.

M. *Leroy de Méricourt* rappelle qu'une des premières communications qu'il ait faites à l'Académie, en 1865, était une étude montrant l'identité probable de l'acrodynie et de la trichinose; les conclusions de ce travail n'ont été encore aucunement infirmées.

M. *Jules Guérin* fait remarquer qu'il semble bien établi que le rat donne la trichinose aux porcs, mais qu'il serait maintenant intéressant de rechercher comment le rat peut contracter lui-même cette maladie; en est-il lui-même le point de départ, ou lui est-elle communiquée par les aliments?

M. *Laboulbène* montre toute l'importance qu'auraient, en effet, ces recherches. La transmission de la trichinose chez les animaux présente de grandes obscurités; c'est ainsi que les jeunes animaux la contractent facilement, tandis que les vieux animaux ne la prennent jamais. D'après Virchow, certains animaux sauvages, tels que le putois, le renard, peuvent aussi la contracter. Pourquoi aussi les muscles cardiaques ne sont-ils jamais affectés?

M. *Colin* pense que la trichinose est une maladie d'échanges; le rat la donne au porc, il peut bien la prendre du porc lui-même. On sait, d'autre part, que les rats d'égouts, notamment, font des trajets très considérables; ils peuvent se rapprocher des hôpitaux au moins dans les grandes villes, et y contracter la trichinose en avalant les déjections, les débris de viandes. Les petits carnassiers sont dans des conditions analogues.

M. *Leroy de Méricourt* objecte que cette opinion peut être admissible en Allemagne, où l'on rencontre beaucoup d'hommes trichinisés, mais en France elle lui semble n'avoir qu'une valeur très relative. Les rats trouvent peut-être la trichine dans les petits insectes qu'ils dévorent; c'est là une hypothèse, il est vrai, mais qu'on peut rapprocher des recherches récemment entreprises par les micrographes anglais, et qui ont montré que certaines maladies, la filaire, le lymphadénome, pouvaient être transmises par des cousins et des moustiques.

M. *Depaul* croit qu'en présence d'une aussi importante question d'hygiène publique, il faudrait insister davantage sur les moyens capables de préserver le public contre la trichinose. La cuisson à 75 degrés est insuffisante; il a fait bouillir un jambon pendant deux heures, et la chair était encore rose au bout de ce temps. Ne faut-il pas, d'ailleurs, que la cuisson soit d'autant plus prolongée et élevée que le morceau de viande est plus gros? Comment, en outre, constater cette température? Combien de gens sont à même de placer un thermomètre au centre du morceau, comme on le recommande? Il faut des procédés plus pratiques. Et lorsque les inspecteurs spéciaux se trouvent en présence des tonneaux expédiés d'Amérique, ils prennent, dit-on, un ou deux jambons au hasard dans chacun d'eux, et s'ils n'y trouvent pas de trichines, ils accordent le laisser-passer. Mais si le hasard ne les a pas favorisés, et que les jambons qu'ils n'ont pas examinés en fussent cependant infectés? Si les dangers sont si grands qu'on vient de le déclarer, il n'y a qu'un remède possible : c'est la prohibition absolue des viandes de porc américaines.

M. *Laboulbène* pense qu'une cuisson et une ébullition de trois à six heures peuvent suffire; Virchow a recommandé, dans un cas, de réduire la viande jusqu'à ce qu'elle devienne une sorte de pâte déliquescente, et il a pu ainsi la rendre complètement inoffensive, bien qu'elle fût farcie de trichines.

M. *Marrotte* insiste pour qu'on fasse connaître, par des instructions populaires, les moyens vraiment pratiques pour reconnaître si la cuisson des viandes est suffisante.

M. *Larrey* pense que ces faits doivent engager à réagir contre l'entraînement devenu si général de faire manger de la viande crue aux malades; d'autant plus qu'on y fait souvent entrer le jambon.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Lésions produites par l'absorption de cantharidine : M. Cornil. — Rapport sur les maladies régnantes : M. E. Besnier. — Scrofule et tuberculose : M. Kiener. — Abcès périnéphrétique : M. Rendu.

M. *Cornil* fait hommage à la Société de son mémoire sur l'*action de la cantharidine et de la poudre de cantharides*. L'injection de cantharidine ou l'absorption de la poudre de cantharides, à dose suffisante, détermine très rapidement chez les animaux de la néphrite, de l'entérite et une congestion intense de l'appareil respiratoire. Histologiquement, on constate dans le rein, vingt minutes après l'injection, une accumulation de cellules lymphatiques qui séparent la capsule de Bowman du peloton glomérulaire; dans les tubes urinifères on voit un exsudat granuleux interposé aux cellules de l'épithélium et remplissant la cavité du tube; au bout d'une heure, on constate dans les tubes collecteurs une augmentation de volume, un élargissement de leurs cellules cylindriques normales, qui se disposent sur plusieurs couches et arrivent à oblitérer la lumière du conduit : c'est là un véritable catarrhe aigu. L'épithélium vésical semble irrité superficiellement par le contact de l'urine et ses cellules subissent une prolifération de noyaux. On trouve aussi, dans tous les vaisseaux, une irritation de la membrane interne, avec thromboses de leucocytes dans les capillaires du rein et du foie. Dans la trachée et les poumons, mêmes symptômes d'inflammation : les couches profondes de l'épithélium trachéal et bronchique prolifèrent, de nouvelles couches de cellules rondes et de cellules lymphatiques se superposent, et les cellules de la surface sont tantôt rondes, tantôt aplaties, mais munies comme à l'état normal de cils vibratils; on trouve parfois, entre deux cellules allongées, des espèces de petites cavités, de nids, remplis de petites cellules rondes. Les petites bronches sont obstruées par des leucocytes; on en voit aussi dans les alvéoles. Les vaisseaux pulmonaires semblent irrités et leur membrane interne est recouverte d'une couche adhérente de globules blancs. L'application d'un large vésicatoire, dit M. Cornil, surtout si elle se prolonge pendant longtemps, amène chez l'homme les mêmes accidents, les mêmes lésions; on comprend le danger de cet agent révulsif, ainsi employé, dans le traitement des affections broncho-pulmonaires; il ne servira qu'à augmenter la congestion des organes respiratoires. Il ne faut, dans ce cas, laisser le vésicatoire appliqué que quelques heures et favoriser le soulèvement de l'épiderme avec un cataplasme.

—M. *E. Besnier* donne lecture de son *rapport sur les maladies régnantes* pour le dernier trimestre de 1880. La température moyenne, assez élevée, a été de 7°,7; la hauteur des eaux de pluie de 176,9; la tension électrique est représentée par 34. Les vents prédominants ont soufflé du sud-ouest. La mortalité générale des hôpitaux, inférieure à celle du trimestre correspondant de 1879, a surpassé d'un sixième la moyenne calculée pour les neuf dernières années. Les affections des voies respiratoires ont été beaucoup moins nombreuses que pendant le quatrième trimestre de 1879; en effet, au lieu de 947 pneumonies, 1833 bronchites et 415 pleurésies observées pendant les trois derniers mois de 1879, on n'a constaté que 444 pneumonies, 1046 bronchites et 311 pleurésies dans le trimestre correspondant de 1880. La diphthérie a fourni un excédant de mortalité sur le chiffre calculé en 1879, qui interrompt l'abaissement régulier de sa courbe multiannuelle de léthalité : 1977 décès pendant l'année 1879, 2033 en 1880. La diphthérie reste au premier rang des affections régnantes comme cause de mortalité. Le mouvement dans les hôpitaux a été pour 1880 de 1118 malades, ayant fourni 737 décès, soit 65 pour 100; ce coefficient de mortalité s'élève de 10 pour 100 si l'on n'envisage que les cas avec croup; en outre, la morbidité et la mortalité de la diphthérie sont plus considérables pour les individus du sexe masculin, enfants ou adultes. La rougeole a suivi sa marche saisonnière, depuis longtemps formulée, atteignant son hypogée en hiver et son paroxysme en été. Le chiffre des décès par variole, pendant le quatrième trimestre de 1880, a été inférieur à celui de la même période de 1879; néanmoins, le paroxysme saisonnier normal de cette affection pendant l'hiver de 1880 a été si élevé que, malgré l'abaissement régulier durant l'été, le total des décès par variole pour 1880 (2130) s'est trouvé supérieur à celui calculé depuis vingt ans, les années 1870 et 1871 exceptées; il est même supérieur à lui seul au total fourni par les huit dernières années réunies. La variole a occasionné, pendant le dernier trimestre de 1880, 241 décès en ville et 96 dans les hôpitaux. La cause de ces oscillations brusques et considérables est obscure encore; doit-on la chercher dans un différent degré d'activité des germes, dans l'importation de germes nouveaux, ou dans des conditions telluriques, locales, favorables à la germination variolique? Cette dernière hypothèse semble la plus probable. Les fluctuations de la saturation vaccinale de la population sont trop lentes pour expliquer ces phénomènes. La scarlatine a suivi une marche ascensionnelle continue depuis les cinq dernières années; du chiffre de 187 cas dont 23 suivis de mort en 1879, elle s'est élevée en 1880 au chiffre de 490 malades et 39 décès. La fièvre typhoïde a suivi sa marche saisonnière normale à paroxysme estival; la statistique des hôpitaux donne 1102 cas et 180 décès, soit 16 pour 100, pour le quatrième trimestre de 1880. — M. E. Besnier donne connaissance des conclusions du rapport de M. Siredey sur les affections puerpérales à Lariboisière. Lorsque des cas d'accidents puerpéraux isolés, sporadiques, se montrent dans une salle d'accouchement, il faut aussitôt l'évacuer et la désin-

fecter avec soin; attendre plus longtemps serait s'exposer à voir se développer une véritable épidémie. Le mouvement fébrile qui se montre chez les accouchées dans les premiers jours qui suivent la délivrance et que l'on avait nommé *fièvre de lait* est l'indice d'un état de souffrance anomal, pathologique et d'une infection de la femme par un milieu vicié ; la fièvre de lait n'existe pas, et dans une salle d'accouchement offrant des conditions hygiéniques parfaites, on n'observe jamais l'élévation de température que l'on rapportait à tort à cette cause erronée.

— M. Kiener prend la parole sur les *Rapports de la scrofule et de la tuberculose*. Il ne cherchera pas à établir si la maladie de l'adulte qui se caractérise par des lésions osseuses et articulaires, des abcès froids, des tumeurs blanches, et aboutit le plus ordinairement à la phthisie pulmonaire est bien la même affection que la scrofule de l'enfant; il veut comparer seulement cette scrofule acquise de l'adulte à la tuberculose. L'opinion que l'on se crée sur la nature d'une maladie doit se fonder sur les lésions, les symptômes et les causes; c'est ce plan qu'il faut suivre pour établir le parallèle entre la tuberculose et la scrofule.

L'anatomie pathologique montre que, dans les séreuses, le tubercule débute, ainsi que l'a observé M. Kiener, par une tache opaline sillonnée d'un réseau vasculaire; bientôt apparaissent quelques points opaques sur le trajet des vaisseaux; ce sont des renflements ampullaires ou fusiformes dont la coupe histologique donne, pour les capillaires à une tunique, la figure connue sous la dénomination de cellule géante, et, pour les vaisseaux à trois tuniques, celle du follicule tuberculeux de Köster et de Charcot. L'oblitération vasculaire amène fatalement la dégénérescence caséeuse, et la fonte du produit laisse une sorte d'ulcère granuleux, bourgeonnant; les bourgeons de cette plaie subissent eux-mêmes la dégénérescence caséeuse, puis au bout d'un certain temps la cicatrisation se produit. Si l'on examine les lésions osseuses, par exemple, d'une tumeur blanche, on retrouve la même évolution; tout d'abord, dans une première période, la moelle hyperhémiée, gélatiniforme, embryonnaire, laisse voir en quelques points de petites taches opaques dans lesquelles l'histologie constate les caractères du follicule tuberculeux; la dégénérescence caséeuse et la fonte du tissu succèdent à l'oblitération vasculaire et une cavité se trouve constituée. Autour de celle-ci, le tissu hyperhémié donne naissance à des bourgeons charnus, les uns petits et de bonne nature, les autres plus volumineux et fongueux; dans ces bourgeons eux-mêmes se forment de nouveaux follicules de Köster, une nouvelle fonte caséeuse se produit et l'ulcération s'étend : c'est la seconde période. Mais cette ulcération n'a pas une marche illimitée; la suppuration peut se tarir et la cicatrisation se produire. Il y a donc, non seulement analogie, mais identité entre l'évolution des lésions scrofuleuses et celle du tubercule dans les tissus conjonctifs.

On retrouve la même identité au point de vue clinique. Les symptômes bien connus de la tumeur blanche présentent certaines particularités importantes : on observe autour des fistules cutanées des ulcères serpigineux de la peau, et l'on sait que la caverne formée au sein des tissus est environnée de masses caséeuses; ne peut-on trouver dans ces faits la démonstration de l'action contaminatrice de la matière caséeuse ramollie le long du trajet fistuleux et sur les téguments. Certains malades après avoir présenté le tableau classique des symptômes de l'affection articulaire guérissent, d'autres deviennent tuberculeux; l'épuisement a permis la généralisation au poumon ou aux autres organes. On peut donc définir la scrofule une affection localisée, curable et infectieuse. La tuberculose pulmonaire revêt diverses formes : sans parler de la granulie, dont les lésions caractéristiques se retrouvent jusque dans le tissu osseux, on observe une forme rapide évoluant vers une terminaison fatale, une forme lente, chronique, circonscrite, et parfois susceptible de guérison et une forme paroxystique, à poussées plus ou moins espacées et dans laquelle les poumons renferment à la fois des cavernes cicatrisées, des cavernes dont les parois sont caséifiées et des nodules caséeux dans un parenchyme hépatisé. Dans des cas semblables, des cicatrisations successives se produisent jusqu'à ce que l'épuisement de la constitution et l'infection générale soient amenés par le passage prolongé des crachats renfermant la substance caséeuse ramollie tout le long de l'arbre aérien. La tuberculose est une affection localisée, curable et infectieuse.

L'étiologie a été puissamment éclairée par les expériences d'inoculation des produits scrofuleux et tuberculeux et par la démonstration de nombreux faits de contagion. MM. Kiener et Charvot ont constaté, dans leurs expériences, que, dès le quatrième jour, après une injection de matière tuberculeuse dans le péritoine d'un cobaye, on voit apparaître sur cette séreuse des taches opalines, puis des granulations; on en trouve au bout d'une semaine sur la plèvre et, à partir de ce moment, la généralisation est rapide. Ils sont parvenus, par une injection analogue dans la veine jugulaire d'un lapin, à déterminer chez cet animal une phthisie chronique. Dans une autre expérience, une injection dans le tissu cellulaire a déterminé l'apparition d'une plaque tuberculeuse dans ce tissu, avec caséification et ramollissement des ganglions et formation de deux ou trois nodules dans le poumon. Ils ont pu produire de la même manière la caséification de l'épididyme et des arthrites avec nodules tuberculeux et généralisation aux poumons. D'autre part, des injections de matière caséeuse et de pus scrofuleux provenant d'une tumeur blanche ont amené l'apparition de tubercules généralisés; et dernièrement l'inoculation d'un lupus de la cuisse a déterminé chez deux cobayes la formation d'un ulcère à base indurée, sans généralisation de tubercules.

En résumé, nul caractère important ne différencie la scrofule de la tuberculose, il faut donc élargir le cadre de cette dernière et y faire rentrer, non seulement les tuberculoses locales, qui seront plus justement nommées tuberculoses localisées, mais encore les lésions diverses que l'on a jusqu'ici regardées comme étant du domaine de la scrofule. L'intégrité de la tuberculose de Laennec et la spécificité de cette affection, établie par Villemin, sont aujourd'hui deux propositions qui semblent sortir victorieuses de la discussion.

— M. *Rendu* rapporte deux cas d'abcès périnéphrétiques traités et guéris par l'incision et le pansement de Lister. L'étiologie de cette affection paraît assez nette chez l'un des malades de M. Rendu; en effet, cet individu, ayant un matin pris un purgatif, fut obligé d'aller à la selle plusieurs fois dans la journée, et, par suite de la disposition des cabinets de la maison où il habite, il reçut chaque fois un violent courant d'air froid sur la région lombaire mise à nu; le soir, apparurent le frisson et les premiers symptômes de la périnéphrite. Ce même malade eut au cours de son affection un phlegmon gangreneux du scrotum avec large perte de substance : cette complication, qui indique une infection septique manifeste, présente quelque intérêt au point de vue de l'efficacité du pansement de Lister, qui a permis la guérison chez un semblable malade.

A cinq heures et demie, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Traitement des pseudarthroses. — Exostose de l'extrémité inférieure de l'humérus. — Anatomie pathologique de l'épididymite. — De l'extirpation des angiomes pulsatiles.

M. *Lannelongue*, à l'occasion de la présentation faite par M. Verneuil dans la précédente séance, dit qu'il a vu trois malades atteints de pseudarthrose de la jambe.

1° Un petit enfant des environs de Paris, s'étant fracturé la jambe, fut mis dans un appareil pendant six semaines; au bout de ce temps, pas de consolidation. Injections de teinture d'iode dans la pseudarthrose; il survint une vive irritation à ce niveau et le cal se forma.

2° Une jeune fille de onze ans avait une fracture de jambe non consolidée après dix mois d'immobilisation. M. Lannelongue constata que les extrémités osseuses étaient volumineuses; il y avait une sorte d'ostéoporose. Introduction d'aiguilles dans la fausse articulation; on n'obtient aucun résultat. La malade quitte l'hôpital non guérie.

3° Enfin, un adulte entre à l'hôpital pour une fracture comminutive de la jambe; au bout d'un an de traitement, pas de consolidation. Pendant deux ans, même état. On fit faire un appareil qui permit la marche; peu à peu la consolidation se fit, et maintenant le blessé marche sans le secours de son appareil. Cet homme avait cinquante-neuf ans au moment de son accident.

M. *Després*. Un malade de l'hôpital Cochin atteint de fracture comminutive de la jambe n'obtint la consolidation de sa fracture qu'au bout de deux ans. Le malade de M. Verneuil n'avait pas une fracture comminutive : c'est un fait exceptionnel. Au bout de six ou neuf mois, on n'a pas le droit de prononcer le mot pseudarthrose, mais plutôt consolidation retardée; car, jusqu'au douzième mois, le travail de consolidation peut encore se faire. Avant de recourir à la chirurgie, M. Després emploierait pendant quatre mois encore les appareils ouatés et silicatés chez le malade de M. Verneuil.

M. *Théophile Anger* rappelle le malade qu'il a opéré et qui fut plus tard soigné par M. Viard (de Montbard). Il s'agissait d'une fracture spontanée de la jambe; les appareils de Scultet et plâtrés n'avaient point amené la consolidation. Quand M. Anger vit l'enfant, il n'y avait point de phénomènes inflammatoires dans le foyer de la fracture. Il fit la suture osseuse et appliqua un appareil plâtré. Au bout de soixante jours, on retire les fils et on applique un nouvel appareil. Il n'y eut point de consolidation.

C'est alors que M. Viard demanda l'avis de la Société et que M. Polaillon fit un rapport. L'enfant marche avec un appareil et sa fracture n'est pas consolidée. Cette non-consolidation est due à une paralysie infantile, qui a amené la dénutrition des muscles et des os de la jambe.

M. *Trélat*. Il y a quelques années, à propos d'un malade ayant une fracture de cuisse non consolidée, M. Després disait qu'il y avait pseudarthrose, et M. Trélat disait consolidation retardée; le malade guérit, en effet, par l'immobilisation et l'extension continue. Dans la pseudarthrose, les fragments sont réunis par des parties fibreuses ne contenant aucune substance ostéogénique. L'appréciation entre la pseudarthrose et la consolidation retardée est difficile à faire. L'homme dont parlait M. Lannelongue eut un cal solide au bout de quatre ans. Quand il s'agit d'une fracture à consolidation lente, M. Trélat met un appareil contentif et permet la marche avec des béquilles. On comprend qu'un blessé qui marche, qui se lève, aura plus de chance de consolidation.

— M. *Verneuil* fait un rapport sur une observation de M. *Poulet*, médecin-major : exostose de l'extrémité inférieure de l'humérus. Il s'agit d'un enfant de dix ans, de développement moyen, ayant la main gauche infirme et tout le membre atrophié. On trouve à la partie inférieure et interne du bras une tumeur dure soudée à l'humérus. Au-dessus et au-dessous, les nerfs et les vaisseaux sont mobiles. Le pouls radial est plus faible de ce côté, la sensibilité est diminuée. Les muscles animés par le cubital et le médian sont atrophiés. Les articulations sont libres. Il s'agit d'une exostose comprimant l'artère humérale et les nerfs médian et cubital.

M. Poulet est d'avis d'enlever cette exostose, mais il désire avoir l'opinion des membres de la Société de chirurgie. Il envoie en même temps une pièce pathologique qui paraît avoir une grande analogie avec ce qui existe chez le petit malade.

Il est difficile de se prononcer sur un cas que l'on n'a pas vu; cependant M. Verneuil est favorable à l'intervention chirurgicale. Il se souvient des opérations faites sur l'humérus pour dégager un nerf pris dans un cal. Avec la méthode antiseptique et l'ischémie chirurgicale, l'opération sera probablement suivie de succès.

M. *Trélat* est favorable à l'intervention chirurgicale, le diagnostic étant supposé exact. Un enfant de huit à neuf ans, à la suite d'une fracture de l'humérus, avait une saillie du cal, sur laquelle saillie passait le nerf radial; il y eut névrite et paralysie consécutive. Le cal fut rogné et le malade guérit.

M. *Marc Sée*. Comment l'exostose a-t-elle pu agir en même temps sur les nerfs médian et cubital? Comment une seule opération pourrait-elle remédier à tous les accidents?

M. *Lannelongue* a vu à Bicêtre un garçon de vingt ans qui avait un cal exubérant de l'humérus, avec paralysie des muscles animés par le radial. L'ostéome fut enlevé; le nerf radial fut suturé; le malade ne tira aucun profit de cette opération.

M. *Verneuil*. L'exostose a une large base; elle est en rapport, en avant, avec l'artère humérale et le nerf médian; en arrière, avec le nerf cubital. Une exostose à cheval sur le bord interne de l'humérus, à 4 centimètres au-dessus de l'épitrochlée, peut intéresser les deux nerfs.

— M. *Terrillon* termine sa communication sur l'anatomie pathologique de l'épididymite blennorrhagique.

Au sujet de la dénomination de l'affection, quand on se servit du mot orchite, on croyait que c'était le testicule qui était malade. Plus tard, Rochoux admit la vaginalite seule. Vidal de Cassis fit la distinction entre la testiculite, l'épididymite et la vaginalite. Enfin Velpeau n'admit que l'épididymite; il faut y ajouter la déférentite.

Comme théorie, on admit la migration du pus se rendant à l'épididyme; puis, la sympathie; plus tard, la métastase. M. Fournier dit que l'épididyme peut se prendre comme une articulation dans la blennorrhagie. La rétention du sperme (Astruc) n'amène pas l'inflammation. Pour MM. Terrillon et Monod, l'épididymite est un phénomène dû à la propagation de l'inflammation de l'urèthre au canal déférent et à l'épididyme. Comme objection, on a dit que l'épididymite double n'existe pas; c'est une erreur, il y en a des observations.

— M. *Richelot* lit un mémoire sur l'extirpation des angiomes pulsatiles.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Linguatule du caïman. Trichine: M. J. Chatin. — Développement des dents: M. Chabry. — Localisations cérébrales: M. Couty. — Centres vasomoteurs du bulbe pour l'oreille. Élongation des nerfs: M. Laborde.— Action de l'homotropine: M. Galezowski.— Troubles nerveux d'origine dyspeptique: M. Leven.

M. *J. Chatin* a trouvé dans le foie d'un caïman un grand nombre de linguatules. Les crochets de ces parasites sont terminés par trois pointes plus ou moins recourbées, qui servent à la progression. Quand une linguatule pénètre dans le tissu d'un organe, on peut distinguer un premier mouvement de fouissement, puis un mouvement de progression dans la galerie qu'elle s'est creusée.

M. Chatin présente des préparations de trichines provenant de viande de porcs d'Amérique. Les kystes sont transparents, et n'ont subi aucune dégénérescence graisseuse, ni crétacée.

— M. *Chabry*, au nom de M. *Pouchet* et au sien, expose la suite de leurs recherches sur le développement des dents chez les mammifères. Cuvier a signalé chez le lapin la présence de trois incisives, placées l'une derrière l'autre à chaque moitié de la mâchoire supérieure; l'une de ces incisives tombe à la naissance. Les auteurs ont trouvé quatre organes adamantins à la partie antérieure de chaque moitié du maxillaire supérieur; le plus antérieur est la dent de lait de la première incisive persistante; la dent de Cuvier est la dent de lait de la seconde incisive. Dans la région molaire il existe un bourrelet saillant au-dessus du germe dentaire; dans la région incisive le bourrelet est remplacé par une lame épithéliale occupant la place du futur sillon labio-gingival.

— M. *Couty* a fait à Rio-Janeiro une série d'expériences sur les centres moteurs cérébraux du singe et du chien. Il n'a trouvé aucune relation entre la forme et le siège des mouvements et le siège de l'excitation corticale. Sur le même animal, on voit les mouvements varier en excitant toujours le même point du cerveau. Le plus souvent, chez les singes, les courants d'intensité moyenne donnent des mouvements multiples; ces mouvements peuvent exister des deux côtés, et ils affectent la forme de mouvements médullaires. Les convulsions sont très rares, même avec les courants intenses, et, lorsqu'elles apparaissent, elles ne ressemblent ni aux convulsions épileptiques, ni aux convulsions strychniques.

Lorsqu'en excitant toujours le même point on fait varier l'intensité du courant, on obtient avec un courant faible un mouvement isolé; avec un courant plus fort, des mouvements généraux; avec des courants encore plus intenses, on provoque une douleur très vive, mais pas de convulsions. Il n'existe pas de relation entre l'hyperexcitabilité du cerveau et la production des convulsions.

— M. *Laborde* présente un lapin chez lequel les deux oreilles offrent une vaso-dilatation avec élévation de température depuis un mois. Cet animal a eu une piqûre profonde à la partie inférieure du bulbe, sur la ligne médiane. MM. Laborde et Mathias Duval ont pu limiter les centres vaso-moteurs de l'oreille entre le noyau bulbaire de la racine sensitive du trijumeau et la première paire dorsale. Si l'on pique latéralement le bulbe dans cette région, lorsque la piqûre est superficielle, on obtient le resserrement des vaisseaux de l'oreille du côté correspondant; si la piqûre est plus profonde, ou s'il y a eu section, on a une dilatation permanente des vaisseaux. La piqûre du bulbe sur la ligne médiane amène une modification vasculaire dans les deux oreilles. En excitant faiblement ou fortement le même centre nerveux, on provoque donc une constriction ou une dilatation des vaisseaux.

M. *Laborde*, en pratiquant l'élongation du bout périphérique du sciatique chez un animal, a constaté la perte de la sensibilité dans le membre correspondant, et en outre la perte des mouvements réflexes et de la parésie.

M. *D'Arsonval* dit que M. Brown-Séquard, dans ses expériences, a constaté de l'hyperexcitabilité dans le nerf dont le bout périphérique a été élongé.

— M. *Galezowski* rappelle que Ladenbourg a retiré de l'atropine une base *tropine*, sans action sur la pupille, et un acide *tropique* auquel l'atropine doit ses propriétés. En combinant la tropine avec des acides inorganiques ou organiques, on obtient des sels qui ont la propriété mydriatique de l'atropine, mais qui sont beaucoup moins toxiques que cet alcaloïde. L'emploi de l'atropine, en chirurgie oculaire, peut, en effet, déterminer non seulement des accidents généraux, mais encore des accidents locaux, tels que le glaucome aigu. L'homotropine, l'un des sels de la tropine, que M. Galezowski emploie depuis quelque temps, produit la dilatation de la pupille aussi bien que l'atropine, mais elle n'a pas d'action toxique: elle présente de plus l'avantage de n'occasionner qu'une très légère paralysie de l'accommodation qui ne dure que quelques heures. L'homotropine est destinée à remplacer très avantageusement l'atropine et la duboisine, dont l'action est très variable et difficile à régler.

M. *Rabuteau:* le dédoublement de l'atropine, sous l'influence des alcalins, en une base et un acide est connu depuis longtemps; il est probable que l'atropine est décomposée dans le sang très alcalin du lapin: ce qui explique l'immunité de cet animal pour la belladone. Suivant M. Rabuteau, l'acide tropique est inoffensif.

M. *Grimaux* donne quelques détails sur la constitution des homotropines, qui sont des combinaisons de la base tropine avec des acides de la série aromatique.

— M. *Leven* a déjà signalé la relation qui existe entre l'hyperesthésie cutanée et la dyspepsie ancienne. Sur 53 hommes dyspeptiques, il en a trouvé 37 atteints d'hyperesthésie, et sur 47 femmes, 41 présentaient les mêmes troubles de la sensibilité. L'hyperesthésie est donc presque aussi fréquente chez l'homme que chez la femme, et ne doit pas être confondue avec l'hyperesthésie d'origine hystérique. Chez l'homme, l'hyperesthésie se développe avec l'âge: on l'observe plus souvent vers quarante et cinquante ans que plus tôt. Chez la femme, elle est plus fréquente de vingt à trente ans. Cette hyperesthésie, dont la véritable cause est généralement méconnue, est souvent attribuée au rhumatisme.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Quelques formules béchiques: M. N. Gueneau de Mussy (discussion). — Prophylaxie des maladies infectieuses: M. Fort. — Le salicylate de soude dans les névralgies: M. E. Labbé.

M. *N. Gueneau de Mussy* lit une note sur *quelques formes béchiques* qu'il désire soumettre à l'approbation de la Société. Il insiste sur la nécessité de réagir contre l'extension de certaines réclames pharmaceutiques s'adressant au traitement des affections catarrhales si fréquentes dans cette saison. Il faut remplacer ces *spécialités*, le plus souvent inefficaces, par des prescriptions magistrales en rapport avec la nature de la maladie: celle-ci consiste, en effet, dans la plupart des cas, en un érythème de la muqueuse des premières voies respiratoires, avec développement pathologique des glandules du pharynx, du voile du palais et, sans doute aussi, du larynx; ce serait, en un mot, une sorte d'angine glanduleuse aiguë. C'est dans les cas de ce genre que l'on voit recommander partout les capsules de goudron; elles peuvent avoir quel-

que utilité dans le décours de l'affection, mais pourquoi ne pas prescrire le goudron naturel associé ou non à d'autres substances médicamenteuses? M. N. Gueneau de Mussy emploie d'ordinaire la formule suivante : goudron purifié, 10 centigrammes; poudre de Dower : 15 centigrammes; poudre de benjoin : q. s. (0gr,10); pour une pilule. On peut rouler ces pilules dans la poudre de bismuth. S'il a choisi le benjoin de préférence à toute autre substance pulvérulente, c'est à cause des affinités que présente ce baume avec le goudron, et de son efficacité chez les individus atteints d'urticaire avec extension au larynx. On peut, en effet, faire cesser assez rapidement les sensations douloureuses et la toux dues à l'urticaire laryngée, au moyen de badigeonnages du fond de la gorge avec la teinture de benjoin; dans les cas un peu intenses, on pourra y joindre l'emploi des pastilles suivantes : chlorate de potasse : 10 centigrammes; teinture de benjoin : 10 centigrammes; alcoolature de racine d'aconit : 5 centigrammes; gomme adragante et sucre : q. s. pour une pastille. Il sera la plupart du temps nécessaire de prescrire, en même temps que les pilules de goudron, l'usage de gargarismes boratés, et de quelques révulsifs, tels que cataplasmes sinapisés sur la nuque et les épaules; on pourra également porter dans le fond de la gorge, à l'aide d'un pinceau, le topique suivant : glycérine neutre : 20 grammes; chlorhydrate de morphine : 20 centigrammes; borax : 2 grammes.

M. N. Gueneau de Mussy rappelle les propriétés laxatives de la graine du *Plantago psyllium* (*vulgo :* herbe aux puces) employée avec succès en Espagne contre la constipation; elle paraît offrir quelques avantages sur la graine de lin, que Trousseau avait déjà substituée à la graine de moutarde. On la prescrit à la dose d'une cuillerée à soupe dans un demi-verre d'eau; son usage paraît d'ailleurs assez ancien, et Murray l'employait dans le traitement de la constipation.

M. *C. Paul* pense que les attaques d'asthme nerveux sec pourraient bien n'être que de l'urticaire des bronches; on voit, en effet, parfois l'asthme remplacer chez certains individus les poussées d'urticaire, et la périodicité des accidents de l'asthme tend également à rapprocher cette affection de la fièvre ortiée.

M. *N. Gueneau de Mussy* a déjà signalé ce fait dans ses leçons cliniques sur l'asthme des foins; il a vu chez un malade, qu'il soignait pour une urticaire, les accès d'asthme suivre la disparition des accidents cutanés et il a pu, pour ainsi dire, assister à la progression des lésions ortiées de la peau vers la muqueuse des bronches. Il a, en outre, observé dans une même famille certaines personnes qui étaient atteintes tous les ans, à la même époque, d'une affection érythémateuse au-devant de l'oreille, gagnant bientôt les fosses nasales, puis le pharynx, qui devenait alors rouge et douloureux : à ce moment apparaissait la toux, puis des accès d'asthme; tandis qu'une autre personne de cette famille, atteinte aussi régulièrement de l'affection cutanée, ne présentait jamais aucun accident d'asthme : or, chez cette dernière, la progression de l'érythème s'arrêtait constamment aux fosses nasales.

M. *C. Paul*, à propos de la communication de M. N. Gueneau de Mussy, insiste sur la différence qui existe entre les préparations d'aconit obtenues avec la plante entière, feuilles et tiges, ou avec la racine, ces dernières étant de beaucoup les plus actives. Il fait d'ailleurs observer que, d'après le travail de M. Vigier, la teinture de racine, pour laquelle on emploie la racine sèche, doit être plus active que l'alcoolature, celle-ci se préparant avec la racine fraîche dont l'eau d'hydratation vient affaiblir le titre de l'alcool : en un mot la teinture de racine contiendrait plus d'aconitine que l'alcoolature.

M. *Delpech* fait observer que c'est au contraire l'alcoolature de racine qui est la plus active; on se sert, en effet, pour préparer les alcoolatures, d'alcool à un titre plus élevé que pour les teintures. Quant aux préparations faites avec les feuilles, elles sont, sans contredit, moins actives que celles faites avec la racine; les expériences de Hirtz ont démontré que cette différence était dans le rapport de 1 à 5, et qu'il en est ainsi pour les préparations analogues de toutes les solanées vireuses.

M. *Lereboullet* a assisté, à Strasbourg, aux expériences de Hirtz, dans lesquelles il a constaté que la teinture de feuilles est inactive, même jusqu'à la dose de 20 grammes administrée journellement à des typhiques, et que la teinture de racine a des effets très variables, suivant la provenance, une même dose de 1 gramme restant parfois sans action ou déterminant au contraire des accidents d'intoxication. C'est alors que Hirtz s'est préoccupé de faire préparer par M. Hepp des alcoolatures plus actives et plus constantes dans leurs effets. L'alcoolature de feuilles que l'on emploie dans les hôpitaux militaires est une préparation infidèle et presque inefficace.

M. *Catillon* rappelle que, pour préparer l'alcoolature de racine, on emploie l'alcool à 95 degrés, tandis que pour la teinture le degré de l'alcool n'est que de 90; or, la racine fraîche ne renfermant qu'une partie d'eau d'hydratation, l'alcool de l'alcoolature reste encore à un degré supérieur à celui de la teinture. En résumé, l'alcoolature de racine d'aconit est plus active que la teinture préparée avec ce rhizome. L'étude du différend est renvoyée à une commission composée de MM. Limousin, Biasson et Lereboullet.

— M. *Fort* lit un mémoire sur la *Prophylaxie des maladies infectieuses par poison diffusible.* On admet aujourd'hui généralement que la transmission du contage se fait par l'air, et, après avoir abandonné les théories des gaz toxiques et des miasmes, on trouve dans les microbes, découverts par Pasteur, l'agent même de la diffusion de la maladie. Il est peu probable que l'absorption de ces germes se fasse par la peau recouverte des vêtements, ou par les voies digestives dans lesquelles ne pénètre qu'une quantité relativement minime d'aliments rendus inoffensifs par la cuisson; il semble évident, au contraire, que les microbes pénètrent avec l'air dans les voies respiratoires. On ne retrouve pas de microbes dans l'air expiré; ils ont donc été déposés, par l'air inspiré qui en renfermait, sur la muqueuse de l'arbre bronchique. S'inspirant de ces faits et du principe du pansement antiseptique de Guérin, M. Fort propose, comme moyen préventif, dans les pays à malaria, dans les hôpitaux, dans les foyers d'épidémie, au voisinage des grands travaux de terrassement, en un mot dans tous les centres d'infection, d'employer le tamis aérien qu'il a fait construire. C'est une toile métallique recouverte sur ses deux faces d'une étoffe de laine et dont les bords s'appliquent exactement autour du nez et de la bouche, de façon à obliger l'air inspiré à filtrer à travers l'appareil. On pourrait également l'employer dans les milieux où sévit la fièvre puerpérale. Il est bon d'ailleurs, soit de projeter quelques gouttes d'acide phénique sur le tamis, soit de lui associer l'usage des antiseptiques à l'intérieur. — Le mémoire de M. Fort est renvoyé à une commission composée de MM. C. Paul, Dujardin-Beaumetz et Delpech.

M. *E. Labbé* a employé le salicylate de soude dans le traitement des névralgies; en a obtenu de bons résultats dans des cas de névralgies sus-orbitaire et de sciatique ayant résisté au sulfate de quinine. Un de ses malades était diabétique, mais il croit qu'il n'y a dans la glycosurie aucune contre-indication à l'emploi du médicament. Depuis lors, il a eu quelques insuccès dans l'emploi du même traitement, et, chez une jeune fille qui avait pris le salicylate sans aucun résultat, il a vu le sulfate de quinine amener un soulagement notable. Il pense que le salicylate de soude ne réussit que chez les sujets rhumatisants. Il le prescrit à la dose de

8 grammes les deux premiers jours et 4 grammes le troisième; on doit le prendre avant le repas, en deux ou trois fois dans la journée, et boire aussitôt après son ingestion un peu d'eau de Vichy.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer qu'on a essayé depuis longtemps l'action du salicylate de soude contre les névralgies, mais qu'on a dû y renoncer, à cause de ses effets incertains et à cause des dangers auxquels il expose. On ne peut certainement pas l'administrer aux individus atteints de lésions rénales, mais de plus il produit parfois chez certaines personnes une dépression inquiétante de la circulation; on observe surtout ces accidents chez les malades apyrétiques, aussi ne doit-on prescrire 8 grammes de salicylate que dans les cas de rhumatisme intense et fébrile.

M. *Blondeau* est également d'avis que le salicylate de soude ne doit pas être administré lorsqu'il n'y a pas de fièvre. Il a en outre observé, avec Gubler, des accidents de gangrène et des troubles nerveux mortels chez un glycosurique qui avait pris du salicylate : si la gangrène peut être imputée au diabète seul, les accidents nerveux ne peuvent être rapportés qu'à l'action nocive du médicament dans des cas semblables.

— A cinq heures trois quarts, la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, par le docteur Bailly.

Chez une jeune femme de vingt-six ans, arrivée au troisième mois de la grossesse, des vomissements se déclarèrent et prirent rapidement une telle fréquence que la vie de la malade était compromise et que la question d'un avortement provoqué dut être posée. Dans ces conditions, un large vésicatoire fut appliqué à l'épigastre, et, sur l'avis de M. le professeur Depaul, on fit usage du sachet de glace de Chapmans, long de 60 centimètres et large de 8 centimètres, qui fut maintenu pendant neuf jours appliqué sur le rachis. Dès le troisième jour, les vomissements étaient suspendus. La jeune femme reprit ses forces et accoucha heureusement à son terme. (*Archives de tocologie,* janvier 1881.)

Nouvelles recherches anatomiques sur la prépustulation et la pustulation varioliques, par le professeur J. Renaut (de Lyon).

Nous reproduisons les conclusions de ce travail histologique. L'évolution de la pustule variolique comprend cinq périodes :

1° *Papulation* caractérisée par la tuméfaction congestive du tégument et le léger œdème du derme.

2° La *prépustulation :* tuméfaction trouble des couches profondes du corps muqueux; végétation d'un *parasite* sphérulaire; transformation vésiculaire des couches superficielles et latérales du corps muqueux; formation réticulaire.

3° *Vésiculation :* irruption du plasma sanguin débarrassé de ses globules dans la couche réticulaire.

4° *Pustulation :* destruction de la couche génératrice; infiltration congestive et inflammatoire du derme; irruption du plasma chargé de globules blancs dans l'appareil réticulaire et transformation purulente de ces globules.

5° *Cicatrisation :* bourgeonnement du derme dénudé et formation d'un tissu dermique de réparation et de couches ectodermiques stratifiées restant toujours planiformes, c'est-à-dire ne reproduisant pas exactement le corps papillaire, s'il existait auparavant dans la région envahie (cicatrice déprimée). (*Annales de dermatologie,* 1881.)

BIBLIOGRAPHIE

La technique de l'auscultation pulmonaire à l'usage des étudiants en médecine, par le docteur Ch. Lasègue, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1881. Asselin.

L'auscultation, dit M. Lasègue, dans l'introduction de cet excellent petit manuel, est, comme tous les faits acquis et consacrés, à l'abri de la critique; mais, par contre, elle n'éveille plus ni la passion scientifique, ni la recherche curieuse. Nous pourrions ajouter qu'elle ne sollicite presque plus l'attention des étudiants en médecine et que l'on est surpris, soit en écoutant les réponses faites aux examens, soit en dirigeant au lit des malades de jeunes médecins, parfois très instruits d'ailleurs et très au courant des travaux les plus récents en anatomie pathologique, de leur voir commettre des erreurs qu'une étude séméiologique un peu plus attentive leur permettrait d'éviter. Nous ne prétendons pas, à dire vrai, que l'on ne sache point, en quittant l'Ecole, reconnaître les râles crépitants d'une pneumonie ou le souffle amphorique et le gargouillement qui indiquent l'existence d'une caverne pulmonaire. Mais il est bien peu de médecins qui se préoccupent de noter chaque jour les nuances d'auscultation qui se constatent à l'examen d'un malade atteint de congestions pulmonaires périphymiques; il en est moins encore qui songent à rechercher pourquoi l'étendue et la gravité des lésions sont parfois en désaccord avec l'intensité des signes perçus à l'auscultation; pourquoi certains bruits anormaux, classés dans les ouvrages classiques comme étant d'une signification pronostique des plus sérieuses, cessent assez vite de se faire entendre et ne se reproduisent plus, alors que des altérations en apparence insignifiantes du rhythme respiratoire aboutissent très rapidement à des accidents irrémédiables. Ce ne sont cependant ni les observations intéressantes, ni les traités didactiques qui font défaut; mais trop d'élèves négligent aujourd'hui la clinique pure, pour se donner tout entier à des études plus neuves et plus fécondes en résultats qui paraissent dignes d'être immédiatement publiés.

On comprend donc qu'un maître aussi autorisé que M. Lasègue n'ait pas jugé indigne de lui de rappeler les principes d'auscultation qui devraient être toujours présents à l'esprit des médecins praticiens. Très sobre de détails et surtout d'interprétations théoriques, ce nouveau manuel sera étudié avec d'autant plus de profit que tous les conseils qu'il donne sont dictés par l'expérience et exposés avec la plus méthodique clarté. Comme le dit fort bien M. Lasègue, l'auscultation de la poitrine ne fournit au clinicien que des indices, jamais de signes pathognomoniques. Préciser la valeur des bruits trop souvent considérés comme secondaires ou accessoires, combattre la tendance trop commune à réduire l'auscultation à la constatation des bruits *maxima*, improprement regardés comme des signes pathognomoniques d'une maladie bien déterminée, n'est-ce point indiquer la meilleure voie qu'il importe de suivre pour arriver au but que doit se proposer le clinicien? On comprendra que nous ne puissions, en parlant ici d'un livre qu'il faut lire pour en bien comprendre l'utilité, qu'en signaler le plan général et quelques-uns des principaux chapitres.

Après quelques préceptes consacrés à l'indication du manuel opératoire de l'auscultation, M. Lasègue donne le conseil d'inscrire chaque jour, sur des *schema* qu'il représente, les nuances d'auscultation que l'on aura constatées. Des signes conventionnels très simples et très pratiques facilitent la re-

présentation graphique de ces notations, qui gravent dans l'esprit et font mieux comprendre les troubles respiratoires qui caractérisent l'intensité et la marche de la maladie. Puis, vient l'analyse et le classement des phénomènes auditifs ; de la respiration considérée suivant son intensité, son rhythme, sa tonalité, son timbre, etc.; des souffles; des râles secs et humides; des frottements, craquements, gargouillements, etc. Le plus souvent, dans l'interprétation pathogénique des signes stéthoscopiques étudiés dans ces divers chapitres, bien des réserves expriment l'insuffisance actuelle de nos connaissances cliniques. La valeur relative des résonnances vocales, la signification de la pectoriloquie aphone, celle des *frottements*, qui sont tantôt d'origine pleurale, tantôt d'origine bronchique, ne sont pas encore susceptibles de conclusions précises. On ne peut que louer M. Lasègue d'avoir fait comprendre combien il est difficile de déduire un diagnostic quelconque de l'existence ou de l'absence de ces phénomènes stéthoscopiques, dont on ne peut rigoureusement expliquer le mécanisme. Par contre, la mobilité des foyers de râles non crépitants peut faire reconnaître l'existence d'une albuminurie latente; le passage de la bronchite diffuse à la broncho-pneumonie est révélé par la distribution topographique des râles. La localisation à l'un seul des côtés de la poitrine de râles secs ou humides est d'une signification assez sérieuse et indique soit une bronchite diathésique, soit une pneumonie ou une pleurésie.

Bien indiquer ce que l'on sait d'une manière positive, et faire ressortir tous les points litigieux d'une étude clinique aussi importante que celle de l'auscultation; établir ainsi le bilan de nos connaissances actuelles, et tracer le plan des nouvelles recherches à entreprendre, tel est le but que s'est proposé M. Lasègue. Nous sera-t-il permis d'exprimer le vœu que ce maître si écouté ne s'en tienne pas à la publication de ce petit livre? Il sait mieux que nous ce qui manque aux traités de diagnostic médical qui sont entre les mains de tous les élèves. Et nous sommes convaincus qu'un nouveau livre de ce genre, s'il consentait à l'écrire, rendrait les plus signalés services.

L. LEREBOULLET.

Index bibliographique.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE, par le docteur Alex. LAYET, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Ce programme a été présenté, le 12 septembre 1880, au troisième *Congrès international de Turin*. Conformément à la définition de l'hygiène : « la science des *milieux* appliquée à la conservation et au perfectionnement de l'homme, » l'auteur commence par partager le milieu social en deux : milieu *urbain*, comprenant celui qui est privé et celui qui est public; et le milieu *rural*, comprenant le village et les champs. Dans le premier de ces deux milieux circonscrits se rangent : l'habitation privée, la famille; dans la seconde, la voie publique, les établissements publics, la profession. A la *famille* se rattachent l'éducation physique et morale; à la *voie publique*, la circulation à l'air libre (rue) et la circulation souterraine (égouts); aux *établissements publics*, le milieu pédagogique (crèche, asile, école, gymnase), le milieu *lusorial* (café, cercle, théâtre), le milieu hospitalier (ambulance, hôpitaux et hospices), le milieu pénitentiaire (maison de correction, prison cellulaire, bagne); à la *profession*, le milieu industriel (atelier, usine), le milieu commercial (boutique, comptoir, bourse), le milieu militaire (caserne, camp), le milieu naval (navire, station navale), le milieu scientifique (cabinet, amphithéâtre, laboratoire), le milieu ecclésiastique (église, séminaire, couvent).

Ce n'est jusqu'ici qu'une délimitation et une division du terrain à parcourir. Mais, pénétrant aussitôt dans l'intimité du sujet, l'auteur montre clairement la part à faire pour chacune de ces divisions à la théorie, à l'expérimentation, à l'expérience pratique, au rôle de l'administration et de la loi.

Nous ne pouvons mieux recommander ce travail qu'en rappelant que le vœu par lequel il se termine a été voté à l'unanimité par le Congrès. « Le Congrès, convaincu de la nécessité d'un enseignement pratique de l'hygiène, émet le vœu que cet enseignement reçoive dans les centres universitaires tous les perfectionnements nécessaires, et en particulier qu'il soit créé des *laboratoires* d'expériences et d'expertises, ainsi que des *musées* d'hygiène. » C'est, en effet, une des plus sûres garanties de progrès pour l'hygiène que celle-ci reçoive, comme les autres parties des sciences médicales, l'appui des recherches expérimentales. Le Congrès a en outre décidé, sur la proposition de M. Pacchiotti, que son mémoire serait imprimé et qu'il lui serait donné « la plus grande publicité par la voie de la presse ».

VARIÉTÉS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Assemblée générale de la Société centrale.* — Cette séance a été tenue à Paris, le 6 février 1881, sous la présidence de M. Gosselin. Après un discours du président, où nous remarquons surtout la mention de l'espérance manifestée par M. Norbert-Vuy d'arriver bientôt à l'installation d'une *villa de retraite* par les membres de la Société *arti et amicitiæ*, M. Piogey fait l'exposé de la situation morale et financière de la Société.

Recettes. — Toutes les sommes réunies forment un montant de recettes de 16966 francs, qui, augmenté d'une encaisse de 4943 fr. 96 c. existant au 1er janvier aux mains du trésorier, forme un total de 21909 fr. 96 c., dont la commission administrative a réglé l'emploi.

Emploi des fonds et dépenses. — 1° Les secours distribués par la commission ont absorbé la somme de 7180 francs; 2° les frais et dépenses d'administration se sont élevés à la somme de 2421 fr. 80 c.; 3° l'*Annuaire*, envoyé gratuitement à tous les membres de la Société centrale, a nécessité un remboursement à l'Association générale de 800 francs; 4° versé à la caisse de l'Association générale la somme de 2099 francs; 5° la commission a voté, au profit de la caisse des pensions de retraites, la somme de 2000 francs; 6° la commission a encore décidé le versement à notre compte du fonds de réserve, à la caisse des dépôts et consignations, la somme de 2000 francs; 7° enfin il est resté en caisse du trésorier, pour les premiers besoins de l'exercice, la somme de 5409 fr. 16 c., qui balance le total des recettes de 21909 fr. 16 c.

A la fin de la séance, un scrutin a eu lieu pour le remplacement des membres de la commission administrative dont le mandat était expiré. Ont été élus : MM. Commenge, Cornil, Château, Dechambre, Félizet, Gratiot, Josat, Legrand (Maximin), Lelion, Morin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Régis, docteur en médecine, est nommé chef de clinique de pathologie mentale. — M. Millet, né à Safflos (Jura), est nommé chef adjoint de clinique de pathologie mentale. — M. Galippe, docteur en médecine, est nommé chef de laboratoire de la clinique d'accouchements (emploi nouveau). — M. Doleris (Amédée-Jacques), docteur en médecine, est nommé préparateur du laboratoire de la clinique d'accouchements (emploi nouveau).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les concours pour l'admission à la clinique d'accouchements des élèves sages-femmes auront lieu le lundi 7 mars, à neuf heures du matin, à la Faculté. Les aspirantes pourront se faire inscrire au secrétariat de l'École jusqu'au lundi 28 février inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — L'arrêté du 20 décembre 1880, par lequel M. Cogniard est nommé chef adjoint de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, est et demeure rapporté.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. Genevey-Monta (Paul-Léon-Joseph), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie pour une période de neuf ans.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Rietsch (Maximilien), pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de sciences naturelles pour une période de dix années.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Jouteau, suppléant, est chargé, en outre, provisoirement, des fonctions de chef des travaux chimiques.

École supérieure de pharmacie de Nancy. — M. Held, préparateur de chimie, est nommé chef des travaux pratiques de chimie, et de pharmacie.— M. Jacquemin (Ernest) est nommé préparateur de chimie. — M. Dorez est nommé aide préparateur.

École vétérinaire de Lyon. — Un concours sera ouvert le 30 mai 1881, à l'Ecole vétérinaire de Lyon, pour la chaire de pathologie chirurgicale, manuel opératoire, ferrure et clinique, vacante à ladite Ecole.

Le programme de ce concours se distribue à Paris, au ministère de l'agriculture et du commerce (Direction de l'agriculture, Bureau du service vétérinaire), 244, boulevard Saint-Germain, et au secrétariat des trois Ecoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

Hôpitaux de Marseille. — Un concours s'ouvrira le lundi 28 mars 1881, à trois heures, pour six places d'élèves externes en médecine et en chirurgie dans les hôpitaux civils de Marseille.

Légion d'honneur. — Ont été nommés chevaliers : MM. le docteur Grovallet (François), chirurgien de l'hospice civil et militaire de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord); le docteur Roch-Laurent, médecin à Alais (Gard); le docteur Demeaux, médecin de la Compagnie du chemin de fer d'Orléans; le docteur Batbedat (Paul), médecin à Bayonne (Basses-Pyrénées); le docteur Foville, inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur et des cultes; le docteur Dubrisay (Jules), membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique ; le docteur O. Saint-Vel, médecin à Paris; le docteur Frémy (Henri-Charles-Claude), médecin à Paris; le docteur Leboucher, médecin à Paris; le docteur Gibert (Joseph-Henri-Albert), du Havre (Seine-Inférieure); le docteur Blanchard (Alexandre-Lucien-César), médecin à Maffliers (Seine-et-Oise); le docteur Regnoul (Edouard-Léon), de Villeneuve-la-Guyard (Yonne).

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'Académie : MM. Dastre, maître de conférences de zoologie à l'Ecole normale supérieure; Künckel, Cornu, Renault, Sauvage et Gervais, aides-naturalistes au Muséum; Chappuis, agrégé préparateur de chimie à l'Ecole normale supérieure; Borromeo, médecin de l'Ecole française de Rome.

Nécrologie. — On annonce la mort, à Marseille, du docteur Bertulus, professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine de cette ville, et auteur de plusieurs ouvrages spéciaux.

Écoles d'infirmiers et d'infirmières. — On lit dans la *Ville de Paris* :

« Dans sa dernière séance, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a adopté à l'unanimité moins une voix le principe de la laïcisation des hôpitaux, et en même temps un nouveau projet d'organisation d'écoles pour les infirmiers et les infirmières. Ce projet comprend deux programmes : un programme d'instruction primaire; un programme d'instruction secondaire ou normale.

» Dans le premier, deux ordres d'enseignement : l'enseignement primaire donné par un instituteur ; l'enseignement professionnel donné par un professeur spécial. Ces écoles du premier degré seraient installées dans douze ou treize hôpitaux et dirigées par le chef de l'établissement. A la fin de chaque année scolaire, des certificats d'aptitude seraient délivrés aux meilleurs élèves et leur permettraient de se présenter au concours d'admission aux écoles normales.

» Ces dernières, au nombre de trois ou quatre, comprendraient un enseignement multiple portant sur les notions élémentaires d'anatomie, de physiologie, sur les pansements, l'hygiène, les soins à donner aux femmes en couches, sur quelques médicaments, enfin sur l'administration elle-même. Il serait donné par six professeurs, sous la haute direction du directeur de l'administration. Leur but serait de former un personnel capable de remplir avec intelligence les emplois de surveillants, surveillantes et sous-surveillantes de salles, qui sont les plus utiles auxiliaires du corps médical.

Vaccination. — Dans la séance du 20 mars 1880, M. Liouville a déposé sur le bureau de la Chambre une proposition que nous avons fait connaître, dont l'économie résidait dans les deux premiers articles dont voici le texte :

Art. 1er. — La vaccination est obligatoire; elle doit être pratiquée dans les six premiers mois de la naissance.

Art. 2. — La revaccination est également obligatoire tous les dix ans dans le cours des dixième, vingtième, trentième, quarantième et cinquantième années.

La commission a modifié comme suit les deux premiers articles de la proposition de M. Liouville :

Art. 1er. — La vaccination est obligatoire; elle doit être pratiquée dans l'année qui suit la naissance. Toutefois, en temps d'épidémie, cette opération aura lieu dans les six premiers mois de la naissance.

Art. 2. — Toute personne au domicile de laquelle se sera produit un cas de variole sera tenue d'en faire la déclaration au maire de la commune, laquelle sera par lui immédiatement transmise à l'autorité administrative. Le défaut de déclaration sera passible des peines édictées par l'article 5.

Art. 3. — La revaccination est également obligatoire pour les personnes des deux sexes avant l'âge de vingt et un ans.

La Chambre des députés, sur la proposition de M. Liouville, a mis à son ordre du jour cette proposition de loi.

Hôpital français de Londres. — Le 12 février a eu lieu à Londres le treizième banquet anniversaire de la fondation de l'hôpital français.

Mortalité a Paris (6e semaine, du vendredi 4 au jeudi 10 février 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1257, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 89. — Variole, 39. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 12. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 32. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 52. — Phthisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 77.—Bronchite aiguë, 46.—Pneumonie, 119.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 55; au sein et mixte, 23; inconnu, 3. —Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110; de l'appareil circulatoire, 76; de l'appareil respiratoire, 75; de l'appareil digestif, 54; de l'appareil génito-urinaire, 19; de la peau et du tissu lamineux, 9; des os, articulations et muscles, 12. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 2; épuisement, 1; causes non définies, 4.— Morts violentes, 20. — Causes non classées, 11.

Bilan de la 6e semaine. — Cette semaine compte 1257 décès au lieu de 1316 et 1343 des semaines précédentes; il semble donc que les conditions sanitaires se soient améliorées. Mais l'aggravation de plusieurs maladies épidémiques : coqueluche, érysipèle, rougeole, mais surtout fièvre typhoïde (89 décès typhiques au lieu de 75), ne permet pas de formuler sans réserve cette opinion optimiste. Sans doute, il y a eu beaucoup moins de décès par pneumonie (119 au lieu de 144), par bronchite (55 au lieu de 67), etc.; mais ces maladies locales frappent surtout les gens âgés, dont elles ne font que hâter un peu le trépas; tandis que les épidémies sévissant de préférence sur les jeunes sont la vraie mesure des conditions hygiéniques. Et, en effet, en appliquant les considérations ci-dessus à l'examen des âges, on constate une diminution notable des décédés de plus de soixante ans (313 au lieu de 363), avec une augmentation marquée de ceux de cinq à quinze ans (66 au lieu de 49), croît dû surtout à la fièvre typhoïde. Nous voilà donc rentré en pleine épidémie typhique. La *Porte-Saint-Martin*, avec sa caserne du Château-d'Eau, paraît comme le centre de cette épidémie, et, dans ce quartier lui-même, c'est la caserne qui en est le foyer le plus actif.

On notera encore le plus grand nombre des décès par rougeole (27 au lieu de 20). Enfin je signalerai aussi aux chirurgiens l'augmentation des décès par érysipèle.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

Nota. — M. Bertillon rappelle aux médecins que sur les *cartes postales* qui leur ont été remises, ils peuvent, si le temps leur manque, se restreindre aux trois seuls renseignements suivants : *désignation de la maladie; — date probable de son début; —* et *surtout lieu où elle s'est déclarée* (tout au moins le quartier).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 24 février 1881.

Académie de médecine : la trichinose.

Le gouvernement vient de prohiber l'entrée en France de viande de porc américaine. La mesure est radicale, et M. Davaine, si autorisé en cette matière et que la Compagnie a écouté avec une faveur particulière, a fait remarquer à l'Académie de médecine que, tarissant ainsi une source d'alimentation publique, utilisée surtout par le pauvre, cette mesure serait fort regrettable s'il existait des moyens assurés de rendre inoffensive la viande trichinée. Or, il est incontestable que, bien que l'importation des viandes américaines date d'un assez grand nombre d'années, la trichinose n'a été nulle part signalée en France, sauf l'exemple relevé par M. Laboulbène, et qui était *d'origine française;* et, à supposer qu'elle ait été parfois méconnue, comme le pense M. Colin (d'Alfort), toujours est-il que ses *ravages* n'eussent pas été grands.

La question importante, fondamentale, est donc de savoir si et comment on peut tuer la trichine dans les chairs destinées à l'alimentation. Ce fait de l'absence d'épidémie de trichinose en France démontre au moins que la salure, telle qu'elle est pratiquée en Amérique, suffit d'ordinaire à détruire le parasite; car on ne peut ni en contester la présence dans les viandes importées depuis longtemps, ni lui prêter, pour cette période, une innocuité privilégiée. Cependant, des recherches microscopiques paraissent avoir mis hors de doute que des parasites continuent à vivre dans les parties qui ne sont pas facilement imprégnées de sel. Il en est de même des viandes fumées, aussi bien que des viandes bouillies, rôties ou grillées. Salure, fumure, cuisson, tout est bon pour tuer la trichine; mais encore faut-il que l'action du moyen se fasse sentir dans le morceau tout entier, au centre comme à la surface. C'est le même problème que pour le phylloxéra, facile à tuer au demeurant, mais difficile à atteindre dans ses retraites.

A cet égard, les expériences de MM. Colin (d'Alfort), Davaine et Vallin diffèrent peu, quant à la détermination du degré auquel la température de la viande doit être portée pour rendre impossible la vie du parasite. Celles de M. Vallin, qui sont toutes récentes et d'une précision parfaite, ont vivement frappé l'attention. On en trouvera l'exposé, ainsi que celui des études, fort intéressantes aussi, de M. Colin et de l'instructif mémoire de M. Davaine.

M. Vallin a étudié la température centrale des viandes bouillies, grillées ou rôties directement au thermomètre, l'instrument étant porté dans leur profondeur à travers une entaille faite à l'aide du bistouri. Est-ce qu'il ne serait pas

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Le service d'accouchements de la ville de Paris et la presse étrangère. — Origine microbique de la diphthérie. — Première œsophagotomie externe pratiquée avec succès chez un cancéreux authentique. — Le perroquet colotomiste. — Rabelais et les diplômes « in absentia ».

La polémique soulevée dans la presse médicale française par le projet du conseil municipal relatif à la réorganisation du service d'accouchements des hôpitaux de Paris a trouvé de l'écho dans la presse étrangère. Le premier sentiment qui s'est exprimé dans les articles de nos confrères étrangers est un immense étonnement d'apprendre qu'actuellement, à Paris, le service d'accouchements de l'administration de l'Assistance publique se trouve encore dans d'aussi déplorables conditions. La critique du *British medical Journal* est courte, mais non pas bonne : « Aucune précaution n'est prise pour préserver les parturientes de la pyohémie, de la diphthérie, de la scarlatine, puisqu'elles se trouvent en contact avec des malades atteintes de ces affections... Heureuses les femmes qui, après un avortement, ont la chance de tomber entre les mains d'un chirurgien ou d'un médecin capables de diagnostiquer leur mal avant l'autopsie... Penser que ces malheureuses reçoivent de la sage-femme la plus ignorante des soins infiniments supérieurs à ceux qu'elles espèrent trouver à l'hôpital, où sont réunies toutes les lumières de la science, est une honte pour la civilisation et pour Paris.... On se sent froid dans les veines à l'aspect de ces salles où les femmes tombent l'une après l'autre, victimes d'un système meurtrier digne du moyen âge et barbare dans sa cruauté et son ignorance cyniques... Nous espérons que le conseil municipal de Paris fera tous ses efforts pour effacer la tache de sang laissée par tous ces meurtres de femmes et d'enfants... »

L'exagération des termes de cet article n'en laisse pas

possible de constater, de suivre même, pendant toute l'opération, l'élévation de la température centrale du morceau en l'*embrochant* avec un pyromètre ? Il suffirait pour cela de protéger par des écrans la partie de l'instrument qui dépasserait le morceau, ou mieux d'employer des pyromètres de grandeurs appropriées à celles des morceaux, et dont la tige seule serait en fer, le cadran et l'aiguille étant formés d'un corps peu conducteur, comme le bois, et plus facile, dès lors, à protéger contre le rayonnement du foyer. C'est une idée que nous soumettons aux savants Vatels de l'Académie.

Des troubles cardiaques dans la néphrite interstitielle chronique.

(Deuxième article.) (1)

Nous avons vu, dans notre premier article, comment certains anatomo-pathologistes et cliniciens cherchent aujourd'hui à expliquer la génèse des lésions cardiaques dans le cours de la néphrite interstitielle chronique. L'évolution souvent parallèle de ces deux processus tiendrait à la localisation simultanée ou successive d'une sorte de diathèse fibreuse à la fois dans la gangue connective du cœur et dans le tissu conjonctif des reins. Comme la tendance actuelle des histologistes est de placer dans les altérations subinflammatoires des plus fins vaisseaux le point de départ de ces néoformations conjonctives, c'est dans le système vasculaire qu'on a cherché et cru trouver la lésion originelle de cette *fibrosite* diffuse. En fait, d'ailleurs, la néphrite interstitielle, et l'hypertrophie ventriculaire *spéciale* qui l'accompagne, sont ordinairement liées à l'athérome, envisagé dans son sens clinique le plus large, ayant comme substratum anatomique soit de l'endartérite, soit de la péri-artérite généralisée.

Mais si, dans cette conception, qui répond à la grande majorité des faits, la sclérose rénale et la sclérose cardiaque ne sont point sous la dépendance directe l'une de l'autre, il n'en est pas moins certain qu'elles doivent s'influencer réciproquement. La néphrite chronique ne saurait avoir la même physionomie clinique, que le cœur soit altéré ou non; et, d'autre part, le processus cardiaque doit ressentir le contrecoup de la lésion rénale. Aussi, dans ces affections cardio-rénales à évolution lente, à étapes successives, l'ensemble symptomatique est-il des plus complexes, si bien qu'il devient souvent fort difficile de découvrir l'origine réelle et de suivre la filiation des diverses manifestations morbides : d'où des erreurs d'interprétation, parfois très fâcheuses au point de vue pratique.

(1) Voy. n° 4, p. 50.

II

Les travaux classiques de Traube, de Potain, de Bartels, pour ne citer que les plus éminents, nous ont appris comment la lésion rénale peut retentir sur le cœur. La destruction progressive de certains territoires vasculaires dans les reins condamne le cœur à un effort exagéré, et ainsi accentue — nous ne dirons plus produit à elle seule — l'hypertrophie ventriculaire par un mécanisme analogue à celui qui s'observe dans l'insuffisance aortique. Ainsi, de par la lésion cardiaque et de par la lésion rénale, la pression artérielle s'élève au-dessus de la normale : d'où les manifestations congestives, d'où la tendance aux processus inflammatoires qui terminent si souvent la scène morbide. D'un autre côté, hémorrhagies nasale, pulmonaire, méningée, cérébrale, sont autant de complications fréquentes imputables à l'exagération de la pression artérielle, et, dans une certaine mesure aussi, à l'altération généralisée des parois vasculaires.

Souvent, le plus souvent même, la mort survient à cette période, du fait de ces accidents ou par suite de manifestations urémiques; à l'autopsie, on trouve, en dehors du rein contracté type, une hypermégalie si accusée du cœur que certains auteurs, frappés par la rigidité des piliers, qui, faisant saillie dans le ventricule, en paraissent diminuer la cavité, ont cru à l'existence d'une véritable hypertrophie concentrique.

Mais qu'au contraire la maladie suive son cours, sans complications viscérales graves, sans explosion urémique, tôt ou tard peut s'ouvrir une nouvelle phase. Lorsque le mal de Bright a profondément compromis la nutrition, que la fibre cardiaque, plongée dans son réseau lymphatique, dans son milieu nourricier singulièrement vicié, n'y trouve plus les éléments de sa nutrition physiologique, le myocarde subit des altérations régressives granulo-graisseuses plus ou moins profondes; le cœur ne suffit plus à sa tâche, et la dilatation ventriculaire, masquée jusqu'à ce moment par l'hypertrophie, devient le fait dominant dans le processus cardiaque. A ce moment, le bruit de galop de Potain, le claquement aortique éclatant de Traube, l'exagération de l'impulsion précordiale, en un mot tous les symptômes de l'hypertrophie ventriculaire s'atténuent et disparaissent progressivement pour faire place aux symptômes bien connus de l'insuffisance cardiaque. La

---

moins subsister les faits que chacun connaît, et qui ont été réduits à leur juste valeur dans les articles déjà publiés sur ce sujet. Tout le monde, en France, est d'avis qu'une réforme du service d'accouchements dans les hôpitaux est absolument nécessaire. Aussi n'avons-nous pas à insister sur ce point. Le seul qui soit d'ailleurs en discussion est de savoir s'il faut instituer un concours spécial pour recruter les chefs des nouveaux services, ou s'il faut tout simplement placer à la tête de ceux-ci les chirurgiens du Bureau central. Les arguments pour et contre ont été tant et si bien défendus que nous n'éprouvons nullement le besoin d'exprimer notre opinion à ce sujet. Mais la lecture des journaux étrangers nous a fait envisager la question à un point de vue qui jusqu'alors est resté inaperçu des partisans et des adversaires du projet du conseil municipal, et qui nous semble des plus importants.

Les uns et les autres ont jusqu'alors raisonné et discouru sur des *a priori;* ils se sont tout uniment appuyés sur ce qui se passe à la Maternité, à Cochin, à la Clinique d'accouchements, et rien de plus. Au contraire, le champ des hypothèses dans lequel ils ont manœuvré est immense. Les uns ont dit : Nommez les chirurgiens, et ils feront ceci, cela, et entre autres de bons accouchements. — Les autres ont répondu : Les chirurgiens feront ceci ou cela, c'est possible, mais nous n'en savons rien; en outre, s'ils le font pendant un certain temps, ils n'en quitteront pas moins, dès que bon leur semblera, le service d'accouchements pour rentrer dans ceux de chirurgie. Nommez au contraire des accoucheurs, qui se trouveront dans leur milieu, et y resteront. — Mais les accoucheurs ne se contenteront pas toujours d'aborder l'utérus par les voies naturelles; ils voudront y arriver par l'abdomen, et ce faisant, ils feront acte de chirurgien ; donc, nommez des chirurgiens.....

Ainsi, de part et d'autre, on s'est lancé des futurs à la tête ; on en arrive même aux personnalités, mais personne ne parait avoir songé au présent; on a oublié (sauf le *Progrès médical* qui y a fait une courte allusion dans son article du

pression artérielle s'abaissant, on ne retrouve plus ce pouls spécial que Traube considérait, non sans quelque exagération peut-être, comme pathognomonique de la néphrite interstitielle.

Que se passe-t-il alors du côté des reins? Traube avait bien vu, et tous les auteurs ont admis après lui, que l'hypertrophie cardiaque joue à l'égard du rein sclérosé un rôle de compensation, que, pour nous servir d'une expression quelque peu démodée, elle peut être envisagée comme une lésion providentielle. En effet, le travail exagéré du cœur, en élevant la pression artérielle dans le rein aussi bien que dans tout le système circulatoire, active la sécrétion dans les parties encore saines de ce parenchyme. La néphrite interstitielle est ainsi masquée, reste presque absolument latente, et la dépuration du sang par le filtre rénal se fait encore dans des proportions à peu près physiologiques. Mais cet équilibre artificiel est rompu à la seconde phase de l'affection cardio-rénale, période que Debove et Letulle proposent d'appeler période *cardiaque*, parce que les troubles circulatoires semblent alors dominer la scène morbide. La pression artérielle, naguère exagérée, tombe au-dessous de la normale, et la stase sanguine, résultat de la déchéance cardiaque, vient encore aggraver les troubles fonctionnels causés par la destruction progressive des éléments sécréteurs du parenchyme rénal. Aussi la symptomatologie, du côté des reins comme du côté du cœur, est-elle profondément modifiée. La polyurie tributaire de la pression artérielle diminue progressivement; les urines, plus hautes en couleur, renferment une proportion considérable d'albumine. Enfin, par le fait de la lésion dégénérative du cœur, l'œdème, si peu prononcé dans la néphrite interstitielle à sa première période, s'accuse peu à peu, et il se produit une hydropisie parfois généralisée dans le tissu cellulaire, et des lésions congestives dans divers organes de l'économie, poumons, foie, cerveau.

Ces conditions morbides sembleraient, *à priori*, faciliter la production des manifestations urémiques; en fait, il n'en est pas ainsi; tout au contraire, la littérature allemande renferme des observations de néphrite interstitielle où les accidents de cet ordre disparurent au moment où se produisait la dégénérescence graisseuse du cœur. L'explication de ce paradoxe physiologique est facile pour les Allemands, qui, généralement fidèles à la doctrine de Traube, voient dans l'exagération de la pression artérielle un élément pathogénique nécessaire de l'urémie. La défaillance du cœur, si redoutable à d'autres points de vue, serait ici bienfaisante en abaissant la pression dans le système circulatoire. Pour nous qui, avec la majorité des auteurs français, nous refusons à admettre cette théorie de l'urémie, c'est ailleurs que nous devons chercher la cause de cette apparente anomalie, du reste moins fréquente que ne le prétendent les savants d'outre-Rhin. Ne pourrait-on pas admettre, avec Bartels d'ailleurs, que la même dyscrasie sanguine qui adultère la fibre cardiaque, en diminuant les échanges nutritifs dans tout l'organisme, enraie la formation de ces principes excrémentitiels dont l'accumulation dans le sang produit l'urémie? D'autre part, la sérosité de l'anasarque ne joue-t-elle pas le rôle d'un émonctoire à l'égard de ces dérivés azotés? Cette hypothèse paraît d'autant plus admissible que souvent la résorption brusque de l'œdème est suivie de manifestations urémiques.

III

Quoi qu'il en soit de cette question incidente, si l'on se reporte au tableau clinique que nous venons de tracer de la seconde période de la maladie cardio-rénale, on voit qu'il présente de remarquables analogies avec la symptomatologie du rein cardiaque d'une part, de la néphrite parenchymateuse compliquée de dilatation ventriculaire d'autre part. On s'explique aisément l'embarras du clinicien, consulté à ce moment, n'ayant pour se renseigner que les commémoratifs, toujours vagues, où dominent soit les manifestations cardiaques, si la néphrite a été jusqu'à ce jour latente, soit les accidents rénaux si le cœur n'a joué qu'un rôle effacé dans le complexus symptomatique.

Souvent l'analyse d'un état morbide dont les traits principaux sont ceux de l'asystolie, avec des urines peu abondantes, foncées, albumineuses, amènera le médecin à conclure à l'existence d'une affection cardiaque primitive avec stase rénale secondaire; l'autopsie même ne pourra pas, dans bien des cas, redresser le diagnostic, car dans la néphrite interstitielle arrivée à cette période, les altérations du rein sont presque identiques à celles qui s'observent dans les affections mitrales et tricuspidiennes. Dans les deux cas, cyanose rénale intense; dans les deux cas, du moins d'après la plupart des auteurs, inflammation conjonctive et, par suite, sclérose plus ou moins accusée. S'il n'existe pas une prédominance très marquée des lésions congestives sur les lésions scléreuses ou réciproquement, il sera difficile de reconstituer l'histoire anatomo-pathologique, de distinguer la néphrite interstitielle vraie des processus secondaires à une stase sanguine d'ancienne date.

---

29 janvier), que l'organisation tant désirée à Paris existait ailleurs, et que peut-être il ne serait pas mauvais de savoir ce qui se fait depuis de longues années dans les grandes villes de l'étranger.

« La mesure que réclame Paris pour ses parturientes pauvres, dit l'*Imparziale* de Florence, est adoptée depuis longtemps dans toute l'Europe. Pour ne parler que de l'Italie, il n'y a pas une ville de quelque importance dans laquelle les parturientes admises à l'hôpital ne reçoivent les soins d'un accoucheur spécialement destiné à cela. »

A Milan, où l'on a adopté pour les pauvres les secours à domicile, les médecins font les accouchements ordinaires; jusqu'en 1872, ils étaient obligés, dans les cas de dystocie, d'envoyer les malades à la Maternité, ou de demander secours aux accoucheurs de la Maternité eux-mêmes. Mais les inconvénients de ce système en ont fait adopter un autre, et depuis lors on a créé deux places d'*accoucheurs consultants*, dont les titulaires sont nommés au concours. Ceux-ci, en cas de difficulté dans les accouchements de la classe pauvre, sont appelés par les médecins ordinaires à y remédier.

A Florence, toute femme enceinte qui se trouve à l'hôpital est envoyée à la Maternité, où, comme celles qui sont assistées à domicile, elle reçoit les soins d'un *accoucheur consultant*.

Pour se prononcer en connaissance de cause sur un point encore en litige, accoucheurs, chirurgiens et médecins rassemblent d'ordinaire le plus grand nombre possible de faits bien observés, les commentent, les discutent, les critiquent, et en tirent des conclusions. Pourquoi ne pas agir ainsi dans le cas actuel, et, avant de se prononcer sur la nouvelle organisation, ne pas étudier soigneusement celles qui existent déjà? Comme la chose en vaut la peine, pourquoi le conseil municipal de Paris n'enverrait-il pas dans les villes principales de l'Angleterre, de l'Allemagne et de l'Italie des commissions composées de quelques hommes compétents et chargées de le renseigner : 1° sur l'organisation des services d'accouchements dans la classe pauvre; 2° sur le mode de

Dans d'autres cas, en présence d'un tableau clinique analogue, mais où le mal de Bright scléreux a pu être diagnostiqué depuis longtemps, ce n'est plus à une affection cardiaque primitive que le médecin devra songer, mais à une altération de l'épithélium venant se greffer sur la lésion conjonctive, en d'autres termes à une *néphrite mixte;* car, à la période ultime de la néphrite interstitielle, en raison de la dégénérescence du myocarde, les symptômes cliniques présentent une similitude presque absolue avec ceux de la néphrite parenchymateuse. L'erreur sera d'autant plus difficile à éviter que certains phénomènes révélateurs de la lésion cardiaque, palpitations, dyspnée, pourront être attribués à l'urémie et que, d'ailleurs, la dilatation du ventricule gauche est loin d'être exceptionnelle dans la forme épithéliale du mal de Bright.

Ces considérations, en grande partie empruntées à l'intéressant mémoire de MM. Debove et Letulle, expliquent pourquoi le rein cardiaque a dû souvent être confondu avec le rein de la néphrite interstitielle et aussi pourquoi certains auteurs ont exagéré la fréquence des néphrites mixtes. Mais si leur domaine est moins étendu que ces médecins ne l'ont dit, si la conception dichotomique actuellement admise du mal de Bright répond à la grande majorité des faits observés, de là à en nier l'existence, il y a loin. En effet, sans parler de la propagation toujours possible de l'inflammation d'un tissu au tissu voisin, on conçoit que dans le rein sclérosé les cellules épithéliales des parties encore sécrétantes, surchargées de travail, encombrées de déchets excrémentiels, subissent à leur tour les altérations qui constituent la néphrite parenchymateuse; altérations d'ailleurs mal définies encore; car, si la plupart des auteurs les considèrent comme de nature inflammatoire, un histologiste des plus compétents, Kelsch, leur refuse absolument ce caractère et n'y trouve qu'un processus dégénératif. Au point de vue de la pathologie générale, on peut rapprocher ces néphrites épithéliales secondaires de l'hépatite parenchymateuse, de l'atrophie jaune aiguë du foie, qui s'observe parfois dans le cours de la cirrhose vulgaire.

En dehors de cette néphrite, primitivement interstitielle, intéressant secondairement l'épithélium, existe-t-il de *véritables* néphrites mixtes où, dès le début, l'épithélium et le tissu conjonctif sont simultanément frappés? Certaines observations, en particulier celles que publiait en 1877 notre maître, M. Dieulafoy, dans ce journal, semblent le démontrer; mais, elles sont assez rares, et on peut dire que chaque jour creuse l'abîme qui sépare la néphrite interstitielle vraie de la néphrite parenchymateuse.

IV

On voit combien la participation du cœur à l'affection que nous venons d'étudier complique l'histoire clinique et anatomique de la néphrite interstitielle; mais aussi un fait d'une grande importance pratique doit ressortir de cet aperçu général.

Que le cœur soit ou non primitivement atteint, c'est la perturbation circulatoire au point de vue physiologique, la lésion du myocarde au point de vue anatomique qui fournit la note dominante en pronostic. Il faut toujours interroger soigneusement le cœur chez les brightiques, non seulement pour corroborer par la constatation d'un signe important le diagnostic souvent incertain de la néphrite interstitielle, mais aussi pour y surprendre le moindre indice de défaillance. Si l'exagération de la pression artérielle, liée à l'hypertrophie ventriculaire, peut être, dans la première période, l'origine de complications graves, l'état opposé, dans la seconde phase, causé par la dilatation paralytique du cœur, n'est pas moins à craindre. Trop souvent, au grand préjudice des malades, on fait fausse route en ne voyant, en ne combattant que l'affection rénale là où la déchéance cardiaque est l'élément morbide le plus redoutable et, par suite, fournit la véritable indication thérapeutique.

L. Dreyfus-Brisac.

L'épidémie de variole observée à Paris sur des Esquimaux venus du Labrador.

La *Gazette hebdomadaire* a déjà publié (1881, p. 41) le récit des accidents observés à Paris sur des Esquimaux qui ont succombé à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Landrieux. Arrivés en France le 31 décembre dernier, déjà porteurs du germe qui devait anéantir leur convoi, ces malheureux ont présenté les symptômes d'une variole hémorrhagique des plus graves, semblable à celle qui avait, durant leur voyage, fait périr trois victimes. M. le docteur Landrieux a communiqué à la Société médicale des hôpitaux (séance du 14 janvier) le récit des faits cliniques et anatomo-pathologiques qu'il avait pu observer. Aujourd'hui, M. L. Colin étudie, dans un savant rapport, lu devant le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, les questions épidémio-

recrutement des accoucheurs; 3° sur les résultats obtenus depuis une époque donnée.

On pourrait alors discuter d'après des faits bien établis, et nous sommes fort porté à croire que la lumière qui jaillirait de cette discussion serait capable de dissiper les ténèbres au milieu desquelles on se débat actuellement.

— L'origine microbique de la diphthérie n'est plus maintenant mise en doute que par quelques retardataires, à opinions basées sur ces expériences négatives qui, comme le dit M. Pasteur, ne prouvent rien, malgré leur grand nombre, contre un seul fait positif. D'ailleurs, leurs derniers retranchements ne tarderont pas à tomber devant les recherches si remarquables de M. Talamon, qui nous semble avoir enfin trouvé le microbe de la diphthérie.

Dès lors, l'explosion des épidémies diphthériques s'expliquera plus facilement, en particulier celles que l'on vient de signaler en Angleterre et qui ont été attribuées à l'emploi d'eaux impures. Ainsi s'expliqueront encore celles qui surviennent de temps en temps à Naples, et sur lesquelles M. le docteur Menzies vient d'attirer l'attention dans sa thèse. Il rapporte entre autres un fait des plus concluants. Tous les membres d'une famille à laquelle il donnait ses soins furent atteints de diphthérie maligne, sauf un jeune enfant. Or, l'enquête à laquelle il se livra lui apprit que l'eau dont on buvait dans cette famille provenait d'une fontaine reconnue impure par tout le monde, et qui ne servait que pour le service d'arrosage des rues. Le domestique, par paresse, prenait de l'eau à cette fontaine, qui était peu éloignée de la maison; toutes les personnes qui en burent furent infectées; au contraire, l'enfant qui fut épargné ne buvait jamais d'eau, pour raisons de santé antérieures.

Voici maintenant à quoi M. Menzies attribue l'impureté de ces eaux. La toiture à plat usitée en Italie est le séjour d'une véritable colonie de dindons, de volailles, de pigeons et même de lapins. Les excréments de ces animaux sont naturellement entraînés par les eaux de pluie qui s'écoulent dans les ci-

logiques que cette petite épidémie permet de résoudre. Ces questions sont les suivantes :

1° Nature de l'affection au point de vue de ses analogies et de ses différences avec la variole telle que nous l'observons en nos climats sur la population autochtone;

2° Détermination du foyer où s'est accomplie l'imprégnation morbide;

3° Exposé des mesures qui auraient pu être prises pour conjurer la mort des victimes, de celles qui doivent l'être pour empêcher la propagation des germes morbides qui les ont atteintes et qu'ils ont multipliés à leur tour.

M. L. Colin commence par établir que la gravité spéciale de la maladie observée d'abord au Jardin d'acclimatation, puis à l'hôpital Saint-Louis, est celle de tous les pays où la pratique de la vaccination est inconnue et où il n'existe aucune assuétude aux épidémies varioliques. Dans les peuplades sauvages des régions intertropicales, aussi bien que parmi les peuples du Nord, partout où une importation nouvelle trouve une population vierge encore, n'ayant d'immunité ni par vaccination ni par variole antérieure, la maladie sévit comme au Labrador. Des faits analogues peuvent s'observer même en France. « Non seulement, dit M. L. Colin, on observe sur notre population la variole hémorrhagique secondaire, c'est-à-dire celle où le corps est couvert déjà de pustules varioliques, mais encore cette autre forme bien plus effrayante, s'il est possible, où l'hémorrhagie n'attend pas l'éruption, mais la devance, et dans laquelle, comme chez plusieurs de ces Esquimaux, le mal tue avant d'avoir revêtu sa physionomie caractéristique..... Ce qu'il importe de noter, c'est que le même germe variolique, qu'il procède d'un cas très grave, comme les précédents, ou d'un cas absolument bénin, pourra donner lieu soit à une variole noire confluente, soit aux modes atténués de l'affection, à ses formes légères : varioles discrètes, ou même abortives : varioloïdes.

» Il demeure donc établi, dit, en concluant, M. L. Colin, que l'épidémie des Esquimaux n'est en rien une maladie étrange, exotique; elle ne représente qu'une des manifestations habituelles d'une affection commune en Europe; elle ne relève point d'un virus spécialement malin, pas plus que, de son côté, elle n'est en puissance d'engendrer des germes plus dangereux que ceux qui surgissent si fréqemment autour de nous par le fait des atteintes quotidiennes de la population autochtone. »

Cherchant ensuite à préciser le foyer d'origine de la maladie, M. L. Colin déclare que l'imprégnation morbide de tous les malades entrés à l'hôpital Saint-Louis a dû être à peu près simultanée et que, en tenant compte de la durée habituelle de l'incubation de la variole, qui est de huit à dix jours, on est autorisé à la rapporter, au moins pour quatre des malades, à une date comprise entre le 25 et le 28 décembre 1880, antérieure par conséquent à l'arrivée de la caravane sur le territoire français. En étudiant avec soin l'itinéraire des Esquimaux, depuis le Labrador jusqu'à Paris, et en recherchant les pertes subies par le convoi avant son arrivée au Jardin d'acclimatation de Paris, M. Colin constate, en effet, qu'il est mort trois personnes en route.

« 1° A Darmstadt, le 14 décembre, succombait une jeune fille (Nogasak), morte incontestablement de variole; l'éruption fut apparente; 2° à Creveld, succomba, le 27 décembre, une femme idolâtre (Baigun) chez laquelle l'éruption ne fut pas apparente, mais qui eut tous les autres symptômes d'une variole hémorrhagique; c'était précisément la femme d'un des Esquimaux (Tigganiak) qui devait, à Saint-Louis, succomber également sans éruption; 3° signalons enfin le décès, à Creveld, de la jeune Sarah; ici, le diagnostic s'était pleinement confirmé par l'apparition, le jour même de la mort, le 31 décembre, de l'éruption caractéristique. De cet historique, il nous semble résulter, dit M. L. Colin, que l'imprégnation morbide de la première victime, celle qui mourut à Darmstadt le 14 décembre (Nogasak), a eu lieu à Prague, où la variole régnait avec gravité durant le séjour de nos voyageurs, du 20 au 30 novembre précédent, c'est-à-dire de quinze à vingt-cinq jours avant ledit décès; c'est donc à Prague que se serait accomplie la contamination initiale de la caravane. Il nous semble également probable que cette première victime a transmis le mal à la seconde (Baigun), morte à Creveld, treize jours plus tard, le 27 décembre, et sans doute aussi à la troisième, Sarah, qui succombait le 31 du même mois. C'est à ces deux malades de seconde main, mais surtout à la dernière, la jeune Sarah, que nous paraît devoir être rapportée l'infection simultanée des cinq survivants venus à Paris; ils ne l'ont quittée que le 30 décembre, six jours avant leur atteinte, la laissant à l'hôpital de Creveld et lui prodiguant leurs soins et leurs témoignages de sympathie jusqu'au moment du départ. Ce qu'il importe surtout de retenir de cet historique et de cette discussion, c'est que le foyer morbigène a été l'Allemagne, probablement Prague; c'est que les Esquimaux parvenus à Paris y arrivaient en incubation de variole, et qu'à toute autre destination ils auraient succombé de même, car leur sort était fixé avant leur départ de Creveld. »

ternes ou puits. Ces eaux sont donc aussi corrompues que possible, chargées de microbes, et, comme on ne se préoccupe guère de les purifier par la distillation ou la filtration, elles produisent sur l'organisme tous leurs effets désastreux, et, dès que les conditions sont favorables, la diphthérie en profite.

— Notre excellent collaborateur M. Hénocque ayant empiété sur mon terrain de chroniqueur en rapportant dans le précédent numéro de la *Gazette* l'histoire du premier succès obtenu en gastrectomie par Billroth, j'en suis réduit, pour lui faire pièce, à parler d'un autre *premier succès*. On sait, en effet, que jusqu'alors toutes les opérations d'œsophagotomie externe pratiquées chez des cancéreux authentiques se sont terminées par la mort. M. Studsgaard, l'habile chirurgien de Copenhague, vient d'être plus heureux.

Le sujet, femme de cinquante deux ans, non cachectique, portait une tumeur pharyngo-laryngée faisant obstacle à la déglutition. Dès le 28 juin, on avait été obligé de pratiquer la trachéotomie. Au mois de septembre, le rétrécissement pharyngien était si étroit qu'on ne put introduire de conducteur pour pratiquer l'œsophagotomie. Celle-ci fut faite le 5 septembre dernier au-dessous du rétrécissement, au niveau du troisième anneau trachéal. Un tube à drainage fut introduit dans le canal œsophagien. Il n'y eut aucun accident après l'opération et la plaie guérit sans suppuration, laissant une fistule autour du tube à drainage. Celui-ci servit à introduire des aliments dans l'estomac. L'opérée se leva au quatrième jour, respirant par sa canule trachéale et mangeant par sa canule œsophagienne. Cinquante jours après, son état général était encore très satisfaisant, mais les ganglions cervicaux étaient fort hypertrophiés et se ramollissaient (*Hospitals Tidende*, 27 octobre 1880, p. 841).

Voici encore de la médecine opératoire, mais moins sérieuse :

— On sait que la colotomie lombaire est fort en vogue en Angleterre. On sait, d'autre part, que l'intelligence et l'esprit d'imitation des perroquets sont extrêmement développés. On

Une question des plus utiles restait à résoudre, celle des mesures prophylactiques à conseiller dans un cas analogue. M. L. Colin signale avec éloges le zèle de M. le bourgmestre de Creveld, qui, le 30 décembre, avertissait par dépêche M. le préfet de la Seine du caractère suspect de la caravane attendue au Jardin d'acclimatation. Eût-il été possible de faire plus encore, de séquestrer la caravane et de lui interdire le parcours des grandes voies de communication pour éviter la dissémination du contage? A cette question, qui lui fut adressée par M. L. Colin, M. le bourgmestre de Creveld répondit que les Esquimaux résidaient dans un jardin zoologique voisin de Creveld, que la femme qui y succomba ne présenta pas l'éruption variolique qui eût pu attirer l'attention des autorités sanitaires; enfin, qu'à Creveld même aucun cas de variole ne fut observé dans la population résidente après le départ des Esquimaux. Prévenu par la dépêche qui annonçait qu'un enfant atteint de variole avait été laissé à Creveld par les Esquimaux, M. le directeur du Jardin d'acclimatation fit immédiatement, le 1er janvier, à deux heures, vacciner les cinq Esquimaux arrivés à Paris. Cette vaccination, pratiquée avec du vaccin animal conservé en tubes, fut inefficace.

« Nous ne nous arrêterons pas ici, ajoute M. L. Colin, sur la valeur du vaccin employé, inférieur certainement au vaccin infantile inoculé de bras à bras.

» On doit reconnaître que l'administration du Jardin d'acclimatation a fait tout ce qui a dépendu d'elle pour répondre à l'impérieuse nécessité d'agir à bref délai; mais, son vaccin eût-il été meilleur, il était trop tard, et l'opération devait à peu près fatalement échouer. Ces malheureux survivants en étaient tous au cours de cette période d'incubation pendant laquelle l'insuccès des inoculations vaccinales est la règle; ne sait-on pas qu'une des principales causes de l'injuste discrédit où parfois est tombée la découverte de Jenner durant les épidémies de variole, et notamment à Paris en 1869-1870, c'est précisément l'apparition de varioles graves, parfois mortelles, chez des personnes vaccinées trop tard, en état d'incubation de la maladie que l'on veut combattre, et dont les parents ont aveuglément accusé l'opération d'avoir entraîné la mort.

» Ce n'est pas en France qu'il y avait lieu de procéder à la vaccination de ces pauvres expatriés; c'était à Hambourg, au moment de leur débarquement; c'était à l'époque où on les dirigeait sur Prague, foyer d'une épidémie connue par sa gravité; c'était à Darmstadt, au moment où succombait la première victime, donnant par son éruption la preuve du danger qui pesait sur tous les autres. C'est alors que la vaccine eût pris chez eux aussi merveilleusement, s'il est permis d'employer un semblable terme, que devait le faire sa terrible antagoniste, la variole. »

M. L. Colin termine son très intéressant rapport en faisant remarquer que le danger créé par l'immigration à Paris des Esquimaux venus du Labrador et atteints de variole n'est pas aussi grand qu'on a pu le craindre.

« Comme nous l'avons rappelé plus haut, dit-il, il ne s'agit point du contage d'une de ces affections exotiques, comme la peste ou le choléra, contre lesquelles nos règlements sanitaires nous fournissent des armes spéciales, parce qu'elles ne pénètrent chez nous que par importation, justifiant ainsi notre droit de frapper d'interdit tout ce qui vient des pays contaminés, et au besoin d'en anéantir les provenances. Il s'agit d'une maladie endémique en Europe, dont la transmission est également à craindre quelle que soit la nationalité de ceux qui la donnent, quelle que soit la gravité des cas qui en reproduisent les germes. Le logement infecté par les Esquimaux au Jardin d'acclimatation, logement qui n'en est pas un, puisque c'est une hutte, et où personne ne couchera de longtemps, nous paraît moins dangereux que toutes ces habitations de la ville où meurent chaque jour des varioleux, et qui, après une courte période de désinfection et de ventilation, sont rendues, nuit et jour, à d'autres occupants. Quant à leurs effets, ils n'ont guère servi qu'à des individus en état d'incubation de la maladie, c'est-à-dire en cette période où les germes morbides ne sont pas encore régénérés par l'organisme; sont-ils plus redoutables que ces masses d'objets de literie souillés chaque jour à Paris même, soit dans les hôpitaux, soit dans les demeures privées, par les malades qui y subissent toutes les phases de leur affection, notamment l'éruption, la suppuration, la dessiccation, ces trois périodes d'acuité et d'expansion du contage? »

Toutefois, dans un établissement où l'on attire le public, les précautions sanitaires ne sauraient être trop largement prises, et c'est pourquoi M. L. Colin propose de compléter les mesures déjà recommandées de la manière suivante: *a*, par la revaccination du personnel du Jardin au moyen de vaccin d'enfant, inoculé de bras à bras; *b*, par la désinfection au moyen des vapeurs sulfureuses, du local occupé par les Esquimaux du 1er au 8 janvier 1881; *c*, par la purification au moyen de la chaleur, des effets de quelque valeur, ayant appartenu aux victimes, et par la combustion de tous les autres objets de même provenance.

---

ne sera donc pas étonné d'apprendre qu'il existe dans une colonie anglaise une espèce de perroquets qui s'adonne à la pratique de l'opération d'Amussat chez les moutons. Il ne faudrait pas croire cependant que ce soit dans un but chirurgical; non, si le perroquet se montre si bon opérateur, c'est tout uniment afin de se procurer une friandise. Jugez-en plutôt.

Les Bulletins de la Société pathologique de Londres pour l'année 1879-1880 contiennent le fait suivant. M. Wood, au nom de M. de Lautour, médecin à Otago, Nouvelle-Zélande, présente une pièce provenant d'un mouton et démontrant l'existence d'une communication entre le colon descendant et la paroi abdominale supérieure. Voici l'origine de ce fait. Dans les montagnes situées derrière Otago, réside une espèce de perroquets qui primitivement ne vivaient que de fruits et d'insectes. Depuis qu'on a introduit des moutons dans la colonie, il s'est développé chez ces oiseaux un goût prononcé pour le gigot cru; ils se perchent donc sur le dos du mouton, lui arrachent la laine, déchirent la chair et, dans beaucoup de cas, ouvrent le colon, produisant un anus artificiel par lequel sortent les excréments. On se demande si l'oiseau attaque l'animal pour sa chair ou pour déguster tout à son aise le contenu de son intestin. Il est probable qu'il mange ce dernier, ce qui se voit souvent chez les oiseaux; et si vous vous en étonniez,

Trahit sua quemque voluptas,

pourrait dire le perroquet d'après Virgile; mais il est certain qu'il aime aussi la viande, car souvent il se contente d'y mordre à plein bec.

Mais où et comment ce perroquet est-il devenu colotomiste? Est-ce simple hasard? Est-ce son instinct qui l'a guidé? Ou bien un de ses frères a-t-il assisté quelque part à une leçon sur la question et a-t-il introduit cette nouvelle coutume dans sa tribu? Nous attendrons, pour répondre à ces questions, que la parole se soit un peu perfectionnée chez le per-

M. L. Colin demande, de plus, qu'un exemplaire de son rapport soit adressé à M. le ministre des affaires étrangères « avec prière d'apprécier l'opportunité qu'il y aurait à communiquer certains faits qu'il signale aux autorités chargées en Allemagne de la direction de la santé publique ».

Il demande que l'on fasse ressortir « l'importance de ce fait en faveur de l'application de certaines règles d'hygiène internationale. Le débarquement des Esquimaux en un port quelconque, même français, du littoral européen pouvait leur être aussi préjudiciable que le fut leur débarquement à Hambourg. Il nous paraît digne du conseil de salubrité de la ville de Paris, ajoute M. L. Colin, de mettre à profit un pareil exemple ; non seulement pour réclamer dans la mesure du possible les vaccinations immédiates, dans nos ports, des individus provenant de pays où ni vaccine, ni variole antérieure n'ont atténué leur réceptivité; mais encore, et surtout, pour solliciter la pénétration, en ces pays, des bienfaits de l'hygiène préventive ; y introduire le vaccin, c'est non seulement assurer quelques individus contre le danger d'un voyage en Europe, pays qui est actuellement pour eux un foyer de pestilence, c'est encore prémunir l'ensemble de la population contre le péril bien autrement redoutable de l'importation sur place, par la navigation de plus en plus active, des germes varioliques qui, à divers intervalles, ont décimé ces malheureuses peuplades.

« Estimons de plus, dit en terminant M. L. Colin, que le conseil doit saisir cette occasion d'insister de nouveau sur la nécessité de voitures spéciales pour le transport aux hôpitaux des personnes atteintes d'affections transmissibles, voitures dont la construction est actuellement décidée par l'administration. Il y aurait lieu d'en proportionner le nombre au chiffre élevé des membres de l'agglomération parisienne. »

Tel est l'intéressant rapport dont les conclusions viennent d'être adoptées par le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, et dont les considérants méritaient d'être signalés à l'attention des hygiénistes.

L. Lereboullet.

Nous avons reçu de M. le docteur E. Martel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo, une lettre au sujet de l'action antihémorrhagique du perchlorure de fer. La place nous manque pour nous en occuper aujourd'hui.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

De la paralysie alcoolique, par M. le docteur E. Lancereaux, membre de l'Académie de médecine ; leçon recueillie par M. L. Gautier, interne des hôpitaux.

Faits cliniques, caractères de ces paralysies : symétrie, localisation aux extenseurs des membres, désordres concomitants de la sensibilité (hyperalgésies, puis analgésies, sensations douloureuses diverses) et troubles vaso-moteurs (œdème).

On divise ordinairement les paralysies en paralysies *organiques* liées à des lésions des centres ou des cordons nerveux, et en paralysies *fonctionnelles*, ne s'accompagnant d'aucun désordre anatomique connu. A côté de ces deux groupes, il en est un troisième, non moins nettement déterminé, tant par ses origines que par ses effets : je veux parler des paralysies alcooliques et des paralysies toxiques proprement dites. Les faits suivants sont relatifs à la paralysie alcoolique.

Obs. I. — Le 24 février, entrait dans notre salle une femme de trente ans, douée d'un embonpoint qu'on peut qualifier d'énorme ; elle était dans un état de subdélirium continu qui ne lui permettait que des réponses très vagues. Elle nous était adressée par notre très laborieux et très distingué confrère le docteur Paulier, qui nous envoyait en même temps une lettre contenant les renseignements suivants :

« Malade née dans les Vosges ; à Paris depuis l'âge de quinze ans, où elle a toujours été domestique dans la même crèmerie, servant les clients et faisant aussi parfois la cuisine dans un local peu vaste, mais aéré. Réglée à treize ans, toujours régulièrement, non mariée, ni enfants ni fausses couches. Jamais de maladies, à part quelques migraines au moment des règles. Il y a plus de deux mois, vers la fin de décembre, arrêt brusque, à la suite d'un refroidissement, de l'écoulement menstruel, qui n'a pas reparu depuis.

» Le 20 janvier, époque où les règles auraient dû revenir, apparition d'un œdème qui a envahi les deux membres inférieurs et ensuite le ventre. Cet œdème, plus accentué à gauche qu'à droite, était peu douloureux à la pression, mais la malade accusait de violentes douleurs spontanées dans les membres inférieurs. Ces douleurs, de forme lancinante, étaient plus fortes à gauche qu'à droite; elles se propageaient jusque dans le ventre et vers les épaules. A la face plantaire des deux pieds, et surtout à gauche, hyperesthésie très accusée : le moindre contact, le plus léger attouchement étaient extrêmement douloureux. La nuit, les douleurs spontanées étaient telles, dans cette région, que la malade ne pouvait dormir; dans le jour, les douleurs étaient moins violentes, et se calmaient par moments, pour reparaître dès qu'on touchait la plante des pieds.

» Du côté des membres supérieurs, douleurs plus ou moins vagues dans les bras, parfois au niveau des jointures; œdème disparaissant et revenant après. La malade se plaignait surtout d'une

---

roquet, afin qu'il puisse nous renseigner lorsqu'on l'interrogera à ce sujet.

— Le scandale qui a éclaté dernièrement en Amérique à propos des diplômes *in absentia* délivrés à des pseudo-médecins a excité la verve d'un de nos confrères d'outre-Atlantique, qui nous renvoie l'anecdote suivante :

La Faculté de Montpellier donnait du temps de Rabelais, paraît-il (mais je n'en crois rien), de ces diplômes de docteur moyennant finances, et sans aucune pièce à l'appui de la demande. Rabelais, trouvant l'abus un peu trop criant, voulut faire sentir à la docte Faculté combien elle avait tort d'agir ainsi. Il lui demande donc un diplôme de docteur pour le sieur Johannes Caballus, un de ses bons amis, ce qui lui est envoyé contre remboursement. Le parchemin reçu, le futur curé de Meudon prévient la Faculté qu'il lui présentera prochainement son confrère et ami. Au jour fixé, Rabelais, monté sur son âne favori, se rend à l'école de médecine et y pénètre avec le grison, au grand ébahissement des professeurs. « Messieurs, dit-il en désignant son âne, j'ai l'honneur de vous présenter mon ami Johannes Caballus, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier. »

Tableau !

L. H. Petit.

Corps de santé militaire. — Sont nommés : au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Chavasse, de Ferré, Gremion-Maneeau et Lesbros ; au grade de pharmacien-major de 2e classe: MM. Baillon, Lieutard et Trapet.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus dans le corps de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. Aude (Philippe-Félix-Sextius), médecin principal.

Au grade de médecin principal : 2e tour (choix), M. Friocourt (Jules-Félix), médecin de première classe.

sensation continuelle de fourmillement, d'engourdissement dans les mains et qui l'empêchait de s'en servir. En même temps, la malade avait continuellement de la fièvre; son pouls était petit, fréquent. Rien au cœur ni dans les urines, qui ont été examinées à deux reprises.

» Vers le 20 février, douleurs dans le ventre et les reins, comme si les règles allaient revenir; elles n'ont pas reparu, mais la malade a eu quelques épistaxis. Les phénomènes douloureux, et surtout l'hyperesthésie plantaire, ont beaucoup diminué. L'œdème, au contraire, n'a fait que s'accroître, et, à partir de ce moment, la malade est plongée dans un subdélirium constant. »

Tels étaient les renseignements importants et circonstanciés fournis par le docteur Paulier; voici maintenant dans quel état nous trouvons la malade.

Les deux membres inférieurs sont le siège d'un œdème blanc considérable, assez mou : l'infiltration envahit la partie postérieure du tronc et la paroi abdominale. Pas de dilatation des veines superficielles. Aux membres supérieurs, œdème assez notable des avant-bras et du dos de la main, plus marqué à gauche. Le chatouillement de la plante du pied à gauche donne lieu, *au bout d'un certain temps*, à une sensation douloureuse; à droite, il fait jeter des cris à la malade.

Le pincement de la face dorsale du pied gauche est douloureux, seulement sur quelques points; ainsi, à la partie moyenne, il n'est pas senti. A droite, hypéresthésie excessive de tout le dos du pied. Il s'écoule cependant un espace de temps très appréciable entre le pincement et le cri qu'il arrache à la malade.

Les jambes et les cuisses présentent de même une hyperesthésie excessive, au point que le moindre pincement, la pression un peu forte avec le doigt, font crier la malade, et dans ces régions aussi on constate un retard notable dans la transmission de la sensibilité.

L'application d'un objet froid sur les membres inférieurs donne lieu à une sensation douloureuse.

Hyperesthésie cutanée analogue, mais moins intense, sur le tronc et les membres supérieurs. En outre, tous les mouvements imprimés aux membres sont très douloureux.

Si nous recherchons maintenant l'état de la motilité, nous voyons que la malade peut imprimer avec effort de légers mouvements à ses pieds, mais il lui est absolument impossible de soulever ses membres inférieurs au-dessus du plan du lit ou même de les déplacer dans leur totalité. Du côté des membres supérieurs, l'attitude est caractéristique : les doigts sont dans la demi-flexion, la main est fortement fléchie sur l'avant-bras, et il est absolument impossible à la malade de redresser ses doigts ou d'étendre son poignet. Cependant, elle serre assez fortement la main, à droite et à gauche. Les mouvements du coude et de l'épaule sont conservés, et elle peut porter ses mains sur sa tête. La contractilité faradique des muscles extenseurs des avant-bras est nulle.

Pas de paralysie faciale; les pupilles, un peu dilatées, sont égales. Les pommettes sont très colorées; les muqueuses conjonctivale et gingivale, pâles et anémiées; les lèvres fendillées et très sèches. La langue est rouge et présente de petites plaques de muguet. Soif très vive. Rien d'anormal au cœur. Sonorité pulmonaire conservée partout : quelques râles sibilants et ronflants disséminés des deux côtés en arrière. Les urines sont rougeâtres, déposant par le refroidissement un précipité abondant d'urates, mais ne contenant ni albumine ni sucre; leur densité est de 1030. L'utérus est sain; l'urine et les matières fécales sont rendues involontairement. Eschare superficielle et peu étendue au sacrum sur la ligne médiane. La nuit, la malade est très agitée et ne cesse de parler. — Température, 38°,6 le soir; 38° le matin.

Tels étaient les éléments à notre disposition pour poser un diagnostic; la chose en l'espèce n'était pas des plus simples. Nous nous trouvions en présence d'une réunion bizarre de symptômes nerveux dont la diffusion et la variété empêchaient de songer à une lésion circonscrite de l'axe cérébro-spinal.

Si, en effet, on faisait l'hypothèse d'une myélite circonscrite, il fallait la localiser au niveau du renflement cervical, à cause de la paralysie des membres supérieurs; mais alors comment expliquer la délimitation aux muscles extenseurs de la main et des doigts? Quelle interprétation donner au délire spécial de notre malade? Ce symptôme empêchait aussi de penser à une myélite diffuse. Il est à peine nécessaire de nommer l'ataxie, où les phénomènes douloureux ont un tout autre caractère et dont la marche, bien que rapide dans certains cas, est absolument différente de celle de l'affection que nous avions sous les yeux. La méningite cérébro-spinale s'accompagne toujours de contractures. Or, chez notre malade, les membres paralysés étaient flasques; il n'y avait aucune raideur du cou, et, d'ailleurs, la méningite cérébro-spinale ne dure pas deux mois. La longueur de la maladie, l'embonpoint du sujet, son âge, l'absence de symptômes pulmonaires, permettaient d'éliminer aussi la méningite tuberculeuse généralisée à la pie-mère cérébrale et spinale.

Nous avions donc affaire, selon toute apparence, à une paralysie *sine materia*, et, en reprenant un à un les principaux symptômes, on constatait qu'ils présentaient des caractères tout à fait particuliers, et qu'une analyse un peu sévère de chacun d'eux devait nécessairement conduire à un diagnostic précis.

L'œdème, par sa symétrie, présentait les caractères de l'œdème nerveux, et d'ailleurs il ne pouvait être expliqué par aucune lésion du cœur ni du rein; ajoutons que l'absence de cordons durs sur le trajet des fémorales, de dilatation des veines superficielles, empêchait de songer à des thromboses.

Mais la symétrie de la paralysie, sa limitation aux muscles extenseurs, frappèrent surtout mon attention et ne tardèrent pas à me mettre sur la voie du diagnostic, car ce n'était pas la première fois que je voyais un cas de ce genre. Du reste, les désordres de la sensibilité n'étaient pas moins significatifs, particulièrement l'intensité des douleurs accusées par la malade à l'extrémité des membres et l'hyperalgésie excessive à peu près également répartie sur chacun d'eux. En présence de ces désordres et du délire spécial qui les accompagnait, je n'hésitai pas à dire que nous avions affaire à une paralysie d'origine toxique, et très probablement à une paralysie alcoolique.

Je voulus avoir des renseignements plus circonstanciés sur les habitudes hygiéniques de cette femme, et dans ce but je me rendis chez sa patronne et chez la concierge de la maison où elle demeurait; je fis de plus venir sa mère à l'hôpital pour savoir ce qui s'était passé tout à fait au début du mal.

Les détails qui me furent communiqués dans cette enquête confirmèrent largement, comme vous allez le voir, ma première impression, et me permirent bientôt de porter un diagnostic absolument affirmatif. Je me rendis dans la crèmerie où travaillait notre malade; la maîtresse de l'établissement offrait sur sa physionomie et dans sa manière d'être les principaux traits de l'alcoolisme chronique, à savoir : varicosités capillaires des pommettes, embonpoint exagéré, tremblement des lèvres, des membres, etc.; mais, d'ailleurs, la saleté seule qui régnait dans la boutique pouvait déjà inspirer le plus légitime soupçon.

Cette femme nous raconta que, depuis dix-huit mois environ, son ancienne domestique rejetait tous les matins une pituite blanche ou verdâtre, et qu'en arrivant à la crèmerie, son premier soin était de réclamer, pour combattre ce symptôme, une cueillerée de vulnéraire anisé, liqueur dont elle-même faisait usage depuis la ménopause, sur la recommandation d'un médecin. Elle nous dit aussi que lorsque son beau-frère venait, on allait chercher une liqueur spéciale dont ils buvaient tous les trois; mais elle en avait oublié le nom ou plutôt elle ne voulut pas nous le dire. D'un autre côté, elle nous raconta qu'elle avait couché plusieurs fois avec sa domestique, et que celle-ci se plaignait de sensations de froid et de fourmillements dans les pieds, de picotements et de crampes dans les membres inférieurs. En outre, elle avait le sommeil très agité, prononçait en dormant des mots incompréhensibles et poussait même des cris.

En allant aux renseignements au domicile de la malade, j'appris par la concierge et les domestiques de la maison qu'elle était connue pour avoir l'habitude de boire, non pas chez elle, mais chez sa patronne, et qu'elle rentrait parfois en état d'ébriété.

La mère, de son côté, nous raconta qu'au début de la maladie, sa fille était toute la nuit très agitée, qu'elle avait des cauchemars, des hallucinations, voyant autour d'elle, même dans l'état de veille, des grands singes qui la tiraillaient et la tourmentaient. En outre, elle avait les extrémités glacées, et il lui fallait toujours des boules d'eau chaude pour la réchauffer. A cette époque, la malade n'était pas enflée, mais elle rendait des pituites verdâtres et avait des nausées chaque matin. Ces détails venaient ainsi confirmer notre diagnostic, qui fut formulé de la sorte : *Alcoolisme chronique avec paralysie symétrique motrice et vaso-motrice des extrémités des membres.*

Le 26 février, la malade est relativement calme; elle répond à peu près aux questions, et croit à chaque instant reconnaître, dans les personnes qui lui parlent, des membres de sa famille. — Température : le soir, 38°,4; le matin, 38°,2.

Le 27 février, pas de changement notable. — Température du soir, 38 degrés; du matin, 38°,4.

Le 28 février, subdélirium comme les nuits précédentes; la ma-

lade est beaucoup plus abattue : c'est à peine si elle peut nous dire son âge, son lieu de naissance; elle met du temps à répondre et bredouille en parlant. Elle porte plus difficilement sa main à sa tête, et ses mouvements sont si mal réglés qu'elle se frappe la figure avec sa main pendante. Les urines, d'une densité de 1028, ne renferment ni albumine ni sucre. Absence de garde-robes depuis deux jours. — Lavement purgatif. — Température : la veille au soir, 39 degrés; le matin, 38°,6.

Le 29 février, même état. — Température : le soir, 38°,8; le matin, 38°,2.

Le 1er mars, forte oppression, respiration courte, fréquente : 40 respirations par minute. On ne peut plus tirer aucune réponse de la malade, qui marmotte des mots inintelligibles; elle tousse beaucoup et a de la peine à expulser ses crachats, qui restent sur ses lèvres. La langue et les lèvres sont sèches, rouges et recouvertes de muguet; la déglutition est difficile. On a de la peine à faire avaler à la malade quelques gorgées de lait. La tête est renversée en arrière, mais sans raideur. La rougeur très vive des pommettes contraste avec la pâleur du reste de la face.

La masse de la malade et les douleurs que lui causent les mouvements empêchent l'auscultation en arrière, mais on entend en avant des deux côtés de gros râles muqueux. — Température : la veille au soir, 38°,6; le matin, 38°,4.

Le 2 mars, la malade est assoupie; elle marmotte des mots inintelligibles, de temps à autre jette des cris, ne répond plus aux questions, ne peut plus avaler. Les pupilles sont égales et dilatées, les yeux tournés en haut.

La respiration est difficile : 48 par minute. Les gencives sont sèches, les dents fuligineuses. Les deux bras sont à peu près complètement paralysés, les membres inférieurs le sont totalement.

L'œdème a beaucoup augmenté au niveau de l'avant-bras et du dos de la main à droite. L'hyperalgésie de la peau est moindre que les jours précédents. — Température : la veille au soir, 39°,4; le matin, 40°,2.

La malade succombe à trois heures de l'après-midi.

L'*autopsie* a été pratiquée hier matin, vingt-quatre heures après la mort, et la plupart d'entre vous ont pu y assister. Notre attente n'a pas été trompée, et vous avez été à même de constater avec nous, chez cette femme, les lésions caractéristiques d'une sénilité anticipée des organes, qui, comme je vous l'ai souvent répété, existe toujours chez les sujets qui succombent aux suites de l'intoxication alcoolique chronique.

Le cerveau ressemblait, à s'y méprendre, au cerveau d'un vieillard : les granulations de Pacchioni étaient très abondantes. Le cerveau offrait un petit volume et se trouvait sans doute diminué de poids; les circonvolutions étaient comme maigres et amincies. C'est surtout au niveau des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes que cet état était le plus marqué; à ce niveau, il y avait des deux côtés une véritable dépression.

La pie-mère, transparente et entièrement saine à la base, était épaissie par places à la voûte, surtout au niveau des parties antérieures, et sur un certain nombre de points cet épaississement lui donnait un aspect opalin et simulait, à première vue, une infiltration tuberculeuse. Cette membrane se détachait partout sans enlever de substance cérébrale.

D'ailleurs, intégrité de la scissure de Sylvius, absence d'exsudat sous-arachnoïdien; enfin l'examen, à un faible grossissement, des points opaques, a permis de reconnaître qu'il s'agissait d'un simple épaississement de la membrane sans trace de granulations tuberculeuses. La masse cérébrale offrait une consistance molle et un piqueté hémorrhagique assez marqué dans le centre blanc des hémisphères. Les ventricules cérébraux n'étaient pas manifestement dilatés et la voûte à trois piliers n'était pas ramollie. Le cervelet était normal. La pie-mère s'en séparait facilement sans enlever de substance nerveuse. Rien d'anormal n'existait du côté de la protubérance et du bulbe.

La moelle, qui du reste, comme les organes précédents, sera examinée ultérieurement au microscope, ne présentait aucune altération appréciable à l'œil nu, sauf un léger épaississement de la dure-mère spinale au niveau de la région cervicale.

Plusieurs racines spinales antérieures et postérieures de chaque région de la moelle ont été vues au microscope à l'état frais, après dissociation dans l'acide osmique : toutes les fibres de ces racines étaient saines. Une seule racine postérieure, l'une des dernières racines lombaires du côté gauche, a présenté quelques fibres dont la myéline était segmentée en granulations arrondies.

Les poumons étaient le siège de lésions tuberculeuses que la difficulté de mouvoir la malade nous avait empêchés de constater pendant la vie, mais dont la présence, chez une femme aussi forte, n'est qu'une preuve de plus en faveur de l'intoxication alcoolique : Adhérences pleurales anciennes au sommet et au bord postérieur du poumon. Le lobe supérieur de chaque poumon renfermait une excavation pouvant contenir un marron; au pourtour de cette excavation, il existe des granulations tuberculeuses agglomérées, et dans tout le reste de l'étendue des poumons, des tubercules miliaires disséminés le long des vaisseaux. Les ganglions bronchiques sont à peine augmentés de volume. Rien d'anomal dans le larynx et la trachée.

Il y avait sous le péricarde, à la base et à la face antérieure du cœur, une surcharge adipeuse assez notable. Le cœur était mou, flasque, élargi; le myocarde décoloré et friable; les valvules, à part quelques taches jaunes graisseuses, n'offraient pas d'altération. Les cavités droites et gauches renfermaient des caillots peu volumineux, presque exclusivement cruoriques. Le système artériel tout entier était normal, si on faisait abstraction des rares taches jaunes (stéatose) non saillantes, dispersées çà et là à la surface de l'aorte.

L'estomac, sauf un léger degré de décoloration de la muqueuse, ne paraissait pas altéré; quelques amas de granulations tuberculeuses existaient sous la séreuse de l'iléon; à leur niveau la muqueuse présentait des ulcérations circonférentielles. Dans le cæcum existaient une vaste ulcération tuberculeuse et plusieurs petits ulcères arrondis dans le côlon.

Le foie, notablement augmenté de volume, pesait 2150 grammes; les deux lobes, mais surtout le lobe droit, étaient un peu plus allongés qu'à l'état normal, et beaucoup plus épais. L'organe présentait une teinte jaune, une consistance molle, onctueuse; en un mot, tous les caractères d'une stéatose avancée. Les reins, lobulés et légèrement décolorés, n'étaient le siège d'aucune granulation tuberculeuse; la rate était molle, un peu volumineuse; le pancréas paraissait sain; l'épiploon et le mésentère étaient très fortement chargés de graisse.

Les côtes, friables, se coupaient facilement au couteau; le crâne était plutôt mince et fragile. Les autres os n'ont malheureusement pas été examinés; mais il y a lieu de croire qu'ils renfermaient une grande proportion de graisse. Les muscles postérieurs de l'avant-bras et ceux du mollet paraissaient, à l'œil nu, décolorés; ils étaient mous, un peu visqueux au toucher. L'examen de fibres dissociées à l'état frais dans l'acide osmique permettait de constater la présence, dans leur intérieur, d'un grand nombre de granulations se colorant en brun par le réactif, mais ne prenant pas la teinte noire franche des granulations graisseuses. La striation transversale avait presque entièrement disparu, et la lésion paraissait générale et exister au même degré sur toutes les fibres que l'on observait dans le champ du microscope.

Les préparations, assez mal colorées, n'ont pas encore permis de constater s'il y avait une prolifération des noyaux du myolemme.

A l'examen, les fibres des nerfs radial et tibial postérieurs, après dissociation dans l'acide osmique et coloration au picro-carmin, étaient aussi manifestement altérées. A côté d'un petit nombre de gaines absolument vides, on trouvait des fibres dont la myéline était segmentée en boules de volume inégal, séparées les unes des autres par des intervalles assez considérables. Il n'y avait pas d'augmentation appréciable du nombre des noyaux de la gaine de Schwann. L'imperfection de la coloration ne permettait pas de se rendre un compte exact de l'état dans lequel se trouvaient les cylindres d'axe.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Du M'BOUNDOU (POISON D'ÉPREUVE DES GABONAIS); NOUVELLES RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES, CHIMIQUES, HISTOCHIMIQUES ET TOXICOLOGIQUES. Mémoire de MM. *Ed. Heckel* et *Fr. Schlagdenhauffen*. — ... De l'ensemble de ces recherches se dégage, selon les auteurs, ce fait que, contrairement aux opinions de Rabuteau et de Testut, le m'boundou (*Strychnos*) ne renferme qu'un seul alcaloïde, la strychnine, et agit uniquement par ce principe actif, qui se trouve surtout accumulé dans l'écorce de la racine, et particulièrement dans les cellules libériennes et cambiales de cette écorce. On ne retrouve

absolument que cet alcaloïde dans le foie, les reins, l'estomac, les testicules, le cerveau et la moelle des animaux qui ont succombé à ce toxique.

Il ressort, en outre, de cette étude un fait non moins important, en raison du caractère de généralité qu'il pourrait revêtir dans la physiologie des poisons : c'est que la strychnine peut produire sur les animaux à sang froid, ainsi que l'avait entrevu M. le docteur Testut en se basant sur des données moins précises, l'une ou l'autre de ces actions (*tétanique* ou *paralysante*), suivant la dose d'alcaloïde mise en jeu : les fortes doses agissent comme paralysantes et les faibles comme tétaniques. Il est donc fort possible que les strychnées *convulsivantes* renferment sous le même volume de matière extractive une dose d'alcaloïde plus faible que celles réputées *paralysantes*, et dès lors il ne serait plus permis de laisser subsister cette distinction. (Renvoi au concours du prix Barbier.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts adresse l'ampliation d'un décret autorisant l'Académie à accepter le legs fait par le sieur Gaëtan-Pierre Stanski, pour la fondation d'un prix bisannuel de 2000 francs. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. une demande de distinction honorifique formée par M. le maire de Messoy-sur-Grome, en faveur de Mme veuve Dumoulin, sage-femme dans cette commune, en récompense de services rendus dans la pratique des vaccinations (*Commission de vaccine*) ; *b*. une demande à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter les sources d'eaux minérales de Baraci (Corse) (*Commission des eaux minérales*) ; c. le rapport de M. le médecin inspecteur des eaux minérales de Bussang pour l'année 1880. (*Même Commission*.)

M. le docteur *A. Alison* (de Baccarat) adresse deux notes manuscrites intitulées : 1° *Rapport sur l'opération vaccinale en* 1880, *dans la circonscription médicale de Baccarat* ; 2° *Mémoire sur quelques cas de revaccination chez les enfants*.

M. le docteur *Guichet* (de Saint-Mihiel) envoie une série de renseignements manuscrits sur l'état actuel de l'enseignement médical en Espagne.

L'Académie reçoit un mémoire intitulé : *Essai sur la mélancolie*, avec la devise *Laboremus*, pour le prix Lefèvre, concours de 1881.

MM. les docteurs de Ranse, J. Worms, Marjolin, Magitot et Mesnet adressent des lettres de candidature à la place vacante dans la section des associés libres.

M. le docteur Roy adresse une lettre de candidature au titre de membre correspondant national (1re division).

MM. les docteurs Spencer Wells (de Londres) et Davila (de Bucharest), envoient des lettres de candidature à la place vacante dans la section des membres correspondants étrangers.

M. le docteur *Jaccoud* fait hommage à l'Académie d'un ouvrage qu'il vient de faire paraître sous le titre : *Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire*, leçons faites à la Faculté de médecine.

M. le docteur *J. Bergeron* présente, au nom de M. le docteur Cazin (de Berck-sur-Mer), une brochure intitulée : *Sur les tubercules de l'estomac*.

M. le docteur *Le Roy de Méricourt* offre, de la part de M. le docteur Nicolas, un volume sous ce titre : *La Bourboule actuelle*.

M. le docteur *Constantin Paul* dépose, au nom de M. le docteur Byasson, un travail intitulé : *Sur l'essai du sulfate de quinine*.

M. le docteur *G. Lagneau* fait hommage d'un ouvrage de M. le docteur Giuseppe Pinto, portant le titre de : *Storia della medicina in Roma al tempo dei Re et della Republica*.

M. le docteur *Maurice Raynaud*, au nom de M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux), dépose une brochure intitulée : *Note sur un cas de catalepsie chez une hystérique, monomanie consécutive, action favorable des courants électriques*, et au nom de M. le docteur Boissarie (de Sarlat) : *Histoire d'une épidémie singulière de paralysies diphthéritiques, survenant d'emblée, sans angines, dans quelques cas précédant l'apparition des fausses membranes*.

Nature de l'ergot de seigle. — M. *Chatin* propose à l'Académie de donner acte à M. Gendrot, pharmacien à Bécherel (Ille-et-Vilaine), de sa réclamation de priorité concernant la découverte de l'appareil reproducteur de l'ergot de seigle. Il résulte, en effet, entre autres preuves, d'une lettre de M. Duméril, en date du 4 mars 1845, que, dès cette époque, M. Gendrot lui avait montré des échantillons d'une sorte de champignon développé sur l'ergot lui-même sous l'influence de l'humidité, longtemps avant, par conséquent, que M. Tulasne auquel cette découverte est généralement attribuée, l'ait désigné, en 1852, sous le nom de *Claviceps purpurea*.

Trichines et trichinose. — Deux communications, l'une de M. Colin (d'Alfort), et l'autre de M. Davaine, ainsi qu'une lecture de M. Vallin ont été présentées sur cette question, qui ne cesse pas d'être à l'ordre du jour, surtout en présence de la mesure radicale que M. le ministre de l'agriculture et du commerce a cru devoir prendre en prohibant complètement l'importation des viandes de porcs salées provenant d'Amérique.

M. *Colin* s'est demandé tout d'abord si les trichines sont vivantes ou mortes dans les salaisons d'origine étrangère ; à cet effet, il a pensé que le moyen pratique le plus sûr de constater la vitalité ou la mort de ces parasites était de faire avaler à des petits oiseaux deux ou trois petits morceaux de muscles pris à l'intérieur de la pièce de charcuterie à examiner, après les avoir malaxés un instant dans l'eau pour les dessaler. On tue ensuite les animaux, six, huit ou dix heures après le repas, et on étale sur une lame de verre le contenu de l'intestin grêle pour l'examiner au microscope. Si les trichines sont vivantes, on ne tarde pas à les apercevoir. les unes encore enroulées en spirale et dégagées de leurs enveloppes, les autres déroulées et exécutant les évolutions les plus variées au milieu des matières qui les entourent. A l'aide de cette méthode, M. Colin a pu établir que les échantillons de jambons saisis à Lyon, il y a deux mois, et qu'il a pu examiner au microscope, ne présentent que des trichines mortes. La salaison tue les trichines au bout d'un certain temps, qu'il est fort difficile de déterminer exactement, car, d'une part, cette salaison s'opère à des degrés très variables suivant les saisons et la taille des animaux et, d'autre part, elle reste souvent insuffisante au centre des pièces volumineuses comme les jambons. Par conséquent, elle ne constitue pas une garantie absolue contre les dangers auxquels expose la consommation des viandes trichinées.

Cette garantie ne peut résulter que de la cuisson. Mais si l'ébullition un peu prolongée, proportionnellement au volume des morceaux, et le rôtissage complet tuent les trichines, ainsi que M. Colin l'a démontré depuis longtemps, il n'en est pas de même du rôtissage sommaire, rapide et de l'ébullition de courte durée, qui laissent au centre des pièces des parties saignantes ou seulement rougeâtres. De là le danger de faire usage, n'importe sous quelle forme, de la viande de porc soumise à une cuisson imparfaite ; à ce sujet, il faut se défier dès aujourd'hui du jambon de toutes provenances, qui n'est jamais assez cuit, et des saucissons d'Arles ou de Lyon, dont la salaison n'est pas suffisamment faite. Ces accidents, au reste, sont probablement plus communes qu'on ne le pense ; beaucoup de malaises, d'embarras gastriques, de coliques, de diarrhées, survenant à la suite de l'ingestion de charcuterie crue ou imparfaitement cuite sont des indices de trichinisations légères, ainsi qu'on en peut remarquer chez les animaux en expériences. Il faut, il est vrai, que la viande crue ingérée en forte proportion soit saturée de parasites, pour qu'elle détermine la trichinose grave, assez souvent mortelle. — Quant à l'étiologie de la trichinose, la maladie peut nous menacer cependant, même en l'absence de toute importation des viandes étrangères, car les migrations des trichines sont nombreuses ; elles peuvent être recueillies par un grand nombre d'animaux mammifères, reptiles, poissons, oiseaux, insectes, et échangées entre eux dans des conditions très variées ; mais il semble avéré que la trichinose ne peut guère revenir à l'homme sans l'intermédiaire de la viande de porc. C'est donc de cette viande surtout qu'il faut se défier, et comme la cuisson complète est à peu près le seul moyen simple de tuer ce parasite, « c'est dans nos cuisines qu'il faut faire la guerre à l'ennemi, guerre facile et peu coûteuse qui nous préservera plus sûrement de la trichinose que toutes les inspections possibles ».

M. *Davaine* pense, en ce qui concerne l'usage de la viande des porcs élevés en France, qu'il n'y a pas lieu de prendre des mesures sanitaires nouvelles, car depuis vingt ans que cette question est soulevée il ne s'est produit que l'épidémie

très peu importante de Crépy-en-Valois, épidémie qu'une armée d'inspecteurs établie dans tout le pays n'eût peut-être pas prévenue. Quant aux viandes de porc salées ou fumées importées d'Amérique ou d'autres pays, elles sont en général infestées de trichines en quantité assez considérable, 2 à 5 pour 100 d'ordinaire, jusqu'à 8 pour 100 dans les prélèvements qu'on vient de faire, et cependant on ne connaît pas une seule observation de trichinose produite dans ces conditions, bien qu'on sache parfaitement reconnaître cette maladie; il y a longtemps qu'on mange de ces viandes et on n'a jamais rencontré chez les Parisiens l'existence de trichines musculaires. Ces vers, toutefois, ont une résistance vitale extraordinaire, ils peuvent vivre dans les muscles d'un animal ou d'un homme vivant dix à quinze ans, mais il n'en est plus de même chez l'animal mort, surtout lorsque la chair de cet animal est soumise à certaines préparations qui la conservent.

Il faut plusieurs mois, en général, avant que le porc tué à Cincinnati arrive dans une cuisine à Paris; il y a donc beaucoup de chances pour que, dans un grand nombre de cas, la viande ait perdu par la mort des trichines toute propriété infectieuse. D'ailleurs, l'habitude que nous avons de faire cuire fortement nos viandes nous préserve contre cette éventualité si problématique; les expériences anciennes et récentes de tous ceux qui se sont occupés de cette question l'ont nettement établi, et en particulier celles, déjà anciennes, de Fjord et Krabbe, de Copenhague. En France, il est d'usage de donner une durée de quatre à six heures à la cuisson du jambon ou bien de la faire varier en proportion du poids du jambon, et cette durée est de cinquante minutes par kilogramme. Il paraît certain que les trichines sont toutes parfaitement mortes lorsque l'on sert le jambon sur nos tables. La terreur qui paraît s'être emparée de l'Administration et du public en ce moment est trop exagérée.

M. *Chatin* fait observer que son fils, M. Joannès Chatin, ayant fait prendre à des cobayes des morceaux des jambons prélevés dans les dernières cargaisons saisies, a pu retrouver dans leurs intestins des trichines à l'état adulte, et que M. Ch. Girard vient de rappeler à la vie des trichines qui semblaient mortes en les maintenant pendant quelque temps à une température de 42 degrés centigrades. *Il semble donc* qu'il ne faut pas accorder trop de confiance à l'influence de la salaison ainsi qu'à la durée du temps qui s'est écoulé depuis cette opération.

M. *Vallin*, candidat dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, voulant étudier la persistance ou la cessation de la vie des trichines sous l'influence des variations de la chaleur, a procédé de la manière suivante : deux tubes éprouvettes, contenant à la fois 10 grammes d'eau, de petits fragments de viande trichinée et un thermomètre, furent maintenues pendant vingt minutes dans un bain de sable à température déterminée. On fit ensuite ingérer à des lapins les débris de viande ainsi chauffés, et la présence de trichines dans les muscles de l'animal, au bout de quinze à vingt jours, indiquait la température que les trichines peuvent supporter sans périr. Il a pu ainsi, tout en tenant compte de l'âge des trichines, réserve qu'il est important de faire dans de telles expériences, établir qu'il n'existe aucun fait rigoureux permettant de penser que des trichines aient survécu à un échauffement de plus de 60 degrés centigrades, et il croit qu'il est prudent de ne pas abaisser au-dessous de ce chiffre la température qui tue nécessairement et dans tous les cas les trichines.

Afin de vérifier si les habitudes culinaires, en France, pouvaient permettre d'assurer que les parties centrales des viandes préparées atteignent toujours cette température, de sorte qu'aucune parcelle de tissu n'y échappe, M. Vallin a cherché les minima de températures que présentent les parties profondes des viandes rôties, bœuf, mouton, porc, au moment où elles vont être éloignées du foyer; ces températures sont, en général, trop basses pour donner une garantie complète contre les parasites que la chair des animaux pourrait contenir. Ayant recherché de la même manière la température centrale des viandes bouillies, il a vu qu'une ébullition prolongée sans interruption pendant trois heures n'élève pas la température centrale tout à fait au degré reconnu nécessaire pour tuer définitivement les trichines. Il en résulte qu'une cuisson prolongée pendant quatre heures au moins est nécessaire pour les pièces d'un poids inférieur à 6 kilogrammes; au-dessus de ce poids, l'ébullition doit être continuée cinq heures. Il y aurait inconvénient, toutefois, à exagérer ces recommandations, car après six heures de cuisson un jambon de 5^k,100 avait perdu 1330 grammes, soit le quart de son poids.

Même après une ébullition aussi prolongée, la chair conserve sa couleur rouge caractéristique, qui tient sans doute aux sels qui l'imbibent, particulièrement au nitrate de potasse; cette coloration n'est donc pas la preuve que la cuisson a été insuffisante pour détruire les trichines.

M. *J. Guérin* voit, dans la question soulevée, deux côtés bien distincts : il s'agit à la fois d'une question d'économie politique, et il lui semble que les mesures sanitaires qui viennent d'être prises sont bien exagérées et peu en rapport avec les notions scientifiques, et aussi du problème d'étiologie générale qui se pose pour la trichinose, aussi bien que pour toutes les maladies épidémiques, spontanéité ou transmission.

M. *Le Roy de Méricourt*, ayant émis dans la dernière séance l'hypothèse de la possibilité que des insectes tels que les blattes, les cancrelats, que les rats dévorent, soient eux-mêmes atteints de trichinose, tient à rappeler qu'en 1866, M. Jolicœur avait rapporté à la Société pharmaceutique d'émulation un fait de ce genre chez les blattes.

M. *Colin* réclame la priorité pour ses observations sur l'existence des trichines chez les insectes; ses observations datent de 1866 et sont consignées dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Corps étrangers du genou. — Anatomie pathologique de l'épididymite. — Œdème malin des paupières.

M. *Heurteaux* (de Nantes), membre correspondant de la Société de chirurgie, adresse une observation de corps étrangers du genou. On trouva dans l'articulation du genou gauche trente-cinq corps étrangers; on en fit l'extraction avec les précautions anti-septiques; guérison. Le poids total des corps enlevés est de 60 grammes.

— M. *Desprès :* M. Terrillon a fait une communication sur l'anatomie pathologique de l'épididymite; ses expériences ne conduisent pas à la véritable théorie de l'épididymite. La théorie de la propagation de l'inflammation n'est pas suffisante. M. Desprès attribue la maladie à l'engorgement du testicule par défaut de fonctionnement; à cet engorgement vient se joindre une cause occasionnelle quelconque.

M. *Terrier :* Le chien a-t-il de l'uréthrite? Oui, très rarement; et elle résulte d'une suppuration de la prostate ou de la présence d'un calcul dans la vessie. Il n'y a pas de vaginite chez la chienne pouvant donner une uréthrite chez le chien. Jamais l'uréthrite chez le chien ou chez le cheval ne produit l'orchite. Par conséquent, le terrain que M. Terrillon a choisi pour ses expériences n'est pas favorable pour permettre de conclure à ce qui se passe chez l'homme.

M. *Terrillon* n'a pas voulu conclure des chiens à l'homme; seulement, il a remarqué qu'en irritant le canal déférent chez

le chien, il produisait des lésions de l'épididyme analogues à celles observées chez l'homme; les expériences ont permis de mieux étudier l'anatomie pathologique de l'épididymite.

M. *Horteloup :* Quand on voit l'épididymite se développer au vingtième jour de la blennorrhagie, quand on voit que l'inflammation n'a pas dépassé la portion spongieuse du canal de l'urèthre, que les malades ne souffrent point du côté de la prostate ni du côté du canal déférent (au début), on peut dire qu'au point de vue clinique la propagation de l'inflammation est encore à démontrer.

M. *Trélat* dit que les angioleucites et les adénites nous donnent l'explication du désaccord apparent qui semble exister entre la clinique et l'anatomie pathologique. En effet, il y a un certain nombre de cas dans lesquels on observe un adénite qui peut suppurer (péri-adénite), et on ne voit pas d'angioleucite apparente au niveau de la piqûre ou de la lésion cause première des accidents. On a vu l'épididyme suppurer à la suite de la blennorrhagie.

M. *Tillaux* se rallie à la théorie de la propagation de l'inflammation. Si la rétention du sperme était en cause, c'est le testicule qui serait pris et non l'épididyme.

— M. *Delens* lit un rapport sur une observation d'œdème malin des paupières, par M. Brechemier (d'Orléans). Traitement par la cautérisation à la pâte de Vienne et les injections de teinture d'iode à la périphérie; guérison.

REVUE DES JOURNAUX

Revue d'anthropologie.

La *Revue d'anthropologie*, fondée en 1872 par Broca, continue à paraître sous la direction de M. le docteur P. Topinard, qui avait déjà succédé à son éminent maître comme secrétaire général de la Société d'anthropologie. Le premier fascicule du tome IV de cette importante publication contient, parmi les mémoires originaux, un mémoire posthume de Broca intitulé : « Quelques subdivisions de groupes basés sur l'indice céphalique; » la remarquable leçon d'ouverture du cours de M. Mathias Duval intitulée : « De l'embryogénie dans ses rapports avec l'anthropologie, » et plusieurs autres travaux dus à MM. G. de Mortillet, Mondière et Tenkate et Pavlovsky. Une revue critique sur les Samoyèdes; une revue préhistorique, une revue des livres et des journaux et divers articles de bibliographie ou de variétés complètent ce fascicule, qui sera lu avec un vif plaisir par tous ceux qui s'intéressent aux progrès des études anthropologiques. (*Revue d'anthropologie*, 10e année, 15 janvier 1881.)

Recherches sur la pathogénie des lésions athéromateuses des artères, par le docteur Hippolyte Martin.

La pathogénie de l'athérome artériel est encore controversée, les uns considérant le dépôt d'éléments graisseux comme un phénomène initial (Cornil et Ranvier), les autres faisant précéder cette régression graisseuse d'un stade d'irritation (Virchow et Lancereaux). Pour les uns, c'est un phénomène passif; pour les autres, la période initiale est un processus inflammatoire. M. H. Martin, étudiant avec un soin tout particulier la tunique artérielle externe, a constaté dans les artérioles nourricières du vaisseau lui-même une véritable endartérite proliférative avec exsudats bouchant la lumière de cette artériole. Cette inflammation de l'artère nourricière précéderait l'apparition des éléments graisseux ou tout au moins coïnciderait avec elle. En résumé, ces observations viendraient à l'appui de l'opinion qui considère l'athérome comme un phénomène secondaire et consécutif à un processus inflammatoire. La dégénérescence n'arriverait qu'à la suite d'un trouble circulatoire.

Quant à l'inflammation des artérioles elles-mêmes, elle pourrait s'expliquer par l'action directe de certains principes irritants, d'agents morbides divers, chassés par le sang et agissant rapidement sur le tissu délicat de l'artériole.

Dans tous les cas d'athérome, M. H. Martin a pu constater cette lésion de l'artère nourricière correspondant au point malade de l'artère. (*Revue de médecine*, n° 1.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'histologie pathologique, par MM. Cornil et Ranvier. 2e édition, t. Ier, in-8° de 756 pages et 280 figures. — Paris, 1881. Germer-Baillière.

Le *Manuel d'histologie pathologique* de Cornil et Ranvier a rendu au public médical français les plus grands services, non seulement parce qu'il a été le premier résumé des notions d'histologie pathologique mis au courant de l'état de la science en France et à l'étranger au moment de sa publication, mais aussi parce que les auteurs y ont apporté leurs qualités personnelles, la netteté et la précision dans les descriptions, avec la simplicité et la réserve dans l'étude des questions qui confinent aux problèmes les plus complexes de la pathologie générale. Cependant je ne veux pas me borner ici à faire l'éloge d'un livre qui est ou doit être entre les mains de tous les étudiants, et même de tous les médecins instruits; je préfère examiner ce qu'il apporte d'enseignements nouveaux à ceux qui ont appris l'histologie pathologique il y a dix ou douze ans; c'est dire que je signalerai les changements apportés par les auteurs dans les chapitres les plus importants de leur œuvre. Il y a, je le crois, intérêt à poursuivre cette étude avec quelques détails, parce qu'elle est une sorte de revue rétrospective des progrès accomplis en histologie. Les auteurs nous annoncent eux-mêmes en quel sens ces progrès ont été plus prononcés. « Dans cette période décennale, disent-ils, l'histologie normale a progressé relativement beaucoup plus que l'histologie pathologique; mais celle-ci, qui se base sur la première, qui lui emprunte non seulement ses découvertes, mais aussi ses méthodes, s'est elle-même notablement modifiée. »

L'ordonnance de l'ouvrage n'a pas été changée et formera deux volumes, comprenant : l'un, l'anatomie pathologique générale des tissus; l'autre, l'histologie pathologique des organes. Nous n'avons à nous occuper que du premier volume, et nous examinerons chacune des deux parties qui le composent, c'est-à-dire : 1° l'anatomie pathologique générale ; 2° les maladies des systèmes et des tissus. Les notions succinctes d'histologie générale, qui forment la première section, ont pris un développement en rapport avec les travaux qui ont, dans ces dix dernières années, grâce à Henle, Recklinghausen, Ranvier, Balbiani et bien d'autres, transformé les notions générales sur la *théorie cellulaire suivant Virchow*, acceptées avec un enthousiasme exagéré en Allemagne et même en France. Aujourd'hui même que l'on discute moins sur la nationalité des théories, puisque les unes et les autres ont en chaque pays des représentants, il est assez difficile pour les histologistes d'exprimer une opinion impartiale sur le mode d'influence que les théories résumées dans la *Pathologie cellulaire* de Virchow ont pu exercer sur les études histologiques. Nous qui, tout en étudiant, méditant, enfin admirant, et par conséquent vulgarisant les travaux de Virchow en pathologie, n'avons cependant jamais été partisan convaincu de ses doctrines sur la structure du tissu conjonctif, nous avons dès longtemps et en maintes circonstances prévu l'évolution qui devait se produire nécessairement. Avec Henle, avec Robin et ses élèves, nul

n'a plus contribué à ce progrès que Ranvier par ses remarquables études sur le tissu conjonctif; c'est pourquoi nous enregistrons, en quelque sorte comme un document, les paragraphes suivants, qui sont une sorte de manifeste histologique des auteurs. L'intérêt qu'ils présentent nous engage à les reproduire textuellement :

« Dans la première édition de ce *Manuel*, disent-ils, nous avions adopté sur la structure du tissu conjonctif la manière de voir de Virchow, modifiée par Recklinghausen, et nous pensions que ce tissu est constitué par une substance fondamentale fibrillaire, au sein de laquelle sont creusés des canaux (canaux plasmatiques, canaux du sac). Les cellules plasmatiques ou cellules connectives se trouvaient comprises dans l'intérieur de ces canaux. Cette fausse interprétation provenait de ce qu'on examinait surtout le tissu conjonctif sur des coupes transversales, après dessiccation ou après durcissement par l'acide chromique ou l'alcool, et après l'action de l'acide acétique. Aussi Henle, qui continuait à avoir recours à la dissociation pour étudier le tissu conjonctif, s'est toujours élevé contre la conception de Virchow et de ses élèves. La description des faisceaux du tissu conjonctif est parfaite. Il a reconnu leur constitution fibrillaire, et il a décrit autour d'eux des fibres annulaires ou en spirales qui les enlacent et les consolident. Seulement, Henle n'a pas reconnu dans le tissu conjonctif l'existence de cellules actives, et il ne restait dans ce tissu que des éléments dérivés des cellules primitives, ce qu'il appelait fibres de noyaux (fibres annulaires, spirales ou élastiques). Les fibres annulaires et spirales se colorent en rouge par le carmin et gardent cette coloration après l'addition de l'acide acétique ou de l'acide formique, tandis que les fibres élastiques restent incolores. Les noyaux des cellules connectives, la surface des faisceaux de tissu conjonctif sont colorés par le carmin de la même façon que les fibres spirales. Virchow, qui, dans ses préparations, avait reconnu l'existence des noyaux, les croyait compris dans des cellules analogues aux corpuscules osseux, parce qu'ils sont nécessairement limités par la surface des faisceaux accusés aussi par la coloration qu'ils présentent. Bien que Virchow se soit mépris sur la forme, les rapports et la signification des cellules du tissu conjonctif, il n'en a pas moins le mérite d'avoir affirmé leur existence. »

Toute cette partie consacrée à l'histologie normale porte les marques d'une révision attentive, et, si l'on y retrouve la description de Ranvier sur la structure et le développement des tissus osseux et cartilagineux, telles qu'il les avait enseignées depuis longtemps; on y remarquera aussi des données nouvelles et déjà classiques sur la structure du tissu nerveux, du tissu musculaire et des tissus épithéliaux. Un chapitre nouveau et des plus intéressants, consacré à l'étude des lymphes, du sang, du plasma, consacre les progrès dus à Potain, Malassez, Hayem dans l'étude des éléments figurés de ces humeurs, et en particulier dans la numération des globules rouges et des globules blancs du sang.

Nous aurons à revenir sur les données anatomiques à propos des maladies des tissus et des organes, mais nous avons hâte d'arriver aux chapitres d'anatomie pathologique.

L'histoire des altérations de nutrition des éléments et des tissus, ainsi que celle des altérations consistant en formation nouvelle de cellules, n'a subi aucune modification; c'est reconnaître que ces processus étaient déjà suffisamment connus il y a dix ans. Il n'en est pas de même de l'inflammation, les réserves exprimées par les auteurs dans la première édition sont remplacées par un exposé plus dogmatique. La migration des corpuscules blancs dans l'inflammation est un fait acquis, et la prolifération des cellules plasmatiques ou connectives devient un phénomène secondaire au lieu de remplir le premier rôle. C'est principalement l'étude de l'inflammation de la cornée qui permet cette conclusion.

« En résumé, disent Ranvier et Cornil, les cellules lymphatiques ou les globules de pus qui infiltrent la cornée enflammée sont bien, pour la plupart, comme le soutient Cohnheim, des cellules migratrices venues du sang; mais à ces dernières peuvent s'ajouter des cellules jeunes qui proviennent de la prolifération des cellules connectives de la membrane.

» Sous l'influence de sa belle découverte, Cohnheim a cru expliquer par la diapédèse toute l'inflammation; mais il importe, tout en lui rendant pleine justice, de ne pas perdre de vue le rôle si important de l'activité et de la prolifération des cellules dans les phénomènes inflammatoires. »

Il faut rapprocher de cette conclusion une autre citation prise dans un paragraphe sur la théorie de la formation du pus :

« Nous admettrons deux modes de formation de globules de pus : 1° par la prolifération des éléments cellulaires; 2° à la suite de la sortie des globules blancs hors des vaisseaux. Dans la suppuration très rapide et abondante, c'est la diapédèse qui est le phénomène le plus important. »

De telles conclusions sont l'expression de l'opinion de la grande majorité des histologistes, et les faits anatomiques qui leur servent de base ne sont plus mis en discussion; cependant, l'histoire de la suppuration, de la septicémie en particulier, a été, dans ces dernières années, l'objet d'études si remarquables que l'on pourra regretter que Ranvier et Cornil se soient contentés, à propos du sang et des parasites du sang, de les résumer en une seule page et, par conséquent, trop brièvement pour l'importance des découvertes auxquelles MM. Davaine et Pasteur ont attaché leur nom.

Toute la section consacrée à l'étude des tumeurs en général a été conservée à peu près intacte, à part l'addition de plusieurs figures, telles que le lymphadénome du testicule, l'épithéliome tubulé, le papillome de la verge, les polypes muqueux de l'intestin grêle, le polype papillaire des fosses nasales, le kyste prolygène de l'ovaire. A l'exception de quelques renseignements techniques sur l'étude du sarcome, et de quelques modifications de détail ou plutôt de rédaction, les auteurs n'ont pas cru devoir apporter de changement à leur classification anatomique des tumeurs. On s'explique que ces questions, en quelque sorte doctrinales, n'aient pas nécessité de transformation notable, et ce résultat prouve que Ranvier et Cornil avaient adopté dès la première édition une classification rationnelle et durable; ce qui étonnera plutôt, c'est que certains chapitres, tels que ceux de la tuberculose ou de la syphilis, n'aient pas été développés, ainsi qu'on pouvait le pressentir en se rappelant les recherches nouvelles de Grancher et de Thaon sur la tuberculose, les recherches mêmes de Cornil, soit sur la tuberculose, soit sur la syphilis; en effet, à part une description et une figure des cellules géantes du tubercule, ce n'est pas dans ces chapitres de généralités que nous constatons les progrès accomplis en histologie pathologique sur ces sujets. Mais, hâtons-nous de le dire, c'est ailleurs que nous retrouverons les documents plus spéciaux qu'on était en droit d'attendre : pour la tuberculose, en effet, c'est à propos des maladies des systèmes, quand il sera question des tubercules des os, des séreuses, des artères, des capillaires, des méninges, que nous retrouvons des descriptions précises, des figures parfaitement dessinées; pour la syphilis, c'est dans presque chacun des chapitres traitant des maladies des systèmes et des organes mêmes que sont étudiées les lésions de la syphilis dans la peau, les muqueuses, le tissu osseux des nouveau-nés, le tissu nerveux, le cerveau, etc.

Toutefois, si nous mettons à part un chapitre nouveau sur la pathologie du sang, des notions anatomiques sur les lymphatiques, et quelques additions telles que la description de la myocardite interstitielle, les altérations musculaires de la paralysie pseudo-hypertrophique, nous constatons que les auteurs n'ont pas apporté dans ces chapitres des changements bien considérables. Il n'en est plus de même pour les derniers chapitres, dans lesquels les auteurs traitent des lésions des nerfs, du cerveau, du cervelet et de la moelle; on peut cette fois apprécier les progrès accomplis, et, bien que nombre

de questions soient encore discutées, les recherches ont été si multipliées en France qu'il était nécessaire de remanier complètement tous ces chapitres. Dans le premier d'entre eux, l'étude des lésions des nerfs sectionnés, les remarquables études de Ranvier ont rendu la tâche facile, puisqu'il n'avait qu'à donner le résumé de ses recherches pour exposer ce que nous connaissons de plus original et de plus précis sur ce sujet. Les notions d'histologie normale du système nerveux central sont, au contraire, un simple résumé des études de topographie des circonvolutions cérébrales. Les auteurs ont emprunté les figures de Ferrier, Meynert, Charcot, Pitres et Duret, et résumé très brièvement les théories des localisations cérébrales. Comme ils n'ont pas apporté de notions anatomiques, histologiques ou expérimentales originales, nous n'entreprendrons pas la discussion de ces données générales. D'ailleurs, les auteurs n'ont pas insisté longuement sur les caractères symptomatologiques dans leurs relations avec le siège des lésions, et, si le chapitre des altérations des méninges a reçu d'importants compléments, les lésions du cerveau ou du cervelet, considérées au point de vue histologique, ont conservé les caractères décrits dans la première édition.

L'histoire symptomatique et l'étude des lésions de la moelle épinière ont été l'objet de recherches multipliées dans ces dernières années, et il est à remarquer que les progrès dus à la clinique dépassent de loin ceux que l'histologie a pu obtenir dans l'étude de la texture de cet organe. En effet, si nous connaissons bien la structure des cellules, de la névroglie ou tissu connectif, des tubes nerveux, si nous en pouvons suivre la topographie dans le plan horizontal avec une netteté relativement très perfectionnée, il n'en est plus de même lorsqu'il faut suivre le trajet des conducteurs nerveux d'un côté à l'autre de la moelle, ou leur entrecroisement dans diverses bandelettes, leurs flexuosités, leurs anastomoses; l'on peut même dire que, dans la plupart des descriptions les plus récentes, les anatomistes sont plus influencés par les résultats de l'expérimentation ou de la pathologie que par les documents anatomiques proprement dits. Cornil et Ranvier constatent cette lacune, que nous regrettons tous, mais qu'il est difficile de combler. « Si l'on connaît assez bien la structure des éléments isolés de la moelle, cellules et tubes nerveux, disent-ils, on est très peu avancé relativement à leurs connexions réciproques, et l'on est réduit à peu près uniquement aux hypothèses plus ou moins rationnelles basées sur les faits physiologiques et pathologiques. »

Il est fort heureux que les observations cliniques permettent une classification qui peut satisfaire, pour le moment, les esprits scientifiques; en acceptant les divisions établies par Turck, Leyden, Vulpian, Charcot, etc., dans les diverses formes symptomatologiques des myélites, Cornil et Ranvier ont obtenu au moins la simplicité dans l'exposé d'affections si diverses et qui sont restées si longtemps obscures.

Je ne ferai que signaler en passant l'article nouveau et très étudié sur le mal de Pott, pour indiquer les principales divisions des myélites; je ne saurais d'ailleurs résumer plus brièvement que les auteurs eux-mêmes les caractères dominants de ces affections :

« La plupart des maladies de la moelle sont localisées essentiellement et originellement dans quelques-unes de ses colonnes de substance blanche ou de substance grise, et le plus souvent dans toute la hauteur de la moelle. Telles sont, dans les myélites, les scléroses rubanées, l'ataxie locomotrice, par exemple, dont le siège primitif est dans les cordons radiculaires postérieurs (Pierret) ou cordons cunéiformes, et qui compromet ensuite les cordons de Goll, c'est-à-dire la totalité des cordons postérieurs; telle est la myélite périépendymaire limitée au tissu conjonctif qui entoure le canal central (Hallopeau); telles sont la paralysie infantile, la paralysie spinale de l'adulte, l'atrophie musculaire progressive, qui, bien distinctes les unes des autres par leurs symptômes et leur durée, n'en ont pas moins comme point commun de relever d'une lésion inflammatoire aiguë ou subaiguë, terminée par l'atrophie des cornes antérieures grises (*polyomyélites antérieures aiguës ou subaiguës*); telles sont encore les scléroses latérales amyotrophiques (Charcot et Gombault), qui se révèlent par les symptômes de la paraplégie spasmodique. » — « Les myélites dégénératives consécutives affectent aussi toujours une forme rubanée dans des cordons médullaires. Aussi la plupart des maladies de la moelle primitives ou consécutives rentrent-elles dans le groupe des *lésions* systématiques, suivant l'expression de Vulpian. Elles se localisent constamment dans des cordons déterminés sans intéresser les parties voisines de la moelle. Par opposition aux lésions systématiques, les autres altérations médullaires sont appelées diffuses. »

Après cette citation, il nous suffira de dire que les auteurs ont exposé tout ce que nous savons de précis dans l'étude des dégénérescences secondaires de la moelle, dans la localisation anatomo-pathologique des myélites aiguës diffuses (telles que la paralysie ascendante aiguë) ou systématiques (paralysie spinale aiguë de l'adulte, la paralysie infantile). Il en est de même des myélites chroniques, qui, à l'exception de la sclérose en plaques, sont toutes systématiques (par exemple, la paralysie musculaire progressive ou polymyélite chronique antérieure, la paralysie bulbaire progressive ou paralysie labio-glosso-pharyngée, l'ataxie locomotrice progressive). Toutes ces divisions cliniques paraissent si naturelles qu'on voudrait les voir en accord parfait avec les résultats de l'expérimentation et ceux de l'anatomie; à condition que ces derniers principalement fussent établis en dehors de toute influence des théories pathologiques ou physiologiques. Il semble donc que chaque progrès accompli nous montre plus nettement la voie nouvelle à parcourir, sans amener un contentement parfait; cependant, c'est un signe bien favorable que de constater la simplification dans l'exposé de l'histologie pathologique, et c'est de ce point de vue que nous voulons envisager, pour terminer, le livre de MM. Cornil et Ranvier.

Dans les premières parties, dans les données les plus générales, ils ont eu peu de modifications à apporter à leur première œuvre, mais il n'en a plus été de même dans l'étude des lésions des systèmes, où les progrès sont plus immédiatement tangibles. Nous croyons pouvoir ajouter, sans crainte d'être démenti, que, pour le prochain volume, les travaux incessants des anatomo-pathologistes et l'étude approfondie et minutieuse des organes auront leur expression dans le complément de la nouvelle édition du *Manuel d'histologie pathologique*.

A. Hénocque.

VARIÉTÉS

Cour d'assises de Bordeaux. Attentats à la pudeur.

A M. LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION.

Mon cher président,

Prévoyant que, dans un procès comme celui qui, à Bordeaux et ailleurs, excite si vivement la curiosité et échauffe tant les imaginations, les récits de la presse pourraient n'être pas toujours exacts, ni les appréciations bien mesurés, vous m'avez fait l'honneur de me demander de fournir à la *Gazette hebdomadaire* quelques indications sommaires sur les questions exclusivement scientifiques soulevées dans le cours des débats

La première question importante est celle relative aux narcotiques que l'accusation suppose avoir été administrés aux parents D..., en vue de permettre un enlèvement plus facile des enfants pendant la nuit.

Les faits se seraient passés pendant neuf mois de l'année 1879 et, tous les huit jours ou à peu près, la principale accusée, domestique des époux D..., Marianne L..., aurait introduit dans le potage servi à la famille une poudre soporifique à elle remise par l'un des coaccusés.

Cette poudre serait probablement, selon les recherches de

M. Robineau, pharmacien-chimiste à Bordeaux, de la poudre d'opium torréfié. L'honorable expert du parquet, invité à présenter des poudres répondant aux descriptions de Marianne L..., a rempli cette mission en fournissant différents échantillons. L'accusée s'est arrêtée à une *poudre d'opium torréfiée à* 120 degrés, laquelle, titrage de la morphine y étant fait, a été reconnue ne plus contenir que 21 milligrammes de morphine pour 1gr,10 de poudre, quantité approximativement désignée comme celle qu'elle mettait dans le potage (trois pincées environ).

L'accusation a admis que cette quantité, ajoutée à 1 litre de soupe maigre, suffisait pour communiquer à chaque assiette de potage une propriété narcotique telle que son ingestion par des adultes, le père et la mère, amenait un sommeil profond, absolu, ne commençant cependant que quatre heures environ après le repas, durant toute la nuit et laissant au réveil une sensation de torpeur très prononcée. De plus, le fait de l'ingestion d'un pareil narcotique, pris tous les huit ou quinze jours, aurait amené au bout de quelque temps un état général grave, caractérisé par des maux de tête persistants, de *l'aphasie,* des troubles de la motilité, etc...

Nulle expérience n'a été faite au cours de l'instruction pour établir la possibilité de ces résultats; on n'en avait point demandé aux experts du parquet; ils se sont tenus dans la limite absolue de leur réquisition et n'ont même pas formulé les indications énoncées ci-dessus et qui ressortent seulement de l'interprétation des magistrats instructeurs. On a demandé aux experts du parquet des poudres soporifiques; ils les ont fournies avec leur titrage, rien de plus, rien de moins.

Dans ces conditions, la défense m'a fait l'honneur de faire appel à ma bonne volonté; et, en même temps, des démarches analogues étaient faites par d'autres parties de la défense auprès de mon honorable collègue, M. Oré, professeur de physiologie à la Faculté, et de M. Laude, agrégé de la section de médecine, sans que nous fussions même mutuellement informés de cette coïncidence : cela vient de ce que, jusqu'aux derniers jours, les défenseurs des accusés, habitant les uns Paris, d'autres Bordeaux, n'avaient pu s'entendre au sujet du terrain sur lequel ils devaient se placer, en présence d'un dossier énorme, remis un peu tardivement. Néanmoins, *les experts de la défense se sont trouvés absolument d'accord,* après avoir fait isolément des expériences sensiblement analogues.

Dans nos dépositions, nous avons affirmé :

1° Qu'une assiette, soit environ 200 centimètres cubes, d'un potage maigre de un litre, contenant 21 milligrammes de morphine (soit 1gr,10 de poudre incriminée) présente un goût vireux, amer, persistant à l'arrière-gorge;

2° Qu'il paraît difficile, sinon impossible, qu'une personne intelligente, un médecin surtout, ait pu en manger pendant neuf mois, sans que cette amertume ait éveillé l'attention;

3° Que la proportion de morphine contenue dans une assiette de ce potage serait absolument insuffisante pour produire chez un adulte le sommeil profond, narcotique, et pour déterminer, si l'adulte en prenait une fois par semaine, un état général grave comme celui qui a été indiqué;

4° Que, chez des enfants, il n'en aurait pas été de même; mais l'accusation admettait qu'en effet les enfants ne mangeaient point de ce potage et qu'on préparait pour les parents un potage spécial dont eux seuls faisaient usage;

5° Que si l'on donnait à un adulte une dose de morphine suffisante pour amener un sommeil narcotique profond, il ne serait pas possible de préciser à l'avance que le sommeil commencerait seulement trois ou quatre heures après l'ingestion pour durer fatalement un temps déterminé.

Dans ces conditions, la défense a cru pouvoir établir l'impossibilité du narcotisme nécessaire aux besoins de l'accusation, en se tenant dans les conditions étroites, absolues où celle-ci s'est placée.

Personnellement, j'ai été invité à formuler mon opinion sur le fait suivant : « Est-il facile, à l'aide d'un microscope quelconque, de reconnaître rapidement si une tache existant sur un tapis de sparterie, *essuyée et lavée*, est ou non une tache de sperme? » J'ai dû répondre que, dans ces conditions, cette recherche n'était ni certaine, ni facile, qu'elle nécessitait un grossissement assez fort (500 à 600 diamètres), un certain temps et un expérimentateur habitué à ces recherches. (M. D... croyait avoir acquis, de cette façon, la preuve de relations entre l'un des accusés et sa servante.)

La plus grosse question du procès, après celle des narcotiques, a été celle de l'état mental de la fille Marianne L..., que l'accusation n'avait pas soumise à une étude médicale, du moins à ce point de vue. Bien que le verdict du jury doive être rendu au moment où vous pourrez faire usage de cette lettre, je ne veux pas sortir ici de l'exposé des faits.

La fille Marianne L..., âgée de vingt-neuf ans, a eu trois attaques d'hystérie bien caractérisés pendant son séjour dans la famille D... Elle a fait preuve, pendant tout le cours de l'instruction et pendant les débats, d'un cynisme poussé à ses dernières limites, se complaisant aux descriptions de faits d'une lubricité presque invraisemblable. Si l'on admet comme vrais les faits de l'accusation, elle s'est offerte ou donnée successivement à tous ceux, hommes ou femmes, qui l'ont voulue ou à peu près; elle a pratiqué sur les enfants tous les genres possibles d'attentats à la pudeur qui puissent être; elle y a excité d'autres personnes, hommes ou femmes, et les enfants les premiers. Ajoutez à tous ces faits ce dernier, plus monstrueux encore, s'il est avéré. Pendant un interrogatoire dans le cabinet du juge d'instruction, en présence de ce magistrat et de son greffier, excitée par ses propres récits de scènes érotiques, elle aurait été prise d'un spasme voluptueux qu'elle n'aurait pu maîtriser, et qu'elle avait accompagné de manœuvres extérieures. Je dois dire pourtant que l'accusation n'a vu dans ces manœuvres qu'une simple démonstration matérielle des faits dont elle donnait la relation.

Interrogé sur l'état mental de Marianne, j'ai dû répondre, tant sur le fait principal qu'après interprétation :

1° La fille Marianne D... est une hystéro-nymphomane.

2° Sa responsabilité générale, absolue, peut être intacte, mais lorsqu'elle est mise sur le terrain des faits génésiques, cette responsabilité est diminuée, restreinte.

3° Les hystériques parvenues à un degré avancé, et tel est le cas de Marianne L..., ont une tendance marquée à l'invention de faits imaginaires; elles sont femmes à construire de toutes pièces, mais en s'aidant de faits vrais et concordants, les fables en apparence les plus vraisemblables, où elles jouent un rôle actif, primordial. Le mensonge et le désir de se faire paraître, sinon intéressantes, du moins extraordinaires, est l'essence même du caractère des hystériques et surtout des hystéro-nymphomanes.

Mes honorables collègues MM. Oré et Lande, que l'ordre des témoins appelait après moi, ont fait à ces différents points de vue des déclarations identiques. Avec le charme bien connu de sa parole, M. Oré a su donner à cette déposition, éminemment importante, une force et une énergie qui ont vivement impressionné l'auditoire spécial qui assistait aux audiences.

J'ajouterai que deux faits nouveaux se sont produits dans le cours des débats. Le défenseur de Marianne L... a lu un rapport établi sur les seules pièces de la procédure, par M. le docteur Lagardelle, médecin en chef des aliénés de Bordeaux, concluant à l'hystéro-nymphomanie et à la responsabilité limitée.

Spontanément et dans le seul but de servir la vérité, M. le docteur Desnous, agrégé de la Faculté et médecin de la prison, a demandé par lettre à être entendu pour un fait spécial. Autorisé par le président, il a déclaré que si, pendant son séjour de trois mois à la prison, la fille Marianne L... n'avait pas eu de crises hystériques, elle avait souffert et souffrait de dyspepsie grave, de gastralgies; que, sous l'empire d'une émotion, elle avait eu une gastrorrhagie (ce fait était déjà acquis aux débats); qu'enfin elle présentait une *hémi-anesthésie complète*, absolue, profonde, s'étendant sur tout le segment gauche du corps.

Tels sont les éléments scientifiques de la lamentable affaire qui vient de se dérouler devant la cour d'assises de Bordeaux. Encore une fois, le moment n'est pas venu de les apprécier. Ce sera l'objet d'un travail que je me réserve de faire en temps et lieu.

Votre bien affectionné,

G. Morache,

Professeur de médecine légale à la Faculté de Bordeaux.

Bordeaux, lundi, 21 février.

Au point de vue du principe, nous réservons notre opinion sur la responsabilité criminelle des hystériques et des nymphomanes, et nous nous contentons de la déclarer conforme à celle que nous avons exprimée au sujet de la responsabilité des épileptiques (*Gaz. hebd.*, 1880, p. 529); mais nous ne voudrions pas nous prononcer, dans l'espèce, sans avoir sous les yeux le texte des dépositions faites à l'audience, et une connaissance plus détaillée et plus précise des circonstances particulières de la cause. On sait que le huis-clos avait été prononcé et que les journalistes mêmes n'ont pu assister aux débats. Nous attendrons donc le mémoire annoncé de M. Morache. A. D.

Faculté de Montpellier. — La chaire de botanique et histoire naturelle médicale est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de Nancy. — M. Gross, professeur de médecine opératoire, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale de ladite Faculté, en remplacement de M. Rigaud, décédé.

— La chaire de médecine opératoire et la chaire de pathologie externe sont déclarées vacantes. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Saisies de viandes malsaines. — On lit dans la *Gazette des Tribunaux* :

« Les viandes malsaines saisies à Paris par M. Clément, commissaire aux délégations judiciaires, représentent un total de 54000 kilos. Elles seront détruites par des produits chimiques et converties en engrais.

» Le bruit qui s'est fait autour de la réapparition de la trichine a fort effrayé le public, et les boutiques de charcuterie en ont beaucoup souffert.

» Pour arrêter cette panique, qui leur cause un préjudice considérable, un grand nombre de charcutiers viennent de demander au préfet de police l'application, sur leurs produits et à leurs frais, d'un timbre spécial, analogue à celui des bureaux hygiéniques des abattoirs, qui serait apposé sur les viandes crues mises en vente.

» Le bureau d'inspection micrographique en serait détenteur et, moyennant une légère redevance, inspecterait les produits et les marquerait. »

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. E. Chauvin, étudiant en médecine, qui vient de succomber aux suites d'une angine diphthéritique contractée dans le service de M. le docteur Tillaux, dont il était un des élèves les plus distingués.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Mattéi et celle de M. le docteur Palasne de Champeaux, ancien médecin principal de la marine.

Demande de médecin. — La commune de Châlo-Saint-Mars, à 7 kilomètres d'Etampes, demande un médecin. Les abonnements s'élèvent à la somme de 3 400 francs.

S'adresser à M. Giraud, 75, boulevard du Montparnasse, qui donnera tous renseignements.

Mortalité a Paris (7e semaine, du vendredi 11 au jeudi 17 février 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1 186, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 76. — Variole, 41. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 16. — Diphthérie, croup, 33. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 56. — Phthisie pulmonaire, 214. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 65.—Bronchite aiguë, 39.—Pneumonie, 101.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 42; au sein et mixte, 21 ; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; de l'appareil circulatoire, 65; de l'appareil respiratoire, 90; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0.— Morts violentes, 16. — Causes non classées, 9.

Bilan de la 7e semaine.— On a relevé cette semaine 1 186 décès généraux, au lieu de 1 257 pour la semaine dernière, et les principales maladies épidémiques, sauf la variole, à peu près stationnaire quant au chiffre total de ses décès, et la coqueluche, participent à ce léger mouvement d'atténuation. C'est ainsi que l'on n'a compté que 76 décès typhiques, au lieu de 89; mais le quartier des *Quinze-Vingts*, toujours si frappé, relate à lu seul 8 décès typhiques, dont 2 jeunes garçons de six et treize ans fréquentant l'école du quartier (on ne nous en donne pas l'adresse). Le quartier de la *Porte-Saint-Denis* compte aussi 5 décès typhiques, dont 4 issus des militaires de la caserne de la Nouvelle-France. La variole a produit 41 décès, au lieu de 39 la semaine précédente; 7 de ces décès varioleux se trouvent dans le seul quartier *Saint-Ambroise*, et 3 encore dans le quartier des *Quinze-Vingts;* enfin 3 appartiennent à la population domiciliée hors Paris. La plupart de ces décès varioleux sont fournis par des jeunes gens de dix-huit à trente-deux ans, et cependant pas un seul militaire. La diphthérie est restée à peu près stationnaire (33 décès au lieu de 32); mais le quartier de l'*Hôpital-Saint-Louis* à lui seul en compte 4, et celui de *Sainte-Marguerite* 3. Parmi ceux du quartier de l'*Hôpital-Saint-Louis*, je rencontre deux petites filles indiquées comme fréquentant l'école (sans mention d'adresse).

D'ailleurs, ces mouvements sont à peu près en conformité avec ceux des entrées dans les hôpitaux. Ces établissements ont reçu un peu moins de variole (73 au lieu de 80), de fièvre typhoïde (139 au lieu de 143), et de diphthérie (15 au lieu de 24).

S'il y a eu cette semaine diminution notable de la morbidité épidémique, il est naturel que le nombre de cartes de morbidité reçues ait également diminué (395 au lieu de 549), et d'autant plus que, dans la première semaine de l'enquête, plusieurs des médecins zélés qui veulent bien contribuer à cette enquête ont joint aux cas observés ceux de la semaine précédente.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De la laryngite syphilitique secondaire, avec une planche coloriée, par M. le docteur Gouguenheim. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

De la voussure sous-claviculaire dans les épanchements pleuraux de l'enfant, par M. le docteur Louis Rivet. Médaille de bronze à l'Académie publique (externat 1875, internat 1880). Paris, G. Masson. 1 fr. 50

Manuel de chimie médicale et pharmaceutique, par M. Alfred Riche. 3e édition. 1 vol. in-18, avec 126 figures intercalées dans le texte. Paris, Germer Baillière et Ce. 8 fr.

Manuel d'histologie pathologique, par MM. Cornil et Ranvier. 2e édition revue et augmentée, tome Ier. 1 vol. grand in-8, avec 281 figures dans le texte. Paris, Germer Baillière et Ce. 14 fr.

La vapeur d'eau surchauffée employée comme agent thérapeutique, par M. le docteur Zabé. In-8 de 116 pages, avec 3 planches hors texte. Paris, O. Doin. 3 fr.

De la durée de l'élimination des médicaments, par M. le docteur Jules Gérard. In-8 de 65 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Sur les prétendus dangers présentés par les Cimetières en général et par les Cimetières de Paris en particulier, par M. le docteur G. Robinet. In-4 de 121 p. Paris, O. Doin. 3 fr.

Manuel d'histoire naturelle minérale, par M. le docteur J. L. de Lanessan. 3e *fascicule* (Fin de la Botanique, Table), 1 vol. in-18 de 250 pages, avec 200 figures. 4e *fascicule* (Zoologie, 1re partie), 1 vol. in-18 de 200 pages, avec 180 figures. La fin de la Zoologie, qui terminera l'ouvrage, sera remise aux souscripteurs en avril 1881. L'ouvrage complet formera 2300 pages en 3 volumes, avec 1800 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 25 fr.

Les microphytes du sang et leurs relations avec les maladies, par M. le docteur R. T. Lewis. 1 vol. in-18 jésus, avec 30 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

De l'hystérie chez l'homme, par M. le docteur Klein. In-8 de 90 pages. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

Cours de pathologie expérimentale : leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses, par M. le docteur A. Vulpian. Tome Ier, premier fascicule : Introduction à l'étude des poisons et médicaments jaborandi. curare. Ouvrage rédigé et publié par le professeur. 1 vol. in-8 de 470 pages. Paris, O. Doin. 8 fr.

Traité d'optique physiologique considérée dans ses rapports avec l'examen de l'œil, par M. le docteur G. Sous (de Bordeaux). 2e édition, revue, corrigée et augmentée. 1 vol. in-8 de 512 pages, avec 127 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 10 fr.

Ophthalmoscopie clinique, par MM. L. de Wecker et J. Masselon. 1 beau volume in-18 jésus, cartonné, avec 40 photographies hors texte. Paris, O. Doin. 11 fr.

Étude sur les troubles nerveux d'origine gastrique, par M. le docteur A. Rueff. In-8 de 65 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Molière et Gui Patin, par M. le docteur F. Nivelet. 1 vol. in-12 de 144 pages. Paris, Berger-Levrault et Ce. 2 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 3 mars 1881.

Séance de l'Académie de médecine : Une épidémie de suette miliaire.

Les applaudissements qui ont accueilli la brillante communication faite par M. Rochard, sur une épidémie de suette observée à l'île d'Oleron par M. le docteur Hardouin, médecin de la marine, ne s'adressaient pas seulement au très éloquent orateur qui sait exposer, dans un langage d'une correction et d'une élégance parfaites, les sujets les plus sévères, ni au chef du corps médical de la marine, toujours prêt à faire valoir comme ils le méritent les travaux de ses collègues. Ces marques unanimes d'une sympathique approbation s'adressaient surtout au savant encyclopédiste qui, membre de la section de médecine opératoire, prouve en mainte occasion que les sujets d'épidémiologie les plus discutables peuvent trouver en lui un interprète aussi érudit que sagace. Il s'agissait mardi dernier de la *suette miliaire*, maladie presque inconnue à Paris, très fréquente au contraire en Picardie et en Alsace, très grave parfois, non seulement, comme l'avait soutenu M. Foucart, en raison des imprudences commises par les médecins appelés à la traiter, mais aussi par suite de l'hyperthermie et des complications qu'elle détermine. Il suffit, pour se rendre compte de cette gravité parfois extrême des épidémies de suette, de lire la relation des épidémies anglaises du seizième siècle et des épidémies *picardes* observées au dix-huitième et au commencement du dix-neuvième siècles. M. J. Rochard, qui a d'ailleurs rendu justice au remarquable travail publié en 1854 par M. Foucart, ainsi qu'au rapport lu sur ce sujet à l'Académie de médecine le 9 septembre 1851 par M. J. Guérin, s'est appliqué à démontrer que l'hyperthermie était un symptôme caractéristique de la forme grave de la maladie et que l'on pouvait, dans certains cas, voir le thermomètre s'élever jusqu'à 43 degrés. Tout en reconnaissant avec M. Foucart et avec M. J. Guérin que la médication évacuante, et surtout l'administration de l'ipéca, rend presque toujours de signalés services, M. Rochard s'est demandé si cette hyperthermie considérable ne justifiait pas d'une manière générale l'emploi des affusions ou des lotions froides dans le traitement d'une maladie que l'on cherche trop souvent à combattre par les boissons chaudes et les sudations provoquées à l'aide de couvertures épaisses. Deux fois, dans ces circonstances, les larges affusions d'eau froide ont sauvé des malades que l'on pouvait croire dans un état désespéré. M. Rochard, en comparant la suette à la fièvre typhoïde et au rhumatisme cérébral hyperthermiques, s'est efforcé de prouver qu'il fallait surtout tenir compte, dans le traitement de la maladie, des formes si diverses qu'elle peut présenter et que souvent la médication antipyrétique réussirait là où les boissons chaudes, associées ou non à l'ipéca, pouvaient devenir nuisibles.

— Dans la même séance, M. Lunier a lu un très intéressant travail statistique sur l'hospitalisation des épileptiques; et M. Colin (d'Alfort), un mémoire sur l'immunité du charbon chez les équarrisseurs. On trouvera l'analyse de ces deux travaux au compte rendu de l'Académie (p. 135).

Un nouveau champignon parasitaire chez l'homme.

Le magnifique mouvement scientifique auquel nous assistons, mouvement qui emporte tout le monde médical et scientifique vers l'étude des « infiniments petits », a eu pour premier résultat de faire délaisser entièrement les champignons parasitaires, déjà connus depuis longtemps. Ces parasites, dont la nature végétale est indiscutable, dont la structure est plus grossière, ne sauraient prétendre au rôle pathogénique immense que l'on prétend attribuer aux microbes proprement dits : ils sont destinés cependant à figurer utilement dans la nosologie future, où ils seront les intermédiaires obligés entre les bactéries, etc., et les affections à parasites grossiers (muguet, etc.). Il n'est pas dit d'ailleurs que leur rôle soit toujours et nécessairement insignifiant. Nous n'en voulons pour preuve, à côté de faits déjà connus, que l'histoire d'un nouvel organisme de ce genre dont la presse allemande s'occupe depuis bientôt deux ans.

Un médecin de Berlin, le docteur Israël, publiait en 1876 une observation très intéressante de maladie parasitaire observée sur l'homme (*Neue Beobachtung auf dem Gebiete der Mykosen des Menschen. Virchow's Archiv*, t. LXXIV, p. 15). En voici le résumé :

Obs. — Une juive de trente-neuf ans, mère de sept enfants, bien portante jusqu'à l'âge de trente-huit ans, habitant une maison fort humide, est prise, en automne 1876, de douleurs dans les membres, accompagnées de frissons quotidiens, de sueurs nocturnes, de toux intermittente, et quelquefois de crachats sanglants. Quelque temps après l'apparition de ces symptômes, deux abcès se développèrent à la paroi gauche du thorax et au mollet du même côté, abcès qui furent incisés et donnèrent issue à une grande quantité de pus très fétide. Depuis lors les abcès se succédèrent coup sur coup : les épaules, le dos, la poitrine, le cou, les extrémités étaient littéralement semés de collections purulentes.

A son entrée à l'hôpital, la malade, pâle, amaigrie, présentait encore un certain nombre d'abcès non ouverts, et de plus une ouverture fistulaire du côté gauche du thorax, conduisant à des trajets sinueux sous-cutanés. De ce côté, en arrière, matité remontant jusqu'à la cinquième côte; les phénomènes d'auscultation non indiqués. *Absence de toux et d'expectoration.*

Diagnostic : pyémie chronique. Le point de départ de cette pyémie resta très obscur. Toutefois, comme la surface cutanée était intacte, ainsi que le système digestif et génito-urinaire, on conclut à une origine pulmonaire.

Le décours de la maladie se termina assez rapidement par la mort, au bout de trois semaines, au milieu de symptômes graves de putridité morbide, ce qui plaidait encore en faveur du diagnostic.

Cependant, du vivant encore de la malade, les idées avaient pris un autre cours, vu la découverte dans le pus des abcès d'un organisme microscopique très bien caractérisé, mais entièrement inconnu en pathologie humaine. A l'autopsie, on constata ce fait curieux que l'organisme tout entier avait servi de lieu de culture à ce champignon. Non seulement dans les collections purulentes sous-cutanées, mais dans des cavernes assez volumineuses du poumon gauche, mais dans des abcès (souvent de la grosseur du poing) des reins, de la rate, des intestins, dans des infarctus du foie on retrouvait toujours un même organisme, sur lequel nous allons donner quelques détails plus complets.

Le pus était fétide, gluant, verdâtre, parsemé de granulations jaunâtres de la grosseur d'un grain de mil, pareilles à du sagou. A l'examen histologique, on reconnaissait que ces granulations étaient constituées par trois éléments morphologiques :

1° Par des filaments de mycélium allongés, extrêmement pâles, non articulés, généralement ondulés ou contournés en tire-bouchons. Souvent on observait des dichotomisations très nettes; les branches étaient aussi épaisses que le tronc lui-même. Ces filaments, dont la forme paraissait régulièrement cylindrique, s'enchevêtraient de manière à constituer un feutrage très serré, au milieu duquel sont dispersés :

2° Des granulations très fines pareilles au micrococcus, quelques-unes remarquables par leur grosseur et leur éclat. Elles pouvaient être, mais rarement, rencontrées isolées;

3° Le troisième élément est de beaucoup le plus remarquable. « On trouve dispersés en nombre extraordinaire, dit Israël, dans les préparations par écrasement, *des corps en forme de poire ou de massue*, d'un éclat extrêmement intense, présentant souvent un reflet verdâtre. Tout en conservant toujours le type pyriforme, ces corps varient beaucoup, soit comme grosseur, soit comme rapports, de la longueur à la largeur. » Les plus volumineux ont les dimensions suivantes : longueur, 0^{mm},024; largeur, 0^{mm},006; souvent ils sont séparés en deux ou plusieurs segments isolés par des lignes perpendiculaires à leur axe.

Dans l'opinion de l'auteur, ces dernières formes seraient des conidies, et les fines granulations seraient des spores qui, par accroissement, deviendraient des filaments de mycélium.

Lorsque l'auteur observa pour la première fois ce curieux cryptogame, il pensa, comme nous avons dit, avoir affaire à un parasite inconnu en pathologie humaine. Langenbeck, auquel il montra ses préparations, se rappela avoir observé à Kiel, en 1845, un fait présentant la plus grande ressemblance avec celui d'Israël.

Obs. — Malade très amaigri, faible d'esprit, incapable d'assigner une origine à sa maladie. Thorax rétréci des deux côtés; matité étendue des deux bases; induration des sommets. Scoliose avec convexité à gauche. A gauche de la colonne vertébrale, depuis la dernière vertèbre dorsale jusqu'à la quatrième lombaire, quatre ouvertures fistulaires, donnant issue à un pus peu abondant, séreux, fétide, contenant des corpuscules jaunâtres de la grosseur d'un grain de mil, que l'on considéra comme des détritus tuberculeux. Mais, sous le microscope, on les trouva composés *de bâtonnets cylindriques en disposition rayonnée*, très réguliers comme forme et comme grosseur. Les bâtonnets se distinguent par leur reflet verdâtre, leur contour très net, leur résistance vis-à-vis des acides et des alcalins. A la périphérie de ces colonies de cryptogames on trouve des filaments de thallus manifestement articulés et dichotomisés. Le centre se compose d'une masse granuleuse imprégnée d'un liquide huileux; beaucoup de corpuscules arrondis de grandeur diverse peuvent être reconnus pour des spores. »

A l'autopsie, lésions ulcéreuses du poumon. L'espace compris entre les vertèbres et les aponévroses superficielles est converti en une bouillie composée en majeure partie des corpuscules jaunes cités plus haut. La substance osseuse est comme piquée des vers, et les trous sont remplis des mêmes parasites.

Une planche jointe au texte démontre l'identité complète des observations de Langenbeck et d'Israël.

L'année suivante, Ponfick (*Berlin. klin. Woch.*, 1879, n° 23) présenta au huitième congrès des chirurgiens allemands, à Berlin (1879), des pièces anatomiques provenant d'un forgeron de quarante-cinq ans qui avait succombé, à Breslau, aux progrès d'une affection bizarre de la colonne vertébrale : carie des vertèbres ayant déterminé un énorme phlegmon prévertébral, et des fistules nombreuses dans les muscles du dos. En examinant avec soin le pus et les fongosités lardacées des fistules, Ponfick y remarqua un grand nombre de petits grains jaunâtres, pareils au sable fin qui, au microscope, se trouvèrent être un ramassis de petits champignons remarquables par leur disposition étoilée.

Or, ces cryptogames sont absolument semblables à ceux que Bollinger a découverts dans certaines affections chroniques de la race bovine (langue de bois, tumeur sous-maxillaire, etc.), et qui ont reçu de Herz le nom d'*Actinomyces bovis*. Le chirurgien allemand insiste, en outre, sur la similitude qui existe entre les caractères cliniques généraux de la maladie chez les animaux et chez son malade (chronicité, limitation étroite, absence de métastase). Son cas, dit-il, ne ressemble aucunement à ceux qui ont été publiés par Israel; mais il rappelle trait pour trait l'intéressante observation de Langenbeck.

Dans un nouveau mémoire publié l'an dernier, Israël rapporte une nouvelle observation qui ne le cède pas en intérêt aux précédentes (*Neue Beiträge zur Mykosen des Menschen*, *Virchow's Archiv*, t. LXXVIII), p. 421). En voici le résumé :

Une jeune fille de vingt-quatre ans fut prise, en pleine santé, d'une inflammation aiguë du lobe inférieur du poumon gauche. Au lieu de la crise attendue, survient une fièvre hectique de mauvaise nature qui entraîne la mort au bout de six mois. On avait pratiqué inutilement l'empyème avec résection des côtes. A l'autopsie, on constate, en premier lieu,

que la lésion du lobe inférieur consistait en une énorme caverne formée d'abcès péribronchiques confluents dus à la présence du même champignon déjà décrit. De là, l'inflammation (?) avait gagné d'un côté le thorax, et de l'autre le diaphragme, déterminant une sorte de péripleurite de mauvaise nature et une destruction du diaphragme, ainsi que des muscles de la paroi abdominale postérieure. Partout on rencontrait des masses cryptogamiques. En poursuivant l'examen, on rencontra des noyaux de même nature, disséminés dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le poumon et dans le rein.

Il n'est donc pas vrai de dire, avec Ponfick, qu'il n'y a pas de métastases; seulement, ces métastases, s'établissent insensiblement, sans phénomènes généraux. En outre, la marche excessivement lente de la maladie, l'obscurité des symptômes sont bien remarquables.

Rosenbach (*Zür Kenntniss der Strahlenpilzerkrankungen. Centralblatt für Chirurgie*, 1880, p. 225) raconte, qu'à l'audition du travail de Ponfick, l'idée lui vint que de pareils cas devaient être plus fréquents qu'il ne semblait d'après la rareté des publitions.

Et, en effet, il a pu rassembler assez rapidement quatre cas d'abcès de la région sous-maxillaire et du cou, dont l'origine était manifestement parasitaire; lorsque l'on incisait de pareils abcès, on n'y rencontrait que fort peu de pus, mais bien une masse de petits grains jaunâtres, présentant les caractères déjà décrits.

Le caractère clinique de ces néoplasmes parasitaires serait la production d'inflammations circonscrites, très dures, peu ou point douloureuses, n'arrivant à la suppuration qu'avec une extrême lenteur.

La question fut reprise encore une fois à la cinquante-troisième réunion des médecins et naturalistes allemands, à Dantzig, en 1880. Cette fois, on se préoccupa des questions étiologiques.

L'affection, dit Ponfick, est fréquente chez les animaux. Chez les bêtes à cornes se montre, à l'angle de la mâchoire, une tumeur qui devient grosse comme le poing, puis s'ulcère à la façon de certains sarcomes. La mâchoire est pénétrée par la tumeur, rongée comme dans le spina-ventosa : les muscles, aponévroses, etc., sont détruits par le processus. Ponfick considère cette maladie que l'on appelle vulgairement *Wurm*, en Silésie et dans le Hanovre, comme originairement inflammatoire. Les vétérinaires pensent qu'elle est due aux frottements des animaux contre la mangeoire.

Elle a été observée aussi, quoique plus rarement, chez le cochon. Elle ne pourrait pas exister chez les carnivores purs, de sorte que la nourriture végétale joue peut-être un certain rôle dans sa production.

Il n'est pas inutile de dire, avant d'aller plus loin, que cette assimilation complète entre l'affection des animaux et celle de l'homme n'est pas acceptée par Israël. Il n'a pu se convaincre encore, dit-il, de l'identité du champignon découvert par lui et de l'actinomyces du bœuf. D'ailleurs, il existe des différences cliniques : chez l'homme, les processus destructifs, ulcéreux, sont bien plus marqués que les néoformations ; c'est le contraire qui arrive chez les animaux.

Cette réserve est compréhensible; cependant, il semble que la généralité des auditeurs ait accepté l'assimilation séduisante prônée par Ponfick.

La maladie étant, en somme, rare chez l'homme et fréquente dans la race bovine de certaines contrées, il était naturel de penser, vu sa nature parasitaire, à une transmission directe des animaux à l'homme.

Mais, d'abord, il n'était nullement démontré qu'elle fût transmissible, et l'on a vu plus haut que les vétérinaires lui assignaient une origine purement traumatique : opinion peu compatible, il est vrai, avec la présence des champignons. Ce *desideratum* serait comblé, si nous en croyons une note de Johne (*Centralblatt für med. Wiss.*, 1880, n° 48), qui prétend avoir réussi à inoculer l'affection à deux veaux. Les nodosités du péritoine, du poumon, du tissu cellulaire étaient absolument identiques à celles qui avaient été originairement puisées chez un bœuf.

Il resterait donc simplement à démontrer la transmission des animaux à l'homme. Passant en revue les cas publiés, Ponfick constate qu'une partie seulement des malades avaient, par métier, quelque contact avec les animaux. Il y a donc là un point obscur dont il faut laisser la solution à des recherches ultérieures.

Il semble, d'après tout ce qu'ont dit les savants qui se sont occupés de la question, que le champignon en question siége primitivement dans la bouche, et spécialement sur les amygdales. Israël est très affirmatif sur ce point. Esmarch ajoutait à ce propos cette remarque intéressante qu'une partie des phlegmons sous-maxillaires, et spécialement l'angine de Ludwig, sont occasionnés par des champignons. Israël ajoute qu'il vient encore d'inciser une pareille angine, formant un phlegmon d'une dureté ligneuse et dont le foyer était presque uniquement composé d'une bouillie de chaînes de streptococcus.

Cherchons à résumer les points importants de cette discussion :

1° Il paraît avéré que l'organisme humain peut devenir le théâtre du développement d'un cryptogame non décrit jusqu'ici, susceptible de produire, par sa présence et sa multiplication, des désordres très divers. Ce champignon microscopique, qui semble être identique à l'*Actinomyces bovis*, est caractérisé par la disposition rayonnée de ses éléments, la forme et la grosseur de ses conidies (?) : macroscopiquement, il se présente sous forme de petits grains jaunâtres, mous et demi-transparents comme ceux du tapioca.

2° Son siége de prédilection serait la cavité buccale, et la sphère anatomique environnante : diverses formes d'angines, de phlegmons du cou et de la région sous-maxillaire sont déterminées par sa présence. Mais il peut envahir peu à peu tout l'organisme, par un processus d'une remarquable lenteur. Les lésions, quelque étendues qu'elles soient, ne provoquent, d'ordinaire, qu'une réaction insignifiante de l'état général.

3° Il est permis de supposer que ce parasite est transmis à l'homme par des animaux (bêtes à corne, cochon) chez lesquels on le rencontre fréquemment dans certains pays. Cependant, ce point n'est pas démontré.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'intérêt que ces faits présentent pour les médecins et surtout pour les chirurgiens.

La loi sur l'administration de l'armée et les nouvelles décisions du ministre de la guerre.

Tandis que médecins et députés luttent avec énergie pour obtenir enfin l'autonomie et l'indépendance du corps de santé de l'armée; alors que, grâce à l'insistance et aux discours si persuasifs de M. le comte de Roys, la loi sur l'administration de l'armée va être votée par la Chambre des députés comme elle l'a été au Sénat, voici qu'une simple décision ministérielle décourage une fois de plus tous ceux qui ont quelque

souci de défendre les intérêts de la médecine militaire. « A dater de ce jour, y est-il dit, les aides-majors de première classe ne pourront être nommés surveillants au Val-de-Grâce qu'après deux ans d'ancienneté de grade. Ils seront choisis, pour remplir ces fonctions, parmi les lauréats de promotion, et, à défaut de lauréats comptant deux années de grade, parmi les numéros 2 des promotions antérieures. — Les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe seront seuls admis à concourir pour les emplois de professeur agrégé. — Conformément aux dispositions contenues dans le décret du 13 novembre 1852, ajoute le ministre, les médecins et pharmaciens principaux, professeurs à l'École du Val-de-Grâce, ne pourront être promus à la première classe de leur grade qu'en abandonnant leur chaire de professeur, à moins qu'ils ne cumulent leur fonction de professeur avec celle de médecin ou de pharmacien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. »

Pour bien comprendre l'inopportunité de cette décision, il importe de rappeler ce qui existait jadis, et ce qui subsistait hier encore de l'organisation obtenue, après tant d'efforts, par le regretté Michel Lévy. Avant la guerre du 1870, deux écoles de médecine militaire servaient au recrutement des élèves et au perfectionnement de l'instruction des médecins de l'armée.

A Strasbourg, l'École du service de santé militaire comprenait un personnel de répétiteurs, qui concouraient souvent pour l'agrégation de la Faculté de médecine et qui, jeunes, actifs, ne se dérobant jamais aux fatigues d'un service très pénible, se familiarisaient rapidement avec toutes les exigences de l'enseignement et de la pratique médico-militaires. La situation scientifique qui leur était acquise après quelques années les récompensait des efforts qu'ils avaient dû faire pour l'obtenir. Une vive et féconde émulation rendait de jour en jour plus brillants les concours d'admission à ces places de répétiteurs. Ceux d'entre eux qui ne restaient pas attachés à l'École et à la Faculté de Strasbourg concouraient pour l'agrégation du Val-de-Grâce. A Paris, cette École, qui avait eu quelque peine à grandir dans l'estime du monde médical, comptait depuis plusieurs années, parmi ses professeurs, des savants éminents, membres de l'Académie de médecine ou lauréats de ses concours. On se déshabituait peu à peu de considérer les médecins de l'armée comme des *officiers de santé* chargés exclusivement du soin de panser des blessés. On comprenait que, dans un corps aussi utile, il était nécessaire que l'on pût trouver des médecins de régiment, des médecins d'hôpital et des médecins professeurs. On ne niait plus, même dans l'armée, les services pratiques que pouvaient rendre ceux qui se consacraient presque exclusivement à l'enseignement. Et, durant la dernière guerre, on avait pu reconnaître que les connaissances scientifiques ne sont point inconciliables avec la pratique et l'observance des règlements militaires. Or, voici, en deux mots, ce que signifie cette décision ministérielle :

On a supprimé l'École de Strasbourg. En répartissant les élèves militaires dans les divers hôpitaux de province, on n'a point voulu confier à des répétiteurs militaires, nommés au concours, le soin de diriger leurs études. On a ainsi supprimé d'un trait de plume ce qui entretenait, dans l'armée, le goût des études scientifiques et l'émulation si profitable à un travail personnel. Restait l'espoir d'arriver à l'agrégation, puis au professorat du Val-de-Grâce. On interdit aujourd'hui aux aides-majors de première classe le droit de concourir pour l'agrégation. Ils devront faire un stage de deux ans dans les régiments et y perdre le goût des études sérieuses qui seules préparent aux concours. On se garde bien de leur offrir, dans les hôpitaux de province, une position analogue à celle des anciens répétiteurs. Quelques-uns d'entre eux sont arrivés trop tôt. Par un concours brillant, ils ont forcé la porte du Val-de-Grâce. On la ferme devant leurs successeurs. Il ne paraît pas conforme aux règles de la hiérarchie administrative de voir les jeunes aides-majors plus instruits que leurs anciens. On va plus loin. On veut interdire tout avancement aux professeurs du Val-de-Grâce ou bien les rejeter dans l'armée, avant qu'ils aient eu le temps de se mettre au courant des nécessités de leur enseignement, de perfectionner celui-ci, de se créer eux-mêmes des titres scientifiques sérieux et d'arriver, grâce à l'inamovibilité de leur position, à entrer à l'Académie ou à l'Institut. Désormais, si la décision ministérielle du 4 février n'est point rapportée, on conservera, pendant cinq à six années en moyenne, le titre de professeur du Val-de-Grâce, et dès lors ce poste de professeur, accessible, il est vrai, à tous les anciens agrégés, qu'ils aient ou non fourni des preuves de capacité et de savoir, ne sera plus qu'une position essentiellement transitoire. On ne la recherchera plus, car elle n'aura ni stabilité, ni prestige. L'École du Val-de-Grâce sera peut-être encore une école d'application militaire ; ce ne sera plus une école scientifique. Et le but qu'ont recherché les inspirateurs de cette décision sera dès lors pleinement atteint. Du haut en bas de la hiérarchie militaire, on aura tout égalisé ; tous les médecins de l'armée seront appelés à obéir au même règlement, à remplir les mêmes fonctions, à voyager en France et en Algérie suivant le bon plaisir des bureaux de la guerre.

Nous croyons savoir que, consulté par le ministre de la guerre, le Conseil de santé des armées s'est prononcé à l'unanimité contre la mesure qui vient d'être prise. Nous espérons donc encore que, le jour où la loi en discussion devant la Chambre aura été votée, le premier acte du nouveau directeur du corps de santé militaire sera de protester contre une mesure qui n'aura d'autre effet que de rabaisser au niveau des services administratifs un corps scientifique dont l'influence et le prestige s'affirmaient chaque jour davantage.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

Opération de la cataracte par extraction, au moyen de l'iridotomie simple. — Mémoire lu au Congrès de Reims (Association française pour l'avancement des sciences), par le docteur Gailliet (de Reims).

J'ai à vous entretenir de l'opération de la cataracte par extraction, extraction qui devient facile et prompte en faisant la section du petit cercle de l'iris. J'ai eu autrefois l'avantage d'être interne dans le service de Nélaton, pendant la première année de professorat de clinique chirurgicale. Tous ceux qui l'ont connu savent quel jugement sûr il apportait dans le diagnostic, quel habileté de main dans les opérations. Je l'ai aidé souvent dans ses opérations de cataracte, qu'il réussissait parfaitement. Notre maître faisait l'extraction par kératotomie supérieure ; j'ai vu faire l'extraction par kératotomie inférieure, l'opération réussit bien ; mais le bord de la paupière inférieure vint se placer dans la plaie, et le cinquième jour, quand on examina l'œil, la suppuration s'était produite ; je n'ai pas besoin de dire que le fait ne se passait pas dans le service de Nélaton. Arrivé à Reims, mon premier

cas de cataracte se trouva être très compliqué. Il s'agissait d'une cataracte consécutive à une iritis, avec atrésie de la pupille, fixité de l'iris à la capsule. Je dus enlever un tiers de l'iris à la partie supérieure, et la capsule antérieure complètement opaque. Mon opéré guérit assez bien, et recouvra un état visuel satisfaisant.

Pour les cas simples, j'employai toujours l'extraction par kératotomie supérieure, avec dilatation préalable de la capsule par la solution de sulfate d'atropine. Je faisais d'un seul coup, avec le couteau de Baer, la section de la cornée et de la capsule. Mais assez souvent, sitôt la section de la cornée achevée, la chambre antérieure se vidait de son humeur aqueuse, et, presque aussitôt, la pupille se rétrécit; il en est résulté que le cristallin ne sortait qu'en dilatant mécaniquement la pupille retrécie, en frottant sur l'iris, et souvent en enlevant un peu d'uvée; de là un froissement de l'iris, et une prédisposition à un état inflammatoire, que nous avons vu se produire quelquefois. C'est dans le but d'éviter le froissement de l'iris et l'état inflammatoire consécutif, que nous avons pris le parti de faire la section du petit cercle de l'iris; et alors voici comment nous procédons. Avec le couteau de Baer, nous faisons la ponction de la cornée, en dehors, un peu au-dessus du diamètre transversal; la pupille est un peu dilatée préalablement par la solution de sulfate d'atropine; le couteau est conduit parallèlement à l'iris jusqu'au bord de la pupille; là, la pointe, portée en arrière, pénètre dans la capsule cristalline, jusqu'à l'union du petit cercle avec le grand cercle de l'iris; arrivée là, la pointe est portée en avant, à travers l'iris, qui vient s'appliquer à la face postérieure de la cornée; le mouvement du couteau, continué de dehors en dedans, achève la section de l'iris et de la cornée, lentement. Presque toujours, alors, les muscles de l'œil exécutent quelques mouvements de contraction instinctive, le cristallin se met en mouvement à travers la large ouverture de la capsule antérieure et la pupille, agrandie par la section du petit cercle de l'iris, et il sort, sans effort, sans froisser aucun organe, suivant, en quelque sorte, le dos du couteau. Il est bien rare que nous soyons obligé d'introduire la curette pour retirer quelque petite parcelle du cristallin. Nous n'avons jamais eu à retirer de sang, car, fait bien essentiel, nous n'avons jamais vu s'échapper la moindre gouttelette de sang de la plaie de l'iris, quand le petit cercle seul a été touché. L'opération que nous venons de vous décrire est très courte: elle ne dure que cinquante-cinq secondes, pas une minute complète; le traumatisme est réduit à son minimum, l'œil n'est pas fatigué; aussi la guérison est-elle rapide; du reste, comme pansement, nous fermons les paupières avec trois petites bandelettes de taffetas d'Angleterre; un plumasseau léger de charpie est appliqué sur l'œil, puis un bandeau pour maintenir le tout; et nous faisons humecter très fréquemment l'œil opéré, pour le tenir froid et prévenir toute inflammation; bien entendu que le malade est maintenu immobile dans une chambre obscure. Ce procédé opératoire, que nous suivons depuis près de quinze ans, nous a toujours donné des succès satisfaisants, ce qui s'explique par ce double fait: réduction du traumatisme au minimum, très courte durée de l'opération, qui fait que l'œil n'est pas fatigué. Quant à l'iris, malgré la section du petit cercle, il conserve sa contractilité; mais la pupille se trouve un peu déformée, elle a la forme d'une virgule; ce qui ne nuit pas d'une façon appréciable à ses fonctions. Nous n'avons vu que très rarement des enclavements de l'iris, encore étaient-ils très peu accusés.

Messieurs, je désire appeler un instant votre attention sur un cas de glaucome suraigu, que nous avons pu guérir très rapidement par un procédé des plus simples. Il y a huit ans, je fus appelé dès le matin près d'un malade âgé de vingt-huit ans; la veille au soir, par une soirée assez fraîche, à la fin de l'hiver, pendant le mois de mars, il était resté exposé à un courant d'air froid; l'œil gauche, dans la nuit, avait été atteint de douleurs très intenses, qui se faisaient sentir sur tout le trijumeau; en même temps le malade avait des sensations lumineuses subjectives très intenses; la plus légère lumière lui était insupportable, et augmentait ses douleurs dans une proportion intolérable. Je trouvai l'œil malade congestionné, la sclérotique rosée, l'iris très dilaté; le fond de l'œil d'un rose très vif, congestionné; le globe oculaire très dur et très sensible à la moindre pression. Le malade, placé dans une chambre obscure, subit l'application de huit sangsnes à la tempe gauche dès le matin; à midi je revis le malade: malgré l'application des sangsues, qui avaient fait une large perte de sang, la douleur n'avait pas cédé, l'œil gauche était dans le même état que le matin, et l'œil droit commençait à présenter le même état que le gauche. Il devenait indispensable de diminuer la tension intra-oculaire; j'y procédai de suite en employant le procédé décrit par M. Le Fort dans sa dernière édition de la *Médecine opératoire* de Malgaigne. Je fis une petite ponction dans la conjonctive, à 5 millimètres de son insertion à la cornée, en haut et en dehors du globe oculaire gauche, de façon à me trouver à 5 millimètres du bord externe du muscle droit supérieur; par la petite plaie de la conjonctive, je conduisis, à plat, un petit ténotome mousse, à lame très étroite et bien tranchant; arrivé à 1 centimètre environ en arrière de la ponction, le tranchant fut retourné sur la coque oculaire; puis j'exécutai un petit mouvement de scie, d'avant en arrière, et d'arrière en avant, jusqu'au moment où, sentant la résistance céder, je vis suinter, le long du ténotome, quelques gouttelettes d'un liquide jaune citrin; la sclérotique était ouverte, le liquide épanché entre la sclérotique et la choroïde s'échappait dans le tissu cellulaire péri-oculaire; la détente allait se produire. La lame du ténotome fut renversée à plat, et l'instrument retiré avec précaution par le trajet d'entrée.

La même opération fut de suite pratiquée sur l'œil droit, avec les mêmes précautions et le même résultat. La détente fut très rapide, le soulagement immédiat. Deux jours après, le malade supportait, sans douleur, un peu de lumière. Comme pansement, on s'était borné à appliquer de l'eau fraîche sur les yeux; ce pansement put être cessé dès le cinquième jour; une semaine après la ponction des deux yeux, le malade se levait dans sa chambre; il voyait bien, n'avait aucune douleur; cependant nous ne lui avons permis de reprendre sa profession que le quinzième jour après le début de la maladie. Depuis cette époque la vue est toujours restée excellente, et notre malade n'a jamais eu la moindre rechute; l'iris fonctionne d'une façon tout à fait naturelle, dans l'œil droit comme dans le gauche.

Ce procédé opératoire, très simple, nous semble bien préférable à l'iridotomie, qui, en supprimant en partie les fonctions de l'iris, laisse l'œil dans un état bien moins satisfaisant que la simple ponction sous-conjonctivale de la sclérotique.

CORRESPONDANCE

A M. LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION.

Cour d'assises de Bordeaux. — Attentats à la pudeur.

Dans le n° 8 de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie de Paris*, M. le professeur Morache, rendant compte des questions scientifiques soulevées dans le cours des débats de l'affaire des scandales de Bordeaux, me prête une opinion que je n'ai pas émise. Il dit que, dans un rapport lu par le défenseur de Marianne Laborde, j'ai conclu à l'*hystéro-nymphomanie* et à la responsabilité limitée.

Je n'admets pas l' *hystéro-nymphomanie;* j'ai vu bien des *hystériques* et quelques *nymphomanes;* je crois qu'au point de vue de la responsabilité il y a un abîme entre ces deux affections absolument différentes.

Quinze jours avant les débats, j'ai remis à M. Roy de Clotte,

défenseur de Marianne Laborde, une *note médico-légale* très réservée dans laquelle je concluais à l'existence probable de l'*hystérie*, et par suite à une responsabilité peut-être limitée. J'ajouterai que le ministère public a accepté mes conclusions.

Vous avez fait vous-même, sur cette question d'hystérie et de nymphomanie, de prudentes réserves.

Agréez, etc.

Dr LAGARDELLE.

Bordeaux, 1er mars 1881.

Je reconnais, très volontiers, que j'ai commis une erreur en disant que mon honorable ami le docteur Lagardelle a porté, dans son mémoire établi sur les seules pièces de la procédure, le diagnostic d'*hystéro-nymphomanie*.

M. Lagardelle admet l'hystérie et la responsabilité plus ou moins limitée ; il arrive sur ce point aux mêmes conclusions que MM. Oré, Laude et moi. Dans une certaine limite, le jury paraît avoir accepté cette manière de voir, puisqu'il a accordé à Marianne L... le bénéfice des circonstances atténuantes.

Il me semble impossible d'aborder encore l'étude scientifique d'une question qui pourrait être de nouveau soumise à un jury, le jugement étant en ce moment l'objet d'un recours en cassation.

Dr G. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

LE CERVELET EST LE CENTRE NERVEUX COORDINATEUR DES MOUVEMENTS NÉCESSAIRES A LA STATION ET A LA MARCHE, CONSIDÉRÉES SOUS TOUTES LEURS FORMES ET ESPÈCES, par M. *Bouillaud*. — Après un historique de la question et une légitime revendication de la part qu'il a prise à son élucidation, M. Bouillaud cite, à l'appui de son opinion, les deux faits suivants :

OBS. I. — Une femme de vingt-huit ans entre le 28 mars 1866 dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu. « Si l'on fait lever cette malade, elle maintient avec peine son équilibre, même au repos, et la marche, sans soutien ni direction, devient impossible ; après deux ou trois pas, qu'elle exécute en chancelant, elle tend à tomber à droite ou à gauche, et souvent elle est prise d'un mouvement en arrière, qui se terminerait par une chute si l'on ne retenait le corps au moment où il perd l'équilibre. »

Les membres inférieurs ne sont pas paralysés, même incomplètement ; car, bien que cette femme soit maigre et affaiblie, la flexion et la tension de ces membres résistent aux efforts qu'on exerce pour les produire, si sa volonté s'y oppose.

La malade meurt d'une variole le 24 avril, et, à l'examen du cadavre, le cervelet présenta l'altération suivante. Sur la face inférieure de son lobe droit, sous une couche très mince de sa substance, se trouve une tumeur grosse comme une noix, facile à énucléer, et la substance qui lui sert de lit est légèrement ramollie. Elle comprimait plus ou moins le pédoncule cérébelleux inférieur droit, l'olive et la pyramide du même côté, et enfin les septième et huitième paires de nerfs droites.

OBS. II. — Un jeune homme de dix-sept ans entre le 24 novembre dans le service de M. Gueneau de Mussy, et y meurt le 21 février suivant. Parmi les symptômes qu'il avait présentés pendant son séjour, nous signalerons les suivants : vertiges, *marche difficile, accompagnée de titubation*. La sensibilité et l'intelligence étaient conservées.

Il existait à la face inférieure de l'hémisphère gauche du cervelet : 1° une tumeur enkystée du volume d'un petit œuf, renfermant une sérosité filante, limpide ; 2° une production du volume d'une petite poire, dure, bosselée à sa surface, constituée par la substance nerveuse refoulée et comme tassée...

SUR UN PROCÉDÉ DE COLORATION DES INFUSOIRES ET DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES PENDANT LA VIE. Note de M. *A. Certes*. — D'après les recherches de l'auteur, l'introduction du *bleu de quinoléine*, comme réactif, dans la technique des infusoires, constitue un précieux moyen d'étude des phénomènes intimes de la vie cellulaire. Il décèle dans le protoplasma extra-nucléaire la présence de matières grasses qui font absolument défaut dans les noyaux et dans les nucléoles. Enfin la science se trouve débarrassée de cette opinion erronée que la cellule *vivante* est impénétrable aux réactifs colorants.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'instruction publique adrosse à l'Académie un mémoire sur la rage, par M. Louis Muud. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. une copie du registre d'inscription des militaires traités, en 1879, dans les hôpitaux thermaux de Barèges, Amélie-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Vichy et Hammam-Maskoutine ; *b*. un mémoire et des échantillons relatifs à un nouveau produit alimentaire présenté sous le nom de Nutricine, par M. Ed. Moride ; *c*. divers documents relatifs aux épidémies dans les départements de Vaucluse et du Gers en 1879, des Basses-Pyrénées en 1880, à des épidémies de variole qui ont été observées en 1880 à Bucognano et Partinello (Corse), et à des épidémies de teigne observées à Pruniers (Loir-et-Cher) ; *d*. une demande formée par la dame Missard, sage-femme à Épinal, à l'effet d'obtenir une récompense pour opérations vaccinales pratiquées gratuitement sur les militaires de la garnison de cette ville.

MM. les docteurs *Krishaber, E. Decaisne* et *A. Foville* adressent des lettres de candidature à la place déclarée vacante dans la section des associés libres.

MM. les docteurs Foville et Magitot envoient, à l'appui de leur candidature, dans cette section, les exposés de leurs titres et travaux scientifiques.

M. le docteur Bifani (de Naples), adresse une lettre de candidature à la place vacante parmi les correspondants étrangers, ainsi que plusieurs ouvrages à l'appui.

M. Lucciana fait parvenir, au nom de M. H. Webbi, une statistique générale du Yemen avec la carte topographique de cette contrée.

M. le docteur Lemaire (de Cosne) transmet un rapport sur une épidémie de variole ayant régné, en 1880, à Pouilly-sur-Loire.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. Cornil, deux brochures sur l'histologie des pustules de la variole hémorrhagique et sur des recherches histologiques concernant l'action toxique de la cantharidine et de la poudre de cantharides ; au nom de MM. Cornil et Rigal, une Note sur un cas de purpura hemorrhagica.

M. *Brouardel* présente, au nom de M. Leroy des Barres (de Saint-Denis), une observation de pustule maligne guérie à l'aide de la destruction de l'eschare et d'injections hypodermiques de phénol pratiquées dans une partie éloignée.

M. le docteur *Hillairet* fait hommage, au nom de M. Bezançon, du rapport sur les travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine depuis 1872 jusqu'à 1877 inclusivement.

M. le docteur *Tillaux* dépose, au nom de M. Horteloup, l'éloge de M. Léon-Clément Voillemier, prononcé à la Société de chirurgie.

M. *Maurice Raynaud* présente, au nom de MM. Moncorvo et Silva Aranjo (de Rio de Janeiro), une note sur l'*électrolyse appliquée au traitement de l'éléphantiasis des Arabes*.

NOMINATION DE COMMISSIONS. — Une commission, composée de MM. Constantin Paul, Jungfleisch et Bourgoin, est chargée de faire un rapport sur l'essai du sulfate de quinine suivant le procédé décrit par M. Byasson et présenté à la dernière séance.

MM. Blanche, Bussy, Alphonse Guérin, Hérard, Laboulbène, Le Roy de Méricourt et Marc Sée sont désignés par la voie du scrutin pour faire partie de la commission devant procéder à l'examen des titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres.

ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE. — M. *Jules Rochard* fait devant l'Académie le récit d'une épidémie de suette miliaire ayant régné dans l'île d'Oleron au mois de juillet dernier et qui a fait 142 victimes sur un millier de cas et sur une population d'une vingtaine de mille âmes. Il y avait environ trente ans qu'il ne s'était produit, en France, d'épidémie de suette de cette importance, depuis qu'en 1849 la maladie ravagea la Somme, l'Aisne et l'Oise. Dans l'épidémie de l'île d'Oléron, la suette débuta dans les premiers jours de juin, au village des Allards, l'un des plus insalubres ; jusqu'au 2 juillet, elle y resta cantonnée et y fit cinq victimes. A ce moment, un homme d'un village voisin, qui s'était rendu à l'enterrement d'un de ses parents, tomba malade le soir même et mourut au bout de douze heures ; la maladie se répandit alors de tous côtés et envahit toute l'île en quinze jours ; il fallut envoyer deux médecins

de la marine afin d'assister les deux médecins de l'île. A la fin de juillet, l'épidémie s'arrêtait brusquement; elle avait été semblable à celles qu'on observa à d'autres époques, par son début brusque et son évolution rapide, et elle présenta tous les symptômes classiques, jusqu'à la promptitude avec laquelle les cadavres tombèrent en putréfaction. Cependant, quelques particularités sont dignes de remarques: en ce qui concerne le mode d'invasion, tout ce qu'on peut avancer, c'est que la suette paraît présenter de temps à autre dans l'île d'Oléron des cas isolés; elle n'est pas tout au moins inconnue des habitants. Sa marche a été régulière, quoiqu'elle ait frappé au même moment un grand nombre d'individus; elle a affecté une direction générale du Sud au Nord, marchant contre le vent dominant à cette époque de l'année. Apparaissant tout à coup dans un village, et s'abattant sur plusieurs individus à la fois, elle ne s'est cependant pas transmise par le contact direct, puisqu'aucun des médecins n'en a été atteint; le sous-préfet, toutefois, la contracta au cours de sa visite dans l'île, mais aucune personne de son entourage ne la prit à son tour et l'on cite des ménages où la femme couchant dans le même lit que son mari malade ne fut pas atteinte. Le contact des cadavres et leurs émanations furent plus particulièrement dangereux, car c'était après les enterrements que se produisaient les recrudescences, par l'intermédiaire des porteurs principalement.

Les tracés thermographiques recueillis sur les malades marquent, dès le début, une température de 39 degrés, qui s'abaisse et se maintient à 37 degrés environ lorsque les sueurs s'établissent et tant qu'elles durent. Dans les cas graves, le thermomètre s'élève à 40, 41, 42 degrés et même 42°,3. En présence de ces indications, il parut surtout nécessaire d'enrayer l'hyperthermie par des affusions froides; il faut dire auparavant que l'administration de l'ipéca avait, en général, produit de bons effets, mais que le sulfate de quinine, par contre, avait toujours été impuissant. Dans deux cas désespérés, alors que la sueur était tarie, la stupeur profonde, le pouls à 100 et la température à 41°,8 dans l'un et 42°,3 pour l'autre, des draps mouillés, posés rapidement de quart d'heure en quart d'heure, firent immédiatement baisser ces températures et la guérison fut promptement obtenue; « les malades éprouvaient sous l'application du drap une fraîcheur délicieuse ». M. Rochard, rapprochant ces résultats de ceux que l'eau froide a permis d'obtenir dans les fièvres graves, pense que « l'hyperthermie, par elle-même, devient un danger lorsqu'elle dépasse une certaine limite (42 degrés), et il se demande si elle ne fait pas alors naître l'indication de l'emploi de l'eau froide, quelle que soit la maladie dans laquelle on l'observe. Cette règle, toutefois, ne saurait être tout à fait absolue. »

Immunité contre le charbon. — En présence de l'immunité que paraissent avoir acquise contre le charbon, la morve, le farcin les équarrisseurs, dont les mains toujours gercées, égratignées et souvent blessées de mille façons, sont en contact permanent avec les matières virulentes les plus actives, sans qu'ils en éprouvent des accidents, sauf dans des cas très rares, M. Colin (d'Alfort) s'est demandé si l'absorption très légère et plus ou moins répétée peut avoir une action préventive contre les accidents sérieux. A cet effet, il a tenté des inoculations charbonneuses dans le but de développer cette immunité, en soumettant des animaux à des insertions virulentes d'abord faibles, puis de plus en plus fortes, qui ont été presque toujours supportées sans accidents sérieux. D'autre part, M. Colin a voulu rechercher si, comme l'a annoncé M. Toussaint (de Toulouse), après qu'on a tué par l'action de la chaleur à 55 degrés centigrades les bactéridies du sang charbonneux, ce sang, devenu impropre à transmettre le charbon, conférait l'immunité contre le charbon. Les expériences auxquelles il s'est livré et dont il fait la description à ses collègues, lui semblent prouver très clairement: 1° que la virulence du sang charbonneux s'éteint, à peu près, entre 55 et 57 degrés centigrades, pour des causes qui restent à déterminer; 2° que, dans les cas où le sang, chauffé à ce degré, ne perd pas ses propriétés, il détermine un charbon complet avec tous ses attributs; 3° que le sang chauffé dont la virulence est perdue ne jouit plus d'aucune action nocive et se comporte comme celui d'un animal sain; 4° que ce même sang dont la virulence a été éteinte par la chaleur ne confère pas l'immunité, car les animaux auxquels on l'a inséré contractent ultérieurement le charbon aussi facilement que les autres, et y succombent dans les délais ordinaires en présentant toutes les lésions caractéristiques de la maladie.

M. *J. Guérin*, à deux reprises, demande à M. Colin si ses expériences d'inoculation de sang charbonneux dans lesquelles l'inoculation n'a présenté aucune réaction locale ni générale, ne peuvent pas être comparées aux inoculations vaccinales stériles, et si les animaux ainsi inoculés ne pourraient pas cependant devenir plus tard susceptibles de contracter le charbon sous l'influence des inoculations de sang charbonneux non chauffé.

M. *Colin* répond qu'il a simplement voulu montrer qu'on ne pouvait admettre les assertions de M. Toussaint, à savoir que les animaux inoculés avec du sang chauffé à 56 degrés, et privé ainsi de ses bactéridies, ne contractent pas le charbon, mais acquièrent de la sorte une véritable immunité contre le charbon.

Hospitalisation des épileptiques. — M. *Lunier*, candidat dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, donne lecture d'un mémoire portant ce titre.

La loi de 1838, qui a si profondément modifié la situation des aliénés, n'a rien fait pour les épileptiques qui ne sont admis dans les asiles que s'ils sont réputés aliénés. Or, des recherches nouvelles que vient de faire M. Lunier, il résulte: 1° que le nombre des épileptiques en France est environ de 33 225, soit 9,20 pour 10 000 habitants; 2° que sur ce nombre 3,550 sont séquestrés dans les asiles comme aliénés; 3° que 1,650 environ sont hospitalisés dans quelques rares établissements privés et dans les hospices d'incurables.

M. Lunier s'est assuré, du reste, qu'il en est à peu près de même partout ailleurs, aux États-Unis, aussi bien que dans les divers pays d'Europe. Quoi qu'il en soit, sur les 28 000 épileptiques vivant dans leur famille, 10 000 environ devraient être internés ou hospitalisés, les uns parce qu'ils présentent des chances de guérison ou tout au moins d'améliorations, les autres parce qu'ils ne peuvent subvenir à leurs besoins; presque tous, enfin, parce que, à un moment donné, ils peuvent devenir dangereux pour la société. Les épileptiques pris dans leur ensemble ne peuvent être considérés ni comme des infirmes, ni comme des malades ordinaires, ni comme des aliénés; il est donc nécessaire de leur appliquer des moyens de traitement et d'assistance tout particuliers. Le mieux serait de créer, dans le voisinage d'un certain nombre d'asiles d'aliénés, des quartiers destinés à recevoir les épileptiques de la région. Mais il faudrait, en outre, que l'État fît pour les épileptiques ce qui a été réalisé déjà pour les sourds-muets, les aveugles et les aliénés et qu'il créât de toutes pièces un établissement spécial où seraient reçus, à des prix de pension modérés, les épileptiques des deux sexes qui ne pourraient être admis ni dans les asiles d'aliénés, ni dans les hôpitaux ordinaires.

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Taches pigmentaires cutanées congénitales : M. Joffroy. — La fibrine du sang dans les maladies : M. Hayem. — Embolie pulmonaire chez un phthisique : M. Duguet.

M. *Joffroy* présente à la Société un enfant de dix-sept mois dont la peau est, sur une grande étendue, parsemée de nævi pigmentaires multiples : la tête, les membres et la partie supérieure du tronc offrent des taches d'une coloration brunâtre plus ou moins foncée, et dont le diamètre varie de 1 à 5 centimètres ; la partie inférieure de l'abdomen, les aines et toute la région lombaire sont recouvertes par une énorme tache pigmentaire de même aspect. La mère de cet enfant a été atteinte au septième mois de sa grossesse d'une variole cohérente grave dont elle porte encore les traces ; à partir de ce moment, elle ne constata plus de mouvements du fœtus qu'elle portait, et cependant accoucha à terme d'un enfant débile, mais vivant. Cette femme, d'une bonne santé habituelle et nullement syphilitique, avait déjà mis au monde quatre autres enfants, aujourd'hui tous vivants et ne présentant aucune tache cutanée. Les nævi pigmentaires du petit malade ont un peu pâli depuis sa naissance ; ils sont en quelques points recouverts de poils roussâtres assez abondants. La généralisation de ces taches cutanées semble éloigner ici toute idée de rapport avec la distribution des filets nerveux ; cependant, la grande plaque abdomino-lombaire est assez exactement située dans le territoire du plexus lombaire. On pouvait penser également dans ce cas à une coloration résultant d'une variole intra-utérine, mais les huit pustules vaccinales légitimes dont l'enfant est actuellement porteur ne permettent pas de s'arrêter à cette opinion. Enfin, les renseignements confidentiels obtenus près de la mère, pas plus que l'aspect général de l'enfant, et la conformation de sa face et de son crâne, n'autorisent à songer à une pigmentation bizarre observée parfois chez des métis.

M. *E. Besnier* est d'avis que d'après l'aspect de la plupart des taches qui sont de simples macules, sans aucune saillie, on doit employer dans ce cas le terme de taches pigmentaires congénitales disséminées ; ces taches sont très analogues à celles que les irritants, les vésicatoires entre autres, déterminent sur la peau de certains individus prédisposés. Quant au pronostic, il le croit bénin en ce sens que, la coloration ayant diminué d'intensité sur plusieurs points depuis la naissance, il est probable que cette pigmentation anormale s'effacera peu à peu ; il en serait tout autrement s'il s'agissait de nævi pigmentaires hypertrophiques : la lésion aurait au contraire augmenté et serait indélébile.

M. *Hayem* a lu dans un journal américain l'observation d'un enfant porteur de taches analogues reproduisant la distribution exacte de brûlures étendues dont la mère avait été atteinte pendant sa grossesse. N'y aurait-il pas un rapprochement à faire entre les brûlures cutanées et l'éruption variolique cohérente qu'ont présentées au cours de leur gestation les mères de ces deux enfants ?

—M. *Hayem* fait ensuite connaître le résultat de ses recherches sur les *modifications de la fibrine du sang dans les maladies*. Il rappelle que de tout temps les médecins se sont préoccupés des caractères et des modifications de la coagulation du sang extrait par la saignée, et de la formation de la couenne à la surface du caillot ; aujourd'hui, l'étude histologique du processus de coagulation unie à la connaissance des altérations des éléments figurés du sang, permet de suivre l'évolution du liquide sanguin dans les maladies. Pour pratiquer ces examens d'hématologie avec la minutieuse exactitude qu'ils comportent, M. Hayem a fait fabriquer deux *cellules* spéciales reposant sur le même principe : la portion de la lame de verre sur laquelle le sang doit être déposé est séparée des parties voisines par une rigole, et l'épaisseur constante qui sera attribuée à la petite nappe sanguine est déterminée par un dépôt d'argent plus ou moins épais qui recouvre toute l'étendue de la lame située en dehors de la rigole ; on comprend que la lamelle couvre-objet, qui reposera par ses bords sur la couche métallique, laissera entre elle et la partie non argentée de la lame porte-objet un faible espace vide dans lequel le sang que l'on veut examiner sera emprisonné. La *cellule* qui est destinée à l'examen du sang renfermant tous ses éléments est circonscrite par une rigole circulaire ; celle qu'on emploie pour l'examen du réticulum fibrineux seul est limitée par deux rigoles parallèles, dirigées suivant la longueur de la lame de verre. Pour étudier le sang normal ou pathologique, on peut aussi avoir recours à la projection goutte à goutte de ce sang dans le liquide suivant : Eau distillée, 200 grammes ; chlorure de sodium pur, 1 gramme ; sulfate de soude pur, 5 grammes ; bichlorure de mercure, 0gr,50. Lorsque le sang est modifié par un état pathologique, on verra, par ce procédé, des grumeaux plus ou moins volumineux se former ; ils seront parfois appréciables à l'œil nu. Pour étudier le réticulum fibrineux, on le lave, après coagulation sur la cellule longitudinale, par capillarité en absorbant l'eau que l'on dépose à l'une des extrémités de la lamelle avec du papier buvard disposé à l'autre extrémité. On colore ensuite le réticulum par la rosaniline ou l'eau iodo-iodurée. Par l'emploi de ces divers procédés, on constate que dans le sang normal il n'y a pas de globules déformés ; il n'y en a pas davantage dans le sang pathologique. Les diverses altérations de volume, de forme, les crénelures ne sont que le résultat d'un traumatisme expérimental ; la microcythémie n'existe pas. Si l'on observe la coagulation du sang normal, on voit les globules rouges se disposer en piles d'une façon absolument constante ; ces piles forment comme des *îlots* au milieu de *mers* communiquant toutes entre elles, et renfermant quelques rares globules rouges isolés, les globules blancs et les hématoblastes. Puis, au bout d'un certain temps, on voit apparaître quelques petits filaments déliés partant des amas d'hématoblastes et leur donnant un aspect étoilé : tel est le réticulum du sang normal.

Dans les phlegmasies, on constate des modifications importantes. Le sang d'un pneumonique, par exemple, lors de sa coagulation, laisse voir les globules rouges disposés en piles mais englués par une substance visqueuse qui les fait adhérer entre eux d'une façon assez énergique pour résister à une faible traction ; les différentes piles se soudent également les unes aux autres, formant ainsi une sorte de réseau circonscrivant non plus des *mers*, mais des *lacs*. Il y a de plus augmentation des globules blancs, mais non des hématoblastes. Le réticulum fibrineux se montre considérablement augmenté par le nombre et l'épaisseur des fibrilles qui s'entrecroisent en tous sens, sur plusieurs plans et affectent la forme d'un fuseau. La formation du réticulum est seulement plus tardive que pour le sang normal. Cette augmentation du réticulum fibrineux est constante dans les phlegmasies ; elle ne se modifie pas suivant la nature de la phlegmasie mais suivant son intensité et son étendue : c'est un caractère pathognomonique. Cependant, M. Hayem l'a retrouvée dans quelques cas de purpura, de scorbut, et dans un cas de chlorose ; il se demande si, pour le scorbut et le purpura, on ne pourrait trouver dans cette modification du réticulum fibrineux l'indice d'un processus phlegmasique. Dans les pyrexies, il n'y a pas d'augmentation du réticulum, à moins qu'une phlegmasie, régulière ou anormale, ne vienne se surajouter à la maladie première. Ainsi, dans la variole, on constate ce phénomène au moment de la suppuration des pustules ; dans la rougeole et la scarlatine, au début de la desquamation qui résulterait, pense M. Hayem, d'un processus phlegmasique du côté des téguments. On ne le retrouve à aucun moment dans la dothienentérie, à moins de complication inflammatoire ; en un

not, sa constatation dans une maladie autre que les phlegmasies doit mettre sur la voie d'une lésion phlegmasique latente. On trouve en outre, à la fin d'une pyrexie, une augmentation considérable des hématoblastes, une sorte de poussée hématoblastique qui précède la défervescence et peut la faire pronostiquer; ces hématoblastes sont volumineux, en voie d'évolution vers la formation du globule rouge et forment dans le sang qui se coagule des amas ressemblant à des boules épineuses. Dans les cachexies, si l'on constate toujours une augmentation des hématoblastes, c'est que l'organisme lutte contre l'entrave à l'évolution des éléments anatomiques, par la formation incessante de nouveaux hématoblastes qui, ne pouvant se transformer en globules rouges, s'accumulent dans le sang; à la période ultime, cette genèse cesse, par suite de l'épuisement, et la mort vient terminer l'affection. — M. Hayem montre de nombreuses courbes indiquant l'évolution du réticulum fibrineux et les crises hématoblastiques en regard de la température des malades observés.

— M. *Duguet* présente des pièces anatomiques provenant d'un homme de trente-deux ans, entré à l'hôpital le mois dernier et qui a succombé subitement au cours d'une phthisie pulmonaire avancée. Cet individu ne s'était alité que depuis six semaines et jusque-là n'avait présenté aucun phénomène spécial digne d'être noté. Il n'avait pas eu d'œdème des membres inférieurs, aucune douleur soit aux mollets, soit à l'anneau crural, en un mot aucun signe de phlegmatia alba dolens; il fut trouvé mort un soir dans les cabinets d'aisance. A l'autopsie, on trouva des lésions tuberculeuses dans tout le poumon droit, surtout dans le lobe supérieur, et des lésions analogues dans le même lobe du poumon gauche; dans le lobe inférieur de ce côté, fortement congestionné, plusieurs caillots volumineux à cheval sur les éperons des premières ramifications des branches inférieures de l'artère pulmonaire. Malgré l'absence de signes de phlegmatia pendant la vie, on ouvrit les veines crurales et on trouva, dans la droite, un caillot assez volumineux paraissant rompu à son extrémité centrale et deux autres petits caillots oviformes, situés dans des nids valvulaires; ces caillots n'oblitéraient pas complètement le calibre du vaisseau.

M. *Damaschino* voit dans ce fait de la non-oblitération des veines l'explication de l'absence d'œdème et de signes de phlegmatia pendant la vie.

M. R. *Moutard-Martin* rappelle deux cas, publiés l'un par M. Maurice Raynaud, l'autre par M. Poirier, d'oblitération de la veine cave inférieure sans œdème ni ascite et sans développement de la circulation collatérale. L'oblitération même de gros troncs veineux, peut donc, dans certains cas, rester pour ainsi dire latente.

M. *Dumontpallier* se demande si le malade de M. Duguet n'aurait pas eu une phlegmatia ancienne, s'étant produite avant son entrée à l'hôpital. La circulation rétablie, en partie, aurait amené la disparition de l'œdème du membre. Il a dans un cas constaté des caillots manifestement autochthones dans l'artère pulmonaire, avec intégrité des veines des membres inférieurs.

M. *Duguet* reconnaît que les caillots veineux sembleraient, dans le cas qu'il rapporte, avoir environ deux mois de date, mais le malade n'avait à aucun moment offert les symptômes de la phlegmatia. D'ailleurs, les caillots oviformes plaident en faveur d'une thrombose commençante; en effet, dans cette affection, le caillot se forme tout d'abord, puis apparaissent l'œdème et la douleur. Il insiste sur ce fait qu'il faut *toujours*, lorsqu'on trouve des caillots dans l'artère pulmonaire, rechercher s'il n'en existe pas dans les veines des membres inférieurs, alors même qu'il n'y a eu pendant la vie aucun symptôme de phlegmatia alba dolens.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Pronostic et traitement de la pustule maligne. — Des kystes de l'iris. — Anévrysmes spontanés du membre inférieur. — Taille vaginale; présentation d'un instrument.

M. *Després* demande la parole à l'occasion du rapport de M. Delens, sur l'observation de M. Brechemier. Tout ce que nous savons sur la pustule maligne est dû à MM. Girouard (de Chartres), Raimbert (de Châteaudun) et Bourgeois (d'Etampes). L'œdème malin observé par M. Brechemier n'était pas un œdème malin franc, mais un œdème malin avec pustule maligne. On admettait autrefois que la cautérisation devait être pratiquée immédiatement dans la pustule maligne. Dans l'œdème malin, il n'y a que de l'œdème, l'absorption a dû se faire par la conjonctive; l'œdème malin ne guérit pas, excepté chez les sujets jeunes. Le traitement qui a donné les meilleurs résultats est la cautérisation immédiate; le sublimé corrosif est le meilleur caustique.

Aujourd'hui, on veut remplacer ces cautérisations par les injections sous-cutanées de teinture d'iode ou d'acide phénique; quand ce traitement réussit, c'est qu'on a affaire à une pustule maligne simple, ou à un œdème malin accompagné d'une pustule maligne. M. Després fait une incision en croix et dépose au fond de la plaie du chlorure de zinc; chez un malade de l'hôpital Cochin, il a dû faire jusqu'à cinq de ces cautérisations. M. Després a vu à Cochin trois œdèmes malins sans pustule, les trois malades ont succombé.

M. *Delens*. Si M. Després avait entendu la lecture du rapport, il ne dirait pas qu'il y avait œdème malin avec pustule; il n'y avait que de l'œdème. L'observation très soigneusement prise de M. Brechemier ne permet pas l'interprétation de M. Després.

M. *Théophile Anger* a observé à Cochin un œdème malin sans pustule maligne; s'il avait voulu cautériser dès le premier jour, il eût été embarrassé; il attendit qu'un point fût plus malade que les autres pour y faire des incisions. Dans la pustule maligne, M. Anger attend que des phénomènes inflammatoires se déclarent autour de la pustule pour inciser et cautériser; car il y a des pustules malignes qui guérissent seules ou par des applications d'alcool.

M. *Trélat*. M. Briquet dit qu'il a observé autrefois beaucoup de pustules malignes à l'hôpital de la Pitié; on ne faisait aucun traitement, et les malades guérissaient. La guérison spontanée est, en effet, possible; il faut donc dire que le pronostic est très variable.

On discutera longtemps encore sur la valeur des moyens curatifs. La pustule maligne paraît être constituée par la pénétration d'éléments parasitaires particuliers, qui peuvent succomber sur place ou être tués par une intervention thérapeutique, ou enfin pénétrer dans l'économie. On n'a pas le droit de dire que, le passé ayant prouvé que les cautérisations donnent de bons résultats, il ne faut pas employer autre chose. Les injections sous-cutanées avec certaines substances ayant le privilège de tuer les microbes ont donné aussi de bons résultats, cela est démontré. Cette pratique est d'ailleurs conforme à l'expérimentation physiologique et clinique, elle mérite d'être employée et étudiée.

M. *Farabeuf* a vu cinq cas de pustule maligne traités par M. Raphaël (de Provins) avec les feuilles de noyer; les malades ont guéri, et on sait que M. Raphaël connaît la pustule maligne. M. Gosselin fit un rapport à l'Académie de médecine sur ces observations et en tira la conclusion que la pustule maligne guérissait souvent spontanément. D'autres médecins du même pays cautérisent avec le fer rouge sans inciser et guérissent aussi leurs malades.

M. *Trélat*, dans l'état actuel, ferait la cautérisation de la pustule et des injections autour; dans l'œdème malin, il ferait des injections seulement, sauf à surveiller et à agir plus énergiquement si le mal s'aggrave. L'expérience du laboratoire et l'expérience du clinicien permettent et autorisent le traitement par les injections, tout en continuant la cautérisation du centre de la pustule.

— M. *Giraud-Teulon* lit un rapport sur un mémoire de M. Masse (de Bordeaux) : *Des kystes de l'iris*.

On constate sur l'iris deux sortes de kystes : les uns séreux; les autres, auxquels M. Giraud-Teulon refuse le nom de kystes, sont des épithéliomes perlés, développés après une plaie de la conjonctive ou de la cornée, comme chez le malade de M. Masse.

— M. *Polaillon* fait un rapport sur trois observations d'anévrysmes spontanés des membres inférieurs, par M. Comballat (de Marseille) :

1° Anévrysme de la fémorale au niveau de l'arcade crurale; insuccès de la compression; ligature de l'iliaque externe au-dessus de l'anévrysme par le procédé d'Astley Cooper; guérison en deux mois.

2° et 3° Deux observations d'anévrysmes poplités; ligature de la fémorale; guérison.

— M. *Le Dentu* a pratiqué dernièrement la taille chez une femme âgée qui avait un calcul volumineux dans la vessie. Une maladie du cœur ne permettait point de donner le chloroforme. Il n'existe pas dans l'arsenal chirurgical un conducteur spécial pour faire la taille vaginale.

M. Le Dentu a fait fabriquer par M. Collin un conducteur permettant de faire l'incision rapidement, l'instrument restant en place, fixé par un dard. La ponction doit être faite au niveau du col; on peut couper d'un seul coup la paroi vésico-vaginale. Le calcul extrait pèse 58 grammes.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Crâne et cerveau d'hydrocéphale : M. Ball. — Réaction des alcaloïdes en présence du sucre et de l'acide sulfurique : M. Robert. — Maladie parasitaire du lapin : M. Mégnin. — Action du pancréas chez un chien dératé : M. Malassez. — Considération sur l'origine du rein : M. Mathias Duval. — Excitation du cerveau : M. Couty. — Effets vaso-moteurs du vago-sympathique : M. Rochefontaine.

M. *Ball* présente le crâne et le cerveau d'un jeune homme de dix-huit ans hydrocéphale, mort de pneumonie. Les parois du crâne sont assez épaisses; les sutures sont déjà ossifiées; le trou occipital est très petit. Les ventricules latéraux du cerveau renfermaient de 1200 à 1500 grammes de liquides; leurs parois sont amincies; les circonvolutions sont aplaties et presque effacées dans certaines régions, surtout au niveau des hémisphères postérieurs.

L'aqueduc de Sylvius présente un calibre normal et n'est pas oblitéré. L'hydrocéphalie n'était donc pas due, dans ce cas, à une oblitération de l'aqueduc de Sylvius. L'étude de la structure intime du cerveau sera faite ultérieurement.

— M. *Robert* indique une méthode pour reconnaître les principaux alcaloïdes employés le plus fréquemment. On mélange sur une soucoupe en porcelaine une petite quantité de l'alcaloïde en poudre avec une quantité égale de sucre de canne, et on laisse tomber sur le mélange quelques gouttes d'acide sulfurique : il se manifeste aussitôt une coloration variable suivant l'alcaloïde. Le chlorhydrate de morphine donne une couleur rose qui passe au violet; le sulfate de quinine, une couleur verdâtre, puis jaune et enfin noire de café; l'atropine, une couleur violette; la strychnine, une couleur jaune; la narcotine, une couleur brune acajou; la vératrine, une couleur verte; la codéine, une couleur rouge cerise, puis violette. Lorsqu'on remplace le sucre de canne par du sucre de lait, on n'obtient rien.

— M. *Mégnin* présente des oreilles de lapins contenant une grande quantité de *psoroptes longirostris*. L'auteur a remarqué que l'une des oreilles renferme toujours plus de parasites que l'autre, et il attribue à cette différence les mouvements de gyration observés chez les animaux malades.

— M. *Malassez* avait annoncé, il y a quelque temps, à la Société que le pancréas, pris sur un chien dératé depuis longtemps, avait conservé sa propriété digestive. Chez un autre chien dératé à jeun depuis un jour ou deux, M. Malassez a pris le pancréas, en a fait une infusion, et a constaté que cette infusion n'exerçait aucune action sur les substances albuminoïdes. Il est donc probable que cette perte de propriété digestive du pancréas est due à l'état de jeûne de l'animal.

— M. *Mathias Duval* rappelle qu'il existe au point de vue pathologique une relation entre le rein et le péritoine; ils peuvent être tous deux atteints des mêmes affections, et souvent les altérations du rein retentissent sur le péritoine. L'embryologie explique cette relation. Le rein est en effet la troisième glande rénale qui apparaisse dans le développement ontogénique de l'homme et dans le développement philogénique des vertébrés : la première est le rein primordial antérieur ou cervical ; la seconde, le corps de Wolff.

Chez le jeune têtard de grenouille, M. Duval a vu dans la région cervicale se former une invagination de la cavité pleuro-péritonéale pour constituer un néphrostome. Cette invagination se continue dans toute la longueur du corps et donne naissance au canal de Wolff. Un bourgeon vasculaire venant de l'aorte fait saillie dans la cavité pleuro-péritonéale en face du néphrostome cervical, puis deux replis du péritoine, l'un venant de l'intestin, l'autre de la paroi du corps, viennent recouvrir le bourgeon vasculaire et le néphrostome de manière à constituer un gros glomérule saillant dans l'intérieur du corps; c'est le rein antérieur ou cervical. Le corps de Wolff est formé par une série d'invaginations péritonéales qui viennent déboucher dans le canal de Wolff.

Chez le poulet, le rein cervical n'est représenté que par une invagination pleuro-péritonéale sans glomérule. Le canal de Wolff est formé, comme chez les batraciens, par une invagination pleuro-péritonéale. Les canalicules du corps de Wolff sont également dus à des invaginations du péritoine comme l'a montré Kölliker; aussi M. Duval admet pour tout l'ensemble du système de Wolff une origine péritonéo-péritonéale. Le rein définitif naît, comme on sait, d'un bourgeonnement inférieur du canal de Wolff, par conséquent le rein a bien une origine péritonéale.

— M. *Couty* continue l'exposé de ses recherches sur l'excitation du cerveau chez les singes et le chien. Les troubles moteurs produits par des lésions de l'écorce cervicale sont toujours plus marqués chez les singes que chez le chien. Ces troubles sont des contractures et des paralysies qui se succèdent ou existent simultanément. Les membres sont généralement dans la demi-flexion. La paralysie est plus marquée pour les mouvements compliqués que pour les mouvements simples. Les animaux peuvent à certains moments exécuter des mouvements volontaires avec leurs membres paralysés. Les troubles moteurs existent toujours des deux côtés.

Quelle que soit la nature de la lésion, cautérisation, destruction de substance, etc., les phénomènes sont les mêmes, et il n'existe aucune relation entre le siège de ces lésions et la nature des troubles moteurs.

Chez trois chiens qui avaient été atteints de paralysie après lésion de l'écorce cérébrale, et qui avaient parfaitement guéri, le cerveau était devenu complètement inexcitable au niveau de la lésion cicatrisée et dans les points voisins.

Les lésions de la troisième circonvolution fronto-pariétale sont celles qui déterminent les troubles les plus marqués.

M. Couty a vu souvent que, l'excitation d'une région du cerveau amenant, par exemple, des mouvements des membres postérieurs, si l'on détruisait cette région, on observait alors de la paralysie des membres antérieurs. Ces faits sont tout à fait en désaccord avec la théorie des localisations cérébrales.

— M. le *Secrétaire* donne lecture d'une lettre de M. *Bochefontaine*, dans laquelle il déclare qu'en excitant le vago-sympathique chez le chien et le lapin, il obtient toujours une constriction des vaisseaux de la cavité buccale du côté correspondant, et que, par conséquent, les faits signalés par MM. Dastre et Morat n'ont pas la généralité que les auteurs veulent leur attribuer.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Procédée de technique histologique: M. Malassez. — Excitation de la couche corticale du cerveau: M. Couty. — Coloration par la carthamine: M. Tourneux. — Examen du système nerveux chez un malade mort du tétanos: M. Poncet. — Détermination des doses d'anesthésiques nécessaires pour produire l'anesthésie ou la mort: M. P. Bert. — Effets de l'excitation électrique du bout central du vaso-sympathique: M. Laffont.

M. *Malassez* emploie, pour colorer les tissus, une solution de violet de méthyle à 1/1000e ou à 1/100 000e. Des corps peuvent rester fort longtemps dans la plus faible solution sans s'altérer. Les globules du sang, fixés par l'acide osmique ou par la dessiccation, sont colorés par la solution à 1/100 000e. L'emploi successif de la purpurine et du violet de méthyle donne de très belles colorations en violet.

M. Malassez ayant trouvé qu'à une certaine phase du tannage des peaux, les cellules sont détruites par des bactéries, qui respectent le tissu conjonctif, a eu l'idée d'appliquer cette action destructive des bactéries à la préparation de certaines pièces histologiques. Des coupes, des ganglions lymphatiques, par exemple, sont abandonnés pendant un certain temps dans l'eau distillée; il se développe à leur surface un grand nombre de bactéries, et bientôt il ne reste plus que le réticulum conjonctif, qu'il suffit de laver, de colorer et de monter en préparation.

— M. *Couty* fait une nouvelle communication sur les phénomènes qu'il a observés en excitant la surface du cerveau chez des singes et chez des chiens.

Les troubles de la sensibilité sont difficiles à reconnaître et, la plupart du temps, ils semblent dépendre de l'affaiblissement des animaux après l'opération. Un animal qui ne réagit plus à de faibles excitations, parce que sa moelle a perdu en grande partie son excitabilité, donne des signes manifestes de douleurs et de mouvements réflexes, lorsque l'excitation est plus intense.

M. Couty n'a observé que très rarement une diminution de la sensibilité du côté opposé de la lésion cérébrale; cette altération de la sensibilité est plus marquée avec les lésions des hémisphères antérieures qu'avec celles des hémisphères postérieures. Sur plusieurs singes, chez lesquels il avait enlevé tout le tiers postérieur du cerveau, il n'a pas observé de troubles de la sensibilité, sauf dans deux cas. Les troubles moteurs sont plus marqués et plus durables que les troubles de la sensibilité; ceux-ci apparaissent après les troubles moteurs et disparaissent plus tôt. Dans tous les cas, on n'a pu saisir le rapport entre les troubles de la sensibilité et le siège de la lésion.

Relativement aux troubles sensoriels, M. Couty n'a rien pu trouver, sur vingt expériences pour l'odorat et le goût : quelquefois, il a cru observer une diminution de l'audition dans l'une ou l'autre oreille. Sur quarante expériences, il a noté sept fois une diminution visuelle dans l'œil du côté opposé; dans cinq cas, cette diminution coïncidait avec des lésions de la zone fronto-pariétale, et, dans les deux autres cas, avec des lésions des lobes postérieurs. Cette cécité n'était pas toujours liée à des troubles de la sensibilité générale.

L'auteur a remarqué, dans un certain nombre d'expériences, que, si l'on venait à couvrir les deux yeux d'un chien, qui ne présentait que de légers troubles moteurs, ces troubles devenaient beaucoup plus accusés et que l'animal devenait ataxique ; mais ce fait n'est pas constant.

Jamais M. Couty n'a observé, ni chez les singes, ni chez les chiens, des troubles intellectuels nettement attribuables à la lésion cérébrale.

— M. *Pouchet* dépose une note de M. *Tourneux* relative à la coloration histologique de la carthamine. L'action de cette substance est la même que celle de la purpurine; mais elle colore plus vivement les tissus. Elle colore en rose les cartilages, et n'a aucune action sur les tissus osseux de nouvelle formation.

— M. *Poncet* présente les résultats d'une autopsie d'un malade mort du tétanos. Il s'agit d'un soldat de vingt-deux à vingt-trois ans, très nerveux, qui se fit, en tombant, une petite plaie au pouce. Huit jours après, il se plaignait d'une légère douleur dans la mâchoire inférieure. Le lendemain, la température s'élevait considérablement, et le malade mourut le troisième jour. Le traitement a consisté dans l'administration de 12 grammes de chloral par jour. La moelle et le bulbe ont pu être enlevés dix heures après la mort. M. Amidon ayant décrit dernièrement, dans le tétanos, une dégénérescence graisseuse autour du canal de l'épendyme et le long des rameaux du facial, du trijumeau ou du spinal, M. Poncet a recherché ces lésions chez son malade. Il n'a trouvé qu'une dégénérescence graisseuse autour du canal de l'épendyme, avec prolifération de l'épithélium, au niveau du renflement cervical. Il n'y avait rien dans les nerfs crâniens, ni dans les nerfs du pouce. M. Poncet n'a pas essayé l'élongation pour le traitement des nerfs, parce qu'en Amérique, où cette opération a été pratiquée pour le tétanos, on a remarqué qu'elle augmentait les contractions au lieu de les faire cesser.

M. *Laborde* fait observer que, dans le tétanos, l'élongation des nerfs ne peut, en effet, donner de bons résultats, puisque, d'après ses recherches, cette opération n'agit que sur la sensibilité et que, dans le tétanos, ce sont les phénomènes moteurs qui sont exagérés.

M. *Luys*, dans un cas de tétanos, a constaté une vascularisation très grande de la substance grise de la moelle et une augmentation de volume des cellules nerveuses des cornes antérieures. Il croit aussi que la sensibilité exagérée du système nerveux intervient dans la pathogénie du tétanos. Chez une femme morte de cette affection, il a noté une augmentation de poids du cerveau.

M. *Poncet* n'a pas recherché si, sur son malade, il y avait augmentation de poids du cerveau, mais il a constaté une vascularisation considérable de la moelle et de ses enveloppes; le malade ayant absorbé une grande quantité de chloral, il se peut que cette vascularisation soit due au traitement.

M. *P. Bert* pense que l'élongation des nerfs agit sur la moelle et sur les nerfs eux-mêmes; si l'on tue un nerf mixte par un moyen quelconque, le mouvement disparaît le premier et la sensibilité persiste; or, c'est le contraire qui a lieu dans l'élongation.

— M. *P. Bert* a déterminé sur trois espèces d'animaux, chien, souris, moineau, les limites de la *zone maniable* de cinq anesthésiques, c'est-à-dire les doses nécessaires pour amener la perte de la sensibilité et celles que l'on ne doit pas dépasser, de crainte d'amener la mort. Les chiens étaient trachéotomisés et on leur faisait respirer un mélange d'air et de vapeur anesthésique, au moyen d'un appareil spécial qui

permettait d'opérer avec une quantité constante de vapeur, tout en renouvelant l'oxygène et en absorbant l'acide carbonique. Les souris et les moineaux étaient simplement placés dans le mélange gazeux sous une cloche.

M. P. Bert est arrivé à ce très curieux résultat que, pour tous les animaux, la dose d'anesthésique, éther, chloroforme, anyline, bromure d'éthyle et chlorure de méthyle, qui amène la mort, est le double de la dose nécessaire pour produire l'anesthésie. Ainsi, pour le chien, la dose anesthésique est, avec l'éther, 37 grammes pour 100 litres d'air, avec le chloroforme, 15 grammes, etc.; la dose toxique est avec l'éther 74 grammes, avec le chloroforme 30 grammes.

Le poids et la taille de l'animal ne modifient pas les doses des anesthésiques. Pour la souris, les doses sont environ moitié moindres que pour le chien; pour le moineau, elles sont plus élevées que pour la souris.

En donnant à un animal une dose moyenne entre la dose anesthésique et la dose toxique, on produit d'emblée la perte de la sensibilité, sans période d'excitation, et on peut entretenir longtemps l'animal dans cet état, en lui faisant respirer un mélange d'air et de vapeur anesthésique, de telle sorte que l'on maintienne toujours la même tension de vapeur anesthésique dans le sang de l'animal.

M. P. Bert arrive donc à cette conclusion que les anesthésiques agissent par leur tension et non par leur quantité absorbée. On peut faire absorber à un animal de très grandes quantités d'anesthésiques sans inconvénient, si cet anesthésique est éliminé au fur et à mesure, de telle sorte que la tension dans le sang ne dépasse pas une certaine valeur. Il faudra tenir compte de cette donnée dans l'anesthésie chirurgicale, et l'on pourra éviter les accidents en faisant respirer au malade un mélange d'air et d'une quantité de vapeur anesthésique, comprise entre les doses anesthésique et toxique, doses qu'il reste d'ailleurs à déterminer.

M. P. Bert a constaté que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, le chloroforme est éliminé par le rein, mais en petite quantité.

— M. *le Secrétaire* donne lecture d'une lettre de M. *Laffont*, dans laquelle il déclare qu'il résulte de toutes ses expériences, que le nerf vaso-sympathique est le nerf vaso-constricteur de la tête et que les excitations électriques ne peuvent y démontrer l'existence de nerfs vaso-dilatateurs.

REVUE DES JOURNAUX

Le microbe de la diphthérie, par M. Ch. Talamon.

Ce microbe, que M. Talamon a présenté dernièrement à une des séances de la Société anatomique (janvier 1881), fort différent du *zygodesmus fuscus* et de la *tilletia diphtherica* de Letzerich, est un champignon composé de mycéliums et de spores caractéristiques. Les mycéliums, longs de 2 à 5 μ se bifurquent en forme de lyre ou de diapason. Les spores, ronds ou ovales, s'allongent pour former le mycelium. D'autres ont une forme rectangulaire et représentent le dernier terme du développement du champignon.

Ces microbes ont été cultivés et inoculés à six lapins qui tous ont succombé à différents accidents : engorgements cervicaux, pleurésies, péritonites, etc... Les sérosités morbides ont toujours présenté le microbe. Des grenouilles inoculées sont mortes en huit ou dix jours. Elles étaient remplies de microbes. Le sang du cœur n'en a jamais présenté. Une grenouille placée dans l'eau où étaient mortes des grenouilles inoculées a été infectée et a succombé en dix jours. Chez quatre pigeons dont la muqueuse buccale avait été préalablement raclée, puis badigeonnée avec le liquide cultivé, on a développé une véritable diphthérite. La fausse membrane présentait la même composition que chez l'homme. Un des pigeons avait une laryngite membraneuse. Deux pigeons sont morts, le troisième a guéri, le quatrième est en observation. La culture de ces fausses membranes a reproduit constamment l'organisme. M. Talamon poursuit actuellement ces intéressantes études. (*Progrès médical*, 12 février 1881.)

Emploi du sulfate de cadmium dans les opacités de la cornée, par M. le docteur Michel.

M. le docteur Michel recommande cette médication dans certaines formes d'opacités de la cornée, de taies, dues à la résorption imparfaite de reliquats inflammatoires. On l'emploie sous la forme suivante : mucilage de gomme, 10 grammes, sulfate de cadmium 5 à 15 centigrammes à appliquer directement avec un pinceau, au centre de la taie. Cette application doit être légèrement douloureuse et répétée deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. (*Archives médicales belges*, 1er janvier 1881.)

Traitement du goître exophthalmique par les injections sous-cutanées de duboisine, par M. E. Desnos, interne des hôpitaux.

L'extrait de *Duboisia myoporoïdes* a été employé comme succédané de l'atropine. Il a sur la vision une influence analogue à celle de la belladone, diminue le pouvoir excito-moteur du système nerveux et accélère les battements du cœur.

M. Desnos rapporte trois observations de goître exophthalmique dans lesquelles ce médicament a été administré sous forme de sulfate neutre de duboisine à la dose de 1/2 milligramme à 1 milligramme. Une amélioration rapide a été immédiatement constatée, surtout en ce qui concerne la vascularisation de la tumeur et la gêne respiratoire. Cette amélioration, malheureusement, n'est que passagère. Il y a lieu toutefois de rechercher si la prolongation de la médication pourrait donner de meilleurs résultats. (*Bulletin de thérapeutique*, janvier 1881.)

De la desquamation de la langue chez les enfants, par le professeur Parrot.

Cette desquamation, décrite par Bridoux (1872) et signalée déjà par Gubler et Bergeron, n'est pas rare. Elle affecte une forme circinnée, procède par poussées successives et rapides et persiste souvent pendant fort longtemps. M. Parrot rattache cette affection desquammative à la syphilis héréditaire; c'est à l'âge où les autres manifestations de même nature se développent chez les enfants qu'elle apparaît. Elle est singulièrement rebelle à tous les traitements, et surtout au traitement antisyphilitique. (*Progrès médical*, 12 février 1881.)

Empoisonnement par les mousserons. Mort, par M. A. Kessler.

La rareté relative et surtout la symptomatologie mal définie de l'empoisonnement par les mousserons ont engagé l'auteur à publier avec de grands détails deux observations fort intéressantes, qu'il est impossible de rappeler ici même en résumé : tout ce qu'on en peut dire, c'est qu'indépendamment des phénomènes produits par une violente inflammation de l'estomac et de l'intestin et par une néphrite, ce sont les symptômes nerveux qui ont été dominants. Le collapsus dès le début de la maladie, l'épuisement très rapide

ont surtout attiré l'attention. L'atropine a paru exercer une action très favorable et bien que son administration n'ait pas été suivie de succès, « probablement parce qu'elle a été employée trop tard, » elle a produit cependant d'assez bons effet, pour qu'on puisse espérer une terminaison favorable dans des cas semblables en l'employant à temps. (*The Amer. journ. of the med. sc.*, octobre 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur les atrophies viscérales consécutives aux inflammations chroniques des séreuses, par le docteur André Poulin. — Paris, 1881. G. Masson.

Il y a un peu plus d'un mois, nous annoncions à nos lecteurs la fin tragique d'un de nos jeunes confrères, le docteur André Poulin, frappé par une main criminelle au milieu des siens réunis pour fêter son dernier succès dans un banquet de famille. Quelques jours avant, il avait passé sa thèse avec un succès remarqué. Cette thèse était elle-même la reproduction du mémoire présenté pour le concours de la médaille d'or, où il avait obtenu une des mentions honorables. A ceux qui n'avaient pas connu A. Poulin nous disions toutes les espérances qu'avaient fait naître ses habitudes studieuses, son goût pour les études cliniques, son amour pour la science à laquelle il s'était consacré. L'analyse de son dernier travail montrera, nous l'espérons, combien était justifiée la bonne opinion qu'avaient de lui ses maîtres, témoins de ses efforts et confidents de ses légitimes ambitions.

L'influence exercée par les organes enflammés sur la structure des séreuses qui les enveloppent est un fait depuis longtemps connu. Le poumon et le foie, en particulier, en offrent de fréquents exemples.

D'autre part, les lésions des organes consécutives à l'inflammation de leurs séreuses ont peut-être été moins étudiées, bien que l'attention des pathologistes, de Laennec et de Cruveilhier, par exemple, ait été également appelée de ce côté.

Cruveilhier avait bien décrit l'atrophie qui atteint habituellement les organes dont la séreuse a été chroniquement enflammée. C'est ce qu'on observe souvent dans le poumon et dans le foie. La péricardite peut également déterminer l'atrophie du cœur; mais, en pareil cas, on observe plus souvent la dilatation simple ou l'hypertrophie du muscle cardiaque.

La périhépatite scléreuse est moins connue en France. C'est surtout en Angleterre qu'on l'a étudiée. Une thèse de Steibel (Paris, 1875) résume les principaux travaux publiés à ce sujet.

En reprenant la question au point de vue anatomo-pathologique et clinique, M A. Poulin a dû circonscrire son sujet, et s'est limité à l'étude des lésions qui intéressent le poumon et le foie. Celles qu'on observe du côté du cœur ont été plus sommairement traitées.

On sait que, d'après Bichat, les séreuses n'avaient pas de tissu propre. Robin et Cadiat ont montré qu'elles sont composées d'une membrane fondamentale constituée par un entrecroisement de fibres lamineuses dont les interstices sont comblés par une matière amorphe, hyaline, sur laquelle repose immédiatement l'épithélium. A la face profonde des séreuses, on voit souvent, d'après les mêmes auteurs, s'ajouter des fibres élastiques formant en certains points une couche épaisse.

Au niveau du feuillet viscéral, cette trame fibro-élastique s'amincirait considérablement ou ferait même complètement défaut, d'où une connexion plus intime de la séreuse avec les organes eux-mêmes. On sait, en outre, que dans la trame même de la séreuse existent des capillaires lymphatiques anastomosés en réseaux et s'ouvrant par des stomates dans les cavités séreuses.

Ces dispositions anatomiques sont importantes à connaître pour bien faire comprendre avec quelle facilité l'inflammation des séreuses peut se transmettre à la trame conjonctive des viscères.

Cette inflammation peut être sèche ou humide. Dans le premier cas, les fausses membranes sont vasculaires, tirant leur origine de la séreuse enflammée et vivant avec elle; dans le second, il n'y a qu'un phénomène de coagulation, de dépôt. Nous croyons que, dans la plupart des cas, ces deux processus coïncident. Il n'en est pas moins vrai que les produits déposés, stratifiés, ne s'organisent pas et ne contiennent jamais de vaisseaux dans leur épaisseur. La limite de la séreuse est toujours nette. L'exsudat n'est qu'appliqué à sa surface (Cornil et Ranvier). Dans les néo-membranes vraies, il y a union intime des deux feuillets de la séreuse par des bourgeons embryonnaires prolongés. Des vaisseaux se développent et peuvent même être le point de départ d'hémorrhagies abondantes.

Quant à ces coques fibreuses, d'aspect cartilagineux et même calcaire, qu'on trouve fréquemment à la surface de certains viscères, et particulièrement de la rate, elles sont constituées par des lames de tissu conjonctif parallèles et des cellules plates sans aucune trace de vaisseaux. On a comparé leur tissu à celui de la cornée. Rindfleisch les désigne sous le nom de fibromes cornéens.

Les viscères sous-jacents ne peuvent rester indifférents à ces altérations des séreuses. Les lésions consécutives sont parenchymateuses ou interstitielles. La dégénérescence graisseuse est bien connue; on l'a notée principalement dans le myocarde, à la suite des péricardites. On connaît moins les inflammations interstitielles, qui peuvent cependant déterminer de véritables scléroses d'origine périphérique en suivant, dans l'intérieur des viscères, les travées de tissu conjonctif.

Telles sont les lésions fondamentales envisagées d'une façon générale. Voyons maintenant ce que présentent de particulier les atrophies du poumon et du foie consécutives aux pleurésies et aux péritonites aiguës ou chroniques.

Rien de plus commun que l'atrophie du poumon à la suite des pleurésies chroniques. Si la pleurésie est sèche, les deux feuillets pleuraux peuvent être en symphyse complète sans que le poumon soit notablement atrophié. Cette atrophie peut cependant se produire à la longue, quand le tissu fibreux péri-pulmonaire est épais, résistant et doué, partant, d'une puissance rétractile considérable.

Tout autre est le processus dans une pleurésie avec épanchement abondant: le poumon est brusquement refoulé; les alvéoles sont simplement comprimées et prêtes à se dilater de nouveau; mais si la maladie se prolonge, le poumon reste aplati dans la gouttière costo-vertébrale; la plèvre pulmonaire s'épaissit, et l'atrophie pulmonaire passagère du début devient permanente. Le poumon est alors recouvert d'une coque épaisse, dans laquelle l'examen ne fait découvrir aucun vaisseau. Une cavité énorme sépare de la paroi thoracique le moignon pulmonaire ainsi atrophié. Cette cavité est le plus souvent comblée par du liquide séreux ou purulent, quelquefois mêlé d'air (hydro-pneumothorax). Chez les jeunes sujets, les feuillets pleuraux peuvent quelquefois venir au contact à la suite d'un retrait considérable de la paroi thoracique, d'où résultent des difformités plus ou moins considérables. Celles-ci sont dues surtout à la rétraction du tissu fibreux intrapleural, et peut-être un peu à la pression atmosphérique (Laennec).

Si l'on examine plus particulièrement le moignon pulmonaire, on y observe ces pneumonies secondaires dites pleurogènes (Charcot), dues au développement d'inflammations interstitielles ayant pour origine la plèvre viscérale, d'où partent comme des aiguilles fibrineuses coniques, qui vont s'enfoncer dans le tissu pulmonaire et déterminer une sorte de

pneumonie fibroïde cloisonnée. Cette transformation du tissu pulmonaire est assez rapide, d'où l'indication de ne pas laisser trop longtemps le poumon comprimé par un épanchement.

On pourra facilement observer ces pneumonies pleurogènes chez les tuberculeux. Je crois même qu'elles peuvent être considérées, dans certains cas, comme un mode de guérison de la tuberculose, une sorte de cicatrice.

Des processus analogues se font du côté du foie dans la péritonite périhépatique, qu'elle soit primitive ou coexistante à une péritonite plus étendue. Les gommes, les périhépatites syphilitiques sont les causes les plus habituelles de ces péritonites localisées. L'atrophie plus ou moins étendue du foie, qui peut en être la conséquence, est souvent favorisée par la rétraction de tumeurs gommeuses qui occupent l'intérieur de l'organe.

Des périhépatites généralisées peuvent se rencontrer dans des cas de péritonite chronique. Le foie est alors recouvert d'une sorte de coque fibreuse souvent très épaisse. Ces coques fibreuses sont peu ou point vascularisées; elles envoient des prolongements qui suivent les divisions de la capsule de Glisson, et déterminent une sorte de cirrhose particulière. M. Poulin croit qu'il faut, en pareils cas, faire jouer un rôle important à la gêne circulatoire qui résulte de la production d'un tissu fibreux rétractile au niveau du hile du foie.

On voit donc, en résumé, que l'épaississement de la séreuse périhépatique et de la capsule de Glisson a pour effet habituel une diminution de volume de l'organe. Du côté de la rate, également, on observe souvent des atrophies coïncidant avec la cirrhose hépatique.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne l'état du cœur dans la péricardite. Sous le péricarde épaissi, le cœur est gêné dans son jeu. Obligé de lutter incessamment contre cet obstacle, il s'hypertrophie ordinairement; mais il faut remarquer que, dans les cas de symphyse péricardique, on trouve presque toujours des lésions d'orifices qui doivent jouer un grand rôle dans cette hypertrophie. M. Poulin rapporte quelques observations qui semblent prouver que le cœur peut s'atrophier dans la péricardite chronique, lorsque les lésions d'orifice font défaut. Ces atrophies ont été plusieurs fois notées par Cruveilhier, Stokes, Friedreich, Raynaud.

Le chapitre de la séméiologie est loin de présenter le même intérêt que celui des lésions anatomiques. S'il est assez facile, le plus souvent, de se rendre compte de l'état d'atrophie d'un organe, ce n'est guère que par induction, par la considération de l'évolution morbide qu'on peut présumer la nature du processus qui a déterminé cette atrophie. On reconnaîtra bien, après une thoracocentèse, si le poumon se dilate ou s'il reste immobile dans sa coque membraneuse. La persistance de cet état fera naturellement soupçonner une sclérose, surtout si le souffle persiste au niveau du moignon pulmonaire, avec matité et résistance au doigt. Mais il est difficile de donner au diagnostic une précision rigoureuse. La difficulté est encore bien autre pour l'atrophie scléreuse du foie, qui donne exactement les mêmes signes que la cirrhose. M. Poulin a dû se contenter de démontrer par l'analyse des principaux symptômes les difficultés de ce diagnostic. Son travail se termine par plusieurs observations, presque toutes inédites, de pleurésies avec atrophie et sclérose pulmonaire, et de périhépatites, dans lesquelles l'auteur a puisé les éléments de son intéressant mémoire.

B.

Index bibliographique.

La Bourboule actuelle, par le docteur Ad. Nicolas. In-8 de 216 pages. — Paris, 1881. G. Masson.

Ouvrage sérieusement fait et qui sort du point de vue local. Il est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur recherche la part d'influence qui revient à l'hygiène dans les cures thermales. La seconde est consacrée à l'étude géologique du sol et à l'hydrologie proprement dite. L'auteur ne trouve pas dans la nature du sol la raison de la minéralisation spéciale de ces eaux. On sait qu'elles contiennent une quantité exceptionnelle d'arsenic : 28 milligrammes par litre (Bouis et Lefort) d'arséniate de soude, représentant 7 milligrammes d'arsenic métallique. Or, les sources arsénicales les plus riches en arsenic, en dehors de cette station, sont : Cransac, 9 milligrammes de sulfure d'arsenic, et Hammam-Maskoutine, 20 milligrammes d'arséniate de soude. M. Nicolas croit à l'origine hypogée de l'eau de La Bourboule. La troisième partie du livre est consacrée à l'étude des propriétés physiologiques et thérapeutiques.

VARIÉTÉS

UN DERNIER MOT SUR LA RÉORGANISATION DES SERVICES D'ACCOUCHEMENTS (1).

Nous avions mieux auguré de notre polémique avec le *Progrès médical :* un projet de réorganisation a paru qui nous semble fort contestable en un point; nous avons combattu certaines tendances et demandé quelques explications, mais on a jugé inutile de discuter nos arguments. Nous avons alors suivi nos adversaires; mais le terrain est bien mobile, il change d'un article à l'autre, et, lorsque nous attendons une réponse, on nous fait une question nouvelle. Notre contradicteur, M. Blondeau, comme les phalènes légers, effleure tous les sujets sans jamais fixer sa phrase capricieuse. C'est charmant comme littérature, mais la question n'avance pas.

Nous avons demandé à M. Blondeau ce qu'il pensait des spécialisations hâtives : à notre époque, disions-nous, les sciences médicales ont fait de tels progrès que la spécialisation devient nécessaire; mais, comme tout se tient dans l'organisme et que l'affection particulière n'est souvent que la manifestation d'une maladie générale, ne serait-il pas bon de parcourir le champ tout entier de notre art avant d'en clôturer une partie pour le travailler plus profondément? Faut-il commencer par la spécialisation ou finir par elle? Voulez-vous des spécialistes comme Bazin et Besnier, Parrot et Bergeron, Charcot et Lasègue, Ricord et Fournier, Bernutz et Siredey, Guyon et Panas, Tarnier et Depaul, ou les voulez-vous comme?... Mais veuillez vous-même, pour établir le parallèle, nous citer les spécialistes selon votre cœur. M. Blondeau n'a pas répondu.

Nous avons demandé à M. Blondeau si les premières tentatives de spécialisation hâtive étaient faites pour nous donner confiance. Votre avis, je vous prie, sur le concours pour l'internat de Sainte-Anne? Le dernier concours des aliénistes vous aurait-il satisfait, ou demandez-vous sa suppression pour grève de candidats? Voilà vos essais cependant! Vous avez le cœur haut, et les échecs ne vous découragent guère. Ne craignez-vous pas un sort semblable pour votre épreuve nouvelle, « eu égard, comme dit M. Siredey, au nombre actuellement restreint des candidats qui semblent capables de sortir avec honneur de la lutte du concours... » ? M. Blondeau n'a pas répondu.

Nous avons demandé à M. Blondeau, fort bien placé pour nous répondre, car il n'a qu'à consulter son directeur, M. Bourneville, si, d'après le projet municipal, les services

(1) La place nous a manqué dans le dernier numéro pour insérer cet article.

dits d'accouchements ne seraient pas des services de gynécologie. Que signifient ces mots : les femmes enceintes malades pendant leur grossesse; les suites de couches immédiates ou éloignées? Vous nous accusez de faire « de propos délibéré » une entorse au programme du Conseil. Veuillez nous dire quelles études particulières d'obstétrique vous ont conduit à cette définition : l'art des accouchements consiste à soigner les nourrices, les femmes enceintes malades pendant leur grossesse, et les suites de couches immédiates ou éloignées. M. Blondeau n'a pas répondu.

Nous avons demandé à M. Blondeau quelles preuves suffisantes de connaissances chirurgicales nous fourniraient les chefs des futurs services d'accouchements; car il est des cas, nous dit Velpeau, où « un chirurgien instruit devient indispensable ». M. Blondeau est d'un autre avis. Nous lui répliquons par les grossesses extra-utérines, l'opération césarienne, certaines laparotomies, l'opération de Porro. L'accoucheur appellera-t-il alors le chirurgien « instruit »? Mais s'il doit appeler, dans les cas difficiles, le chirurgien « indispensable », ne serait-il pas plus sage de l'établir tout d'abord à la tête du service? L'Assistance du moins éviterait les frais de déplacement. M. Blondeau n'a pas répondu.

Nous avons demandé à M. Blondeau si, conséquent avec ses principes, il réclamerait un concours spécial pour les services spéciaux de Saint-Louis, de Lourcine, de Necker et des Enfants. Devra-t-on, pour entrer dans ces hôpitaux, subir un nouveau concours? Exhorterez-vous le savant M. Magitot, qui a vraiment fait école et formé de remarquables élèves, à revendiquer pour eux aussi un concours avec « des épreuves générales et spéciales et auquel pourront prendre part les chirurgiens du Bureau central »? Je vous indiquais vos précurseurs dans cette voie et la campagne menée, avec tous vos arguments, en faveur de l'ophthalmologie et des maladies des voies urinaires. M. Blondeau n'a pas répondu.

Nous avons demandé à M. Blondeau si les chirurgiens placés à la tête des services d'accouchements s'étaient mal acquittés de leur tâche; nous lui citions MM. Championnière, Polaillon, de Saint-Germain, Guéniot, Trélat, Guyon, Tarnier et Depaul, qui possèdent toute notre confiance; nous les appellerions volontiers dans notre famille et pour nos parentes les plus proches. Veuillez nous dire pourquoi ils ne sont point accoucheurs d'après vous, et pourquoi vous n'accordez ce titre qu'à deux d'entre eux, MM. Guéniot et Tarnier? M. Blondeau n'a pas répondu.

Mais, demandions-nous encore à M. Blondeau, toute la question n'est-elle pas là? Vous nous posez quelque part un dilemme auquel nous aurions peut-être à répondre si vos accoucheurs spéciaux étaient déjà chefs de services et si nous voulions les déposséder. Il nous faudrait alors faire la preuve de leur incapacité. Mais les rôles sont intervertis. Nous possédons, vous voulez nous chasser : démontrez notre indignité. Or, voici notre dilemme à nous : ou les chirurgiens chargés des services spéciaux se sont montrés mauvais accoucheurs, et vous devez réclamer leur expulsion immédiate, ce que vous n'avez pas encore fait; ou ces chirurgiens ont été à la fois praticiens habiles et maîtres érudits, et vous vous montrez alors esprit chagrin et malavisé en proposant des innovations pleines de tous les périls de l'inconnu, et qui même vous ont déçu une première fois par le mémorable concours des aliénistes. M. Blondeau n'a pas répondu.

Le *Progrès médical* du 19 février continue à citer Velpeau comme favorable à sa thèse, bien que huit jours auparavant nous ayons établi le contraire. Ce dernier trait nous décourage. Le parti pris de ne pas répondre ou de répondre à côté nous oblige à clore la discussion; la patience de nos lecteurs finirait par être lassée, car nous avons trois fois posé les mêmes questions, et nous étions menacés de les poser une quatrième avec un succès aussi négatif.

Ce n'est cependant pas sans quelque regret personnel que j'abandonne cette polémique; il y a plaisir à se trouver en face d'un contradicteur tel que M. Blondeau; ses articles ont toujours quelque chose d'inattendu, et on se demande où et quand il a pu tant apprendre. Il est railleur sans doute, mais il n'est jamais discourtois... M. Blondeau est l'adversaire qu'il faut toujours se souhaiter.

Paul Reclus.

Les récentes nominations dans la Légion d'honneur. — La *Revue scientifique* (numéro du 19 février) signale l'impression fâcheuse qu'a produite l'apparition très imprévue de la liste des décorations accordées aux médecins par le ministère de l'intérieur. Le directeur de l'Assistance publique et le préfet de la Seine avaient présenté au choix du ministre plusieurs de nos confrères, membres de l'Académie de médecine, professeurs de la Faculté ou médecins des hôpitaux. Les services publics dont ils avaient été chargés, les distinctions scientifiques qu'ils avaient obtenues au concours, les ouvrages qu'ils avaient publiés les rendaient depuis longtemps dignes de la récompense que l'administration réclamait pour eux. On leur a préféré des « praticiens honnêtes, qui n'ont conquis aucun grade au concours, rendu aucun service à l'enseignement et à l'Assistance publique, et qui n'ont oncques publié d'autre travail que la thèse de doctorat nécessaire à la pratique de la médecine ». Nous nous associons au chagrin que doivent éprouver le directeur de l'Assistance publique et le préfet de la Seine. Pourquoi leur demander des propositions si l'intrigue et la faveur doivent continuer longtemps encore à prendre la place du vrai mérite?

Faculté de de médecine de Paris. — Cours libres à l'École pratique (arrêté du 9 février 1881).

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, le règlement de l'enseignement libre de l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris a été modifié comme il suit :

Art. 1er. — Des docteurs en médecine peuvent être autorisés à faire, dans des amphithéâtres dépendant de l'École pratique de la Faculté, des cours libres et gratuits sur les diverses branches du programme de l'enseignement médical. — A cet effet, ils adresseront une demande au doyen de la Faculté, qui la transmettra hiérarchiquement au ministre de l'instruction publique, avec son avis personnel et l'avis de l'assemblée des professeurs. — A l'appui de cette demande, ils donneront le programme sommaire de leur cours. — L'autorisation est accordée pour un semestre. Elle est toujours révocable.

Art. 2. — Les affiches annonçant les cours autorisés sont collectives; elles sont publiées par les soins de la Faculté. — Les affiches individuelles imprimées sont interdites.

Art. 3. — Les amphithéâtres affectés aux cours libres sont répartis entre les docteurs autorisés, chaque semestre, par les soins du doyen, d'après un règlement qui sera établi en assemblée de la Faculté.

Art. 4. — Un local sera mis à la disposition des docteurs qui désireront se livrer à des recherches d'anatomie ou de médecine opératoire sur le cadavre. — Les docteurs pourront, sur leur demande, être admis par le doyen à ces exercices, moyennant le payement du droit fixe de 40 francs par année scolaire, payable en un seul terme, déterminé par l'article 2 du décret du 14 octobre 1879. — Ils seront placés sous la direction du chef des travaux pratiques.

Art. 5. — Il est absolument interdit aux docteurs autorisés de diriger dans les travaux pratiques de dissection ou de médecine opératoire, c'est-à-dire de faire disséquer ou opérer, soit gratuitement, soit moyennant une rétribution financière, les élèves que le règlement, établi en exécution du décret du 20 juin 1878, oblige à prendre part à ces travaux pratiques. — En conséquence, les docteurs autorisés ne pourront donner des leçons de dissection qu'à des élèves munis de douze inscriptions, et des leçons de médecine opératoire qu'à des élèves munis de seize inscriptions. Ils pourront aussi admettre à leurs cours soit des officiers de santé, soit des docteurs français ou étrangers.

Art. 6. — Il sera mis à la disposition de ces docteurs autorisés, pour le travail de leurs élèves, autant de cadavres que les besoins du service le permettront, lorsque les services de la Faculté et les élèves obligés en auront été pourvus.

Art. 7. — Pour les cours faits par des docteurs autorisés dans les amphithéâtres faisant partie des locaux de l'ancien collège Rollin, consacrés à l'enseignement libre, il sera attribué auxdits docteurs des cadavres ou parties de cadavres en rapport avec la nature des leçons; les préparations destinées à ces cours seront transportées de la salle de dissection dans l'amphithéâtre des cours et rapportées dans ladite salle par les soins des garçons de l'Ecole pratique, désignés par le chef des travaux anatomiques.

Art. 8. — L'enseignement libre de l'anatomie et de la médecine opératoire est placé sous la surveillance et le contrôle du chef des travaux anatomiques. — Pour les mesures d'ordre, de discipline, les cours libres sont placés sous l'autorité du doyen de la Faculté.

Art. 9. — Les dispositions des arrêtés ou règlements antérieurs sont et demeurent abrogées.

Art. 10. — Le présent règlement sera appliqué le 15 mars 1881, au début du semestre d'été.

Cet arrêté vise spécialement les travaux cadavériques. Il est la conséquence nécessaire du décret de juin 1878 et de l'arrêté de 1880 qui déterminaient l'organisation générale des exercices pratiques obligatoires, et les confiaient exclusivement au personnel enseignant de la Faculté.

Les mesures fiscales rappelées dans ce règlement sont appliquées depuis plusieurs années. L'article 7 nous prouve que jamais il n'a été question de priver un docteur, autorisé à faire un cours libre à l'École pratique, des cadavres nécessaires à son enseignement. Quant aux autres articles, ils sont extraits pour le fond, sinon pour la forme, des règlements antérieurs.

Faculté de médecine de Paris, prix Lacaze. — Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que, dans sa dernière séance, la Faculté de médecine de Paris vient de décerner le prix Lacaze (10000 francs) à M. le docteur Grancher, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Necker. Cette distinction exceptionnelle — le prix Lacaze (phthisie pulmonaire) n'avait encore été, jusqu'à ce jour, obtenu que par M. Pidoux et M. Villemin — est un juste hommage rendu aux remarquables travaux d'anatomie pathologique et de clinique dus à notre savant et sympathique confrère.

Laboratoire municipal de chimie. — Par arrêté du préfet de police, en date du 11 février 1881, l'admission à l'emploi d'expert-inspecteur du laboratoire municipal de chimie est subordonnée aux épreuves suivantes :

« Nul ne peut être nommé à l'emploi d'expert-inspecteur s'il n'est Français et s'il n'a satisfait à la loi sur le recrutement. Les candidats experts-inspecteurs devront, en outre, être âgés de plus de vingt et un ans et de moins de trente ans. Ils devront passer un examen qui aura lieu à la préfecture de police. Cet examen comprendra une épreuve écrite se composant de : une dictée orthographique, une rédaction sur un sujet d'histoire ou de littérature de connaissance générale, un problème d'arithmétique.

» Les candidats admis après l'épreuve écrite subiront une épreuve orale qui consistera en questions sur la chimie générale, sur les falsifications les plus communes et les principaux moyens de les reconnaître, sur les lois et les règlements relatifs à la salubrité des denrées et marchandises (loi des 16-24 août 1790, tit. xi; arrêté consulaire du 12 messidor an VIII, art. 23, 32 et 33; lois des 27 mars 1851 et 5 mai 1855, art. 319, 320, 423, 471, § 15, et 477 du Code pénal).

» Les candidats justifiant d'un diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences seront dispensés de l'épreuve écrite. »

La trichinose en Belgique. — Le ministre de l'intérieur a déclaré à la Chambre des députés (22 février) que, depuis vingt ans, aucun cas de trichinose n'a été observé en Belgique et que, la cuisson suffisant à détruire les trichines, il n'y avait pas lieu d'interdire l'entrée des viandes de porc américaines. Cette déclaration est d'accord avec les appréciations de M. Davaine (Académie de médecine, séance du 22 février).

Sociétés savantes. — La réunion annuelle des Sociétés savantes aura lieu à la Sorbonne du 20 au 23 avril prochain.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un confrère distingué, M. le docteur Salomon Otterbourg, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 24 février 1881, dans sa soixante-quinzième année.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Saunier (Célestin) est nommé préparateur d'hygiène (emploi nouveau).

— Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira le mardi 26 avril 1881, à huit heures du matin.

Mortalité a Paris (8e semaine, du vendredi 18 au jeudi 24 février 1881). — Population probable : 1988806 habitants. — Nombre total des décès : 1177, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 56. — Variole, 33. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 56. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 60. — Phthisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 47. — Pneumonie, 89. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 40; au sein et mixte, 29; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; de l'appareil circulatoire, 66; de l'appareil respiratoire, 87; de l'appareil digestif, 47; de l'appareil génito-urinaire, 32; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 3; épuisement, 0; causes non définies, 5. — Morts violentes, 22. — Causes non classées, 5.

Bilan de la 8e semaine. — Malgré l'apparence du *statu quo* que présente la mortalité générale, d'importants mouvements et déplacements se sont déclarés dans les causes de mort : en effet, nous avons enregistré 1177 décès, c'est-à-dire à peu près le même chiffre que la 7e semaine (1186); des atténuations subites de quelques épidémies se sont manifestées : les décès par fièvre typhoïde, de 89 et 76 décès dans les semaines précédentes, sont descendus à 56. Cependant la *garnison* compte 7 décès par fièvre typhoïde, dont 4 proviennent encore de la caserne de l'*École militaire* et 2 de celle du *Château-d'Eau.* Il en résulte que les 4 décès typhiques marqués comme appartenant au 27e quartier (quartier de l'*École militaire*) sont exclusivement fournis par la caserne qu'il loge, laquelle ne cesse pas depuis un mois d'être un foyer de fièvre typhoïde. La variole s'est aussi un peu atténuée : au lieu de 41 décès, elle n'en compte plus cette semaine que 33; mais il faut encore signaler pour cette affection le quartier des *Quinze-Vingts*, qui, à lui seul, a fourni 5 décès varioleux. Avec ces dégrèvements de la fièvre typhoïde et de la variole, il y a eu des aggravations à peu près de même importance, d'abord pour la rougeole, qui continue son mouvement ascensionnel : elle avait fourni 9 et 27 décès dans les deux semaines précédentes; elle en a produit 29 en celle-ci; puis et surtout la diphthérie, qui, au lieu de 33 décès en compte 56. Pourtant une partie de cet excédent (7 décès diphthériques) sont dus à des enfants domiciliés hors Paris qui sont entrés à l'hôpital des *Enfants malades;* j'en relève 3, peut-être 4, qui sont venus d'Arcueil. Les renseignements sur la *morbidité* sont également à peu près stationnaires.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Étude anthropologique sur les Botocudos, par M. le docteur Marius Rey. In-8 de 95 pages, avec figures dans le texte et une belle planche lithographique hors texte. Paris, O. Doin. 3 fr.

De la laryngite syphilitique secondaire, avec une planche coloriée, par M. e docteur Gouguenheim. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

De la voussure sous-claviculaire dans les épanchements pleuraux de l'enfant, par M. le docteur Louis Rivet. Médaille de bronze à l'Académie publique (externat 1875, internat 1880). Paris, G. Masson. 1 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie Émile Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 10 mars 1881.

Séance de l'Académie : Les virus-vaccins. — Chambre des députés : La revaccination obligatoire.

Nous ne croyons pas devoir nous arrêter à la discussion qui s'est engagée, une fois de plus, à l'Académie de médecine, sur le charbon des poules, les bactéridies du sol et les virus-vaccins. MM. Pasteur et Toussaint ont répondu aux objections réitérées de M. Colin (d'Alfort) contre leurs expériences, en empruntant l'un et l'autre la dialectique habile et l'*os rotundum* de M. H. Bouley. On sait que M. Toussaint est à Toulouse, et l'Académie a appris avec peine que M. Pasteur était retenu chez lui « pour raison de santé »; mais sa *raison* pourrait bien être moins de soigner sa santé que d'éviter de la compromettre dans un débat devenu inutile en présence d'une compagnie sympathique et d'un ou deux collègues sur lesquels il n'a et n'aura jamais rien à gagner. Si telle est, au fond, la pensée de M. Pasteur, nous la partageons pleinement. Voyez ce qui s'est encore passé mardi. Au ton ironique, irrité, souvent agressif de M. Colin, non seulement contre M. Bouley, qui venait de le contredire en termes assez vifs, mais surtout contre « l'expérimentateur de Toulouse », contre celui de l'École normale, contre ses collaborateurs ou élèves et contre tous ceux qui acceptent et encouragent ses doctrines; à tout cet air d'hostilité déclarée, on dirait préméditée, contre choses et hommes, et aussi aux façons sommaires et superficielles d'une argumentation amusante, n'est-il pas manifeste que M. Colin restera sourd à tout raisonnement et à toute expérience? L'honorable académicien a, dans ces questions, un malheur et un tort. Son malheur, à lui expérimentateur de profession, est de ne jamais obtenir des résultats qui ne manquent jamais entre les mains les plus expertes dont dispose aujourd'hui la science expérimentale; et son tort, nous venons d'y faire allusion, est de prendre souvent dans l'ensemble des éléments d'un fait ceux seulement qui peuvent être tournés à son profit. Ainsi, des animaux inoculés par un virus atténué restent insensibles à l'action du virus actif; c'est, assure M. Colin, qu'ils étaient naturellement réfractaires. Pour lui remettre en mémoire que, à côté de ces animaux, se trouvaient d'autres animaux de la même espèce, des animaux témoins, que le même virus actif, sans l'inoculation préalable du virus atténué, tuait impitoyablement, il a fallu que M. Bouley le lui criât de son banc. Mais la réponse n'était pas plus difficile pour cette seconde catégorie de faits que pour la première : les prétendus témoins possédaient justement la réceptivité morbide dont manquaient les premiers.

FEUILLETON

Une question de priorité entre un moderne, Fernel, et Galien.

Dernièrement, mon cher maître M. Verneuil avait dans ses salles un malade atteint d'épistaxis rebelles. L'insuccès des diverses médications employées en pareil cas l'ayant amené à faire un examen minutieux des organes du patient, il trouva une cirrhose du foie. La relation entre cette affection et l'épistaxis est une notion vulgaire à présent; elle eut ici pour résultat d'engager M. Verneuil à faire une révulsion énergique sur l'organe malade. Un vésicatoire fut donc appliqué sur l'hypochondre droit, et l'hémorrhagie nasale fut définitivement arrêtée.

Notre but n'est pas d'insister sur les points remarquables de ce fait intéressant, qui est publié plus loin, mais sur les conséquences bibliographiques dont il fut le point de départ. Quelques recherches sur la question firent trouver à M. Verneuil le passage suivant :

« Dans l'épistaxis, on pourrait recourir aux ventouses sèches sur le dos, l'abdomen ou les extrémités inférieures. Fernel conseillait de les appliquer sur la région du foie, Rivière sur les deux hypochondres... » (Le Chevallier, *Des épistaxis*, thèse de doctorat, Paris, 1877, p. 49.)

Être devancé par Fernel, dans une question de thérapeutique générale, n'a assurément rien d'humiliant pour celui qui vient le second, mais encore faut-il être sûr d'avoir été devancé.

A la prière de M. Verneuil, à qui d'autres occupations plus sérieuses et certainement moins récréatives interdisent maintenant les *promenades dans les ruisseaux de l'érudition*, je me mis donc à chercher dans Fernel le passage visé par M. Le Chevallier.

J'ai déjà, dans un précédent travail, donné quelques règles à suivre pour retrouver une source perdue; le récit de mes

Eh! bien, en conscience, de pareils arguments ne peuvent être que suspects aux esprits dégagés de prévention; car voilà un hasard bien partial, certainement ami personnel de MM. Pasteur et Toussaint, autant qu'ennemi de M. Colin! Les premiers demandent au hasard, non pas une fois, mais dix fois, deux groupes d'animaux, dont l'un prenne toujours le charbon dans des circonstances données, et l'autre ne le prenne jamais. Et il les lui donne à tout coup! M. Colin prie tout bas le hasard de faire que le charbon se trompe de groupe, et il n'est pas exaucé une seule fois, si ce n'est dans ses propres expériences, où il est le maître absolu.

Nous n'avons pas sur tout cela de parti pris : nous sommes seulement très convaincus que M. Davaine, M. Pasteur et leurs émules sont sur la voie d'un progrès considérable, peut-être unique dans l'histoire des sciences biologiques, et qu'ils y ont déjà fait des pas décisifs. C'en est assez pour nous inspirer le regret de voir de si hautes questions tantôt se heurter à des fins de non recevoir théoriques, et tantôt descendre au niveau de luttes personnelles. Qu'on respecte chez tous la liberté de la parole, nous serons toujours des premiers à le demander; mais ceux qui, intéressés dans ces discussions, ont eu le temps d'apprendre combien elles sont stériles, ne pourraient-ils se prêter un peu moins à ce qu'elles s'éternisent? Ils en trouveraient aisément le moyen.

— La question de la vaccination et de la revaccination obligatoires est venue lundi dernier à la Chambre des députés. Bien qu'un membre ait proposé de réserver la question générale pour la deuxième lecture, cette discussion s'est engagée, et même tous les articles du projet amendé de M. Liouville ont été votés. Seulement, il est évident que ce n'est là qu'une rencontre d'avant-garde, et que la bataille décisive est remise. M. Larrey avait demandé à la Chambre que la question fût renvoyée à l'Académie de médecine : cette décision pouvait être prise, en effet, sinon précisément par la Chambre, du moins par le gouvernement; mais celui-ci, éclairé par les nombreux avis déjà émis par l'Académie sur cette question et par une nouvelle déclaration du comité consultatif d'hygiène, ne paraît pas disposé à chercher d'autres lumières que dans la Chambre, et mardi, l'Académie elle-même, provoquée par M. Larrey à intervenir, s'y est refusée, à moins d'être officiellement saisie.

Dans ces conditions, nous attendrons la seconde lecture pour revenir sur une question que nous avons déjà traitée assez longuement lors de la présentation du projet.

Société de chirurgie : De la sonde œsophagienne à demeure.

Au sujet de remarquables observations communiquées par M. Krishaber, un important débat vient d'être soulevé devant la Société de chirurgie. M. Krishaber a pu laisser, une première fois trois cent cinq jours, une seconde fois quarante-six jours, une sonde à demeure dans l'œsophage sans déterminer, chez ses malades, d'accidents ou de gêne appréciable : la tolérance a été complète et l'alimentation s'est faite avec une extrême facilité.

Forts de cette constatation, l'auteur et le rapporteur du mémoire, M. Lannelongue, se sont demandé quelles applications pratiques on pourrait en tirer; ils ont étudié l'emploi de la sonde à demeure dans les cas de cancers de l'œsophage, dans les rétrécissements cicatriciels et l'œsophagisme : M. Verneuil a cherché le bénéfice qu'on en recueillerait dans certaines opérations de la cavité buccale, l'extirpation de la langue, par exemple; les résultats déjà obtenus nous semblent trop nets pour ne pas appeler vivement sur eux l'attention des chirurgiens.

I

Voici un résumé rapide des observations de M. Krishaber : Une femme de 50 ans est atteinte d'un cancer du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage; le bol alimentaire est arrêté au niveau de ce rétrécissement organique; deux cathétérismes sont pratiqués; mais, comme on est menacé de ne pouvoir bientôt plus franchir l'obstacle, le médecin introduit la sonde par la narine et la laisse à demeure. La malade, plusieurs fois par jour, adaptait au pavillon la canule d'un irrigateur, et s'injectait ainsi du lait, des jaunes d'œufs, des viandes hachées, voire des médicaments; au bout de trois cent cinq jours elle finissait par succomber aux progrès de la tumeur; mais, pendant tout ce laps de temps, l'alimentation s'était continuée.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un goîtreux, homme de cinquante-cinq ans, dont le corps thyroïde comprimait l'œsophage. La déglutition s'entravait de plus en plus et le cathétérisme était fort difficile; aussi M. Krishaber se décide, une fois la sonde introduite par la narine, à la laisser à demeure. L'alimentation, comme dans le cas précédent, ne présenta plus de difficulté; la canule de l'irrigateur y pourvoyait sans peine. Du reste, pas d'accidents, pas de douleurs provoquées

---

nouvelles pérégrinations viendra à l'appui de ce que j'ai dit alors à ce sujet.

Ici, la chose était facile. Les œuvres médicales de Fernel ayant été réunies sous le nom de *Universa medicina*, je n'avais qu'à prendre l'une des nombreuses éditions de cet ouvrage et à chercher à l'*Index*. On sait, en effet, que les tables des *Œuvres complètes* publiées au seizième et au dix-septième siècles sont extrêmement détaillées et que l'épithète de *locupletissima* qui leur a été appliquée n'est pas un vain mot.

Je pris donc la première qui me tomba sous la main, celle de 1637, imprimée à Genève.

Epistaxis et *Hæmorrhagia* n'étant pas représentées à l'*Index in pathologiam*, je cherchai à *Nares*, puis à *Sanguis*, où je ne trouvai rien. L'*Index de abditis rerum causis* ne me renseigna pas davantage. Dans l'*Index in methodum medendi*, je vis trois indications qui m'intéressèrent, l'une intitulée : *Cucurbitula*, p. 723; la seconde, *Sanguinem profluentem cohibentia*, p. 807, et la troisième, *Sanguinis e naribus, utero, vel hæmorrhoïde plenior eruptio secta vena sistitur*, p. 694.

La page 723 fait partie du chapitre XIX, livre II, *De particulari sanguinis vacuatione*. Ce chapitre est relatif aux sangsues et aux ventouses, scarifiées ou non, mais au *modus faciendi* seul, et non aux indications de la méthode. Il y a pourtant à la page 697 un paragraphe consacré encore aux ventouses considérées comme moyen de révulsion, mais non contre l'épistaxis.

Les moyens d'arrêter les écoulements de sang (p. 807) sont purement médicamenteux; il n'y est pas question de révulsion.

A la page 694, nous tombons dans toutes les arguties du fameux dogme κατίξιν, si discuté, disputé et commenté à l'époque de Fernel. Or, le grand moyen révulsif de Fernel était la saignée, et dans ce chapitre VI du livre II il le prescrit contre l'hémoptysie, l'épistaxis, la métrorrhagie et le flux

par la sonde; les fosses nasales, le pharynx et l'œsophage la toléraient au mieux. Malheureusement, le goître progressait; des symptômes septiques se déclarèrent; un violent frisson survint et, au quarante-sixième jour, le malade succombait.

M. Lannelongue, après avoir analysé ses observations, se demande qui, le premier, a laissé une sonde à demeure dans l'œsophage; il a trouvé des précurseurs à M. Krisbaber; si les aliénistes, depuis Esquirol, pratiquaient le cathétérisme et ne pouvaient, chez des fous qui l'auraient arrachée, maintenir une sonde dans l'estomac, Gerdy, dans un cas de rétrécissement cancéreux, en introduisit une qui resta huit jours en place. Follin nous cite un fait analogue dû à M. Leroy (d'Étiolles). D'ailleurs, lorsqu'on traita le rétrécissement cicatriciel par l'œsophagotomie externe, l'expérience prouva bientôt la parfaite tolércnce du conduit musculo-membraneux.

La sonde était alors introduite par la bouche; mais on trouve, dans les auteurs, des faits qui nous montrent le procédé de M. Krishaber, la mise à demeure par la narine, déjà pratiquée depuis longtemps. M. Lannelongue rappelle un cas célèbre de Boyer : dans son Traité des maladies chirurgicales, il parle de la sonde œsophagienne à demeure comme d'un usage fort simple, et ne semble revendiquer pour lui qu'un procédé particulier d'introduction. Il n'en est pas moins vrai que cette méthode était oubliée, et que M. Krishaber, en la rajeunissant, nous rend un signalé service.

L'observation de Boyer mérite d'être résumée dans ses traits principaux : Une femme de quarante-six ans est atteinte d'un cancer en 1797; rapidement survint une grande difficulté pour avaler, surtout les aliments solides; la déglutition fut entièrement supprimée le 9 novembre 1799. « La malade, privée tout à fait d'aliments pendant sept jours, tourmentée par une soif dévorante que ne pouvait apaiser la faible ressource des lavements nourrissants, s'éteignait sensiblement lorsqu'elle fut conduite chez moi, par un jeune médecin aux soins duquel elle s'était confiée. »

Boyer parvint à grand'peine à introduire une sonde d'argent. « Il était impossible de songer à faire pénétrer plusieurs fois le cathéter dans l'œsophage rétréci. Je pensai qu'il fallait porter par la bouche dans l'œsophage une sonde élastique garnie de son stylet, et, après avoir retiré celui-ci, ramener l'extrémité de la sonde dans les fosses nasales. » C'est ce que fit Boyer à l'aide de la sonde de Bellocq. « Pendant cinq jours la sonde causa un peu d'irritation, et ce fut tout. La malade la toléra facilement pendant cinq mois. Mais la cachexie survint et la mort eut lieu le 2 avril 1800. »

II

Le procédé n'est donc pas nouveau : le court historique de M. Lannelongue le prouve jusqu'à l'évidence; mais il prouve aussi que la sonde œsophagienne à demeure a rendu des services, et qu'il était urgent de revenir à son usage, du moins dans un certain nombre de cas qu'il nous faut maintenant spécifier avec soin, de peur qu'une extension trop exagérée ne vienne compromettre le principe et déconsidérer une pratique d'une incontestable utilité.

L'expérience a déjà répondu pour le cancer : les faits si remarquables de M. Krishaber, l'ancienne observation de Boyer sont un décisif témoignage en faveur de l'efficacité de la sonde à demeure. Le passage s'oblitère, on a peine à franchir l'obstacle une première fois; une seconde, on pourrait échouer et l'alimentation deviendrait impossible : aussi faut-il aviser. D'autant que le cathétérisme n'est pas sans danger : on a pu déchirer les tissus ramollis, perforer la paroi et pénétrer dans le médiastin; les observations malheureusement n'en sont pas fort rares. Puis on provoque, parfois, de graves hémorrhagies et, toujours, une douleur d'intensité variable. Avec la sonde à demeure, tous ces inconvénients disparaissent; le bol alimentaire a son chemin frayé vers l'estomac; plus de fausse route possible; plus de lésions directes des vaisseaux et les souffrances sont évitées.

Ne pourrions-nous pas aller plus loin et dire que, grâce à la sonde à demeure, la marche du cancer doit être moins rapide? Les statistiques anglaises semblent démontrer que la propagation des tumeurs malignes du rectum est plus lente après la colotomie lombaire et l'établissement d'un anus artificiel : le bol fécal, dévié de son cours naturel, ne vient plus contondre le néoplasme et provoquer une activité nouvelle dans la prolifération des éléments embryonnaires. De même le bol alimentaire, au lieu d'irriter les masses cancéreuses développées dans l'œsophage, glisse sur les parois de la sonde; les contractions musculaires nécessaires pour la déglutition sont évitées, et la tumeur, au repos, n'est plus sollicitée à s'accroître par ces sortes de traumatismes si fréquemment répétés.

La déviation de l'œsophage et son oblitération par une tumeur développée dans le voisinage nécessitent encore l'emploi de la sonde à demeure; la seconde observation de M. Krisbaber nous montre son heureuse influence dans un cas de compression par un goître. Mais rendra-t-elle des services dans les rétrécissements cicatriciels ou dans les rétré-

---

hémorrhoïdal. Cependant, dans un autre passage, il recommande d'appliquer des ventouses sur la région mammaire contre les pertes sanguines utérines (p. 697). Mais nous verrons plus loin qu'il n'était pas l'inventeur de ce moyen.

Cette notion indiquait assez clairement qu'il ne fallait guère songer à trouver dans Fernel la révulsion par les ventouses contre l'épistaxis; mais, avant d'abandonner la partie, je voulus parcourir ce que Fernel disait dans sa *pathologie* des maladies du foie. Je n'y trouvai aucune indication thérapeutique, mais un passage assez intéressant au point de vue des rapports entre les maladies du foie et les hémorrhagies, et que je ne puis m'empêcher de reproduire.

« Le plus souvent, dit-il, quand la débilité est devenue plus grande (dans les maladies du foie), le sang s'échappe spontanément des veines et sort par les narines, par la matrice, par les hémorrhoïdes, ou par la bouche. Je me suis même aperçu que le sang s'écoulait par les extrémités des veines qui aboutissent à la peau, se répandait en divers endroits, lesquels devenaient livides sans qu'il y eût aucune ardeur (p. 404). » Je crois que cette énumération des hémorrhagies d'origine hépatique ne laisse pas grand'chose à désirer, et qu'on n'y a guère ajouté de notre temps. Je ne parle pas évidemment de leur description et de leur étude pathogénique.

Pour en revenir à la révulsion par les ventouses sur la région du foie dans l'épistaxis, j'étais dès lors convaincu que Fernel n'en avait pas dit un mot dans ses écrits.

Je voulus néanmoins m'assurer que d'autres, avant M. Le Chevallier, avaient rappelé l'opinion qu'il prêtait à Fernel, ce qui aurait pu l'induire en erreur. C'est pourquoi je parcourus les travaux les plus souvent cités par notre confrère, entre autres la thèse de M. Sorre (Paris, 1864), l'article Epistaxis du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par Martineau, et du *Compendium de médecine*. Ce fut peine inutile. Monneret, dans son article sur les hémorrhagies produites par les maladies du foie

cissements spasmodiques, l'œsophagisme? Ce procédé semble avoir été mis en usage, et on le trouve indiqué dans les classiques, entre autres dans le *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne; il est vrai qu'on insiste peu; les observations manquent, et c'est à l'expérience future à juger. C'est du moins un expédient auquel on devra songer dans les cathétérismes difficiles, lorsque, pour un rétrécissement très serré, on aura introduit une première fois la sonde et qu'on craindra de ne pouvoir, une seconde fois, franchir l'obstacle.

III

Dès qu'il eut connu les observations de M. Krishaber, M. Verneuil se demanda si certaines opérations pratiquées dans la cavité buccale n'auraient pas à bénéficier de l'emploi de la sonde à demeure. De longues années auparavant, il avait eu cette idée et même tenté quelques essais à propos d'un enfant bec-de-lièvre chez qui l'alimentation était fort difficile; mais les efforts et les cris du sujet s'opposèrent au maintien de la sonde, et là s'arrêtèrent ses recherches. Lorsque la tolérance de l'œsophage fut démontrée, son idée lui revint, et avec elle l'occasion de la mettre en pratique.

On sait combien l'alimentation peut devenir précaire dans certaines opérations de la bouche; les ablations totales de la langue, par exemple, provoquent une dysphagie considérable; les muscles géniens et mylo-hyoïdiens sont souvent désinsérés; la synergie musculaire est troublée dans la déglutition, et chaque effort coûte au malade de très vives douleurs au niveau du moignon et des tissus divisés. Parfois, la souffrance est telle que le malade refuse toute nourriture et préfère la mort par inanition aux douleurs répétées que provoque l'action d'avaler.

M. Verneuil raconte l'histoire d'un malade dont la langue et une partie du plancher de la bouche étaient envahis par un épithélioma; il fit largement l'opération, qui ne présenta d'ailleurs aucune particularité; mais, vers le cinquième jour, les souffrances prirent une si grande intensité que le malade refusa avec obstination tous les aliments. Il demanda nettement qu'on le laissât tranquille, préférant la mort aux douleurs que provoquait chaque effort de déglutition. Si les choses n'en arrivent pas là, en général, du moins les malades mangent à peine, la nutrition se fait mal, le sujet s'affaiblit, et les tissus se réparent avec la plus grande difficulté; dans plusieurs cas, M. Verneuil a remarqué que les sutures ne réussissent pas et que la réunion immédiate manque le plus souvent.

Un homme de trente-cinq ans, vigoureux, entrait alors dans le service pour un épithéliomia presque inopérable de la langue; le plancher de la bouche était envahi et l'on trouvait des ganglions petits et ligneux dans la région sous-maxillaire; les douleurs étaient fort grandes et le malade, coûte que coûte, réclamait une opération. M. Verneuil ne crut pas pouvoir la refuser; mais, comme il devait extirper la langue tout entière, il voulut, au préalable, habituer le malade à la sonde œsophagienne à demeure.

Il commença par introduire, dans la narine gauche, une sonde ordinaire en caoutchouc rouge; c'était une sonde uréthrale, du calibre 12, trop courte pour arriver dans l'estomac et qui s'arrêtait au tiers supérieur de l'œsophage; il la laissa deux heures en place; elle ne provoqua aucune douleur, à peine un léger chatouillement; le lendemain, séance de quatre heures; dès le quatrième jour, la tolérance était complète et le malade se nourrissait par les injections qu'il pratiquait lui-même.

M. Verneuil intervint alors: il fit l'opération de Roux-Sédillot avec les petites modifications qu'il y a apportées. De chacun des angles de la mâchoire deux incisions sont faites qui viennent converger et se réunissent à la symphyse du menton; les ganglions et les glandes sous-maxillaires sont mis à nus et extirpés entre deux ligatures, pour éviter toute perte de sang. De l'angle formé par la rencontre des deux incisions sous-hyoïdiennes part une autre incision qui fend la lèvre inférieure jusqu'au bord libre: section avec la scie à chaîne de la symphyse maxillaire; écartement des deux moitiés de l'os. On peut alors manœuvrer à l'aise sur le plancher de la bouche: les muscles et la muqueuse sont désinsérés avec le thermo-cautère; puis, en arrière du V lingual, la langue est sectionnée; un jet de sang révèle les deux artères linguales qu'on lie sur-le-champ, et la tumeur est enlevée; les deux branches du maxillaire sont suturées, ainsi que la lèvre et les deux incisions sous-hyoïdiennes; on laisse toutefois, aux deux angles postérieurs de la plaie, un orifice par où passe un drain qu'on lie au niveau des commissures.

Les suites de l'opération ont été des plus simples: le malade a fait tous les jours ses injections de lait, de vin, de bouillon et d'œufs; la nutrition n'a pas souffert; la réunion par première intention a eu lieu dans la plus grande étendue de la plaie; elle a manqué seulement à gauche, vers l'angle de la mâchoire. Le patient est maintenant au dix-huitième jour depuis l'intervention; sa mine est superbe et, en dehors d'une petite hémorrhagie survenue dans la nuit du sixième jour, il

---

(*Arch. gén. de méd.*, 5e série, t. III, p. 640, 1854) n'en parle pas davantage. Nos classiques modernes, les articles Épistaxis, Foie, Hémorrhagie des *Dictionnaires de médecine*, en 15, 21, 30 et 60 volumes, sont également muets sur ces points.

Les auteurs contemporains, il faut bien le dire, connaissent moins l'histoire de la médecine du moyen âge que les auteurs des quarante premières années de ce siècle, que ceux surtout qui ont écrit les articles de ces dictionnaires. Ce qu'on a pris dans ces articles pour rédiger bon nombre de publications savantes depuis trente ans est inimaginable; mais, comme on n'est pas remonté à la source, on a souvent oublié bien des détails importants noyés dans les phrases parfois trop concises de ces articles. Il est encore hors de doute que bien des erreurs ont pris naissance dans les citations qu'on a faites, de seconde main, des passages empruntés aux anciens par les rédacteurs de ces dictionnaires, soit qu'on ait mal recopié, soit qu'on ait reproduit des fautes de typographie que la simple lecture de l'original aurait permis d'éviter.

C'est probablement à une erreur de cette nature qu'il faut rapporter la citation de M. Le Chevallier, mais nous ne savons sur qui rejeter la faute. En fin de compte, nous avons trouvé dans un des articles du *Dictionnaire en 60 volumes* l'indication d'appliquer les ventouses sur le foie pour remédier aux épistaxis, mais cette idée est bien antérieure à Fernel. Disons d'abord comment nous avons été conduit à prendre le chemin de la vérité.

Sachant par expérience combien les articles du *Dictionnaire en 60 volumes* sont riches en détails exacts, puisés dans les auteurs anciens, je parcourus, comme je l'ai déjà dit, les articles *Epistaxis*, *Foie* et *Hémorrhagie*, où il n'était pas fait mention de l'idée attribuée à Fernel. Mais je savais, d'autre part, que le même dictionnaire abonde en détails sur les instruments de chirurgie employés à cette époque. C'est ainsi que je fus amené, pour mon bonheur, à lire son article Ventouse. J'y trouvai le passage suivant:

« Galien recommande l'emploi de la ventouse simple dans

n'y a pas eu le plus léger accident. Au moment de l'effusion sanguine, la sonde est sortie, mais le matin nous la remettions en place avec la plus grande facilité.

IV

M. Krishaber s'est demandé encore si, dans l'ouranoplastie et la staphylorrhaphie, la sonde œsophagienne à demeure ne pourrait rendre quelques services : M. Lannelongue ne le croit pas; il craint que, chez les jeunes opérés, la sonde ne provoque du coryzza, quelque écoulement muco-purulente, un épistaxis, qui s'opposerait à la réunion immédiate. D'ailleurs, à cet âge, les sujets sont indociles; peut-être retireraient-ils la sonde, qui, au demeurant, serait beaucoup plus nuisible qu'utile.

M. Trélat est venu apporter à M. Lannelongue l'appui de sa grande autorité; à cette heure, il a déjà fait plus de vingt-cinq ouranoplasties; or, dit-il, les opérés ne peuvent souffrir de la faim; le succès s'affirme ou se dément trop vite; la réunion immédiate est trop rapide; la guérison, lorsqu'elle doit survenir, trop tôt obtenue pour qu'il soit besoin de nourrir le malade d'une manière artificielle. On réussit ou on échoue dès les premiers jours. Il est donc inutile d'établir une sonde à demeure qui pourrait, tout au plus, entraver la cicatrisation et désunir les lèvres de la plaie.

En résumé, des observations qui précèdent, il résulte que la sonde œsophagienne à demeure doit entrer dans la pratique chirurgicale. L'ancienne observation de Boyer, le fait plus récent de M. Krishaber démontrent qu'elle est utile dans les rétrécissements cancéreux. On évite les dangers du cathétérisme dans les tissus ramollis, la déchirure de la paroi et la pénétration dans le médiastin; l'alimentation n'est plus à la merci d'une oblitération par végétation des masses cancéreuses; elle se fait plus régulièrement et plus abondamment; aussi la cachexie est-elle moins rapide; le malade ne déglutit pas, avec les substances alibiles, les matières putrides qui s'accumulent dans la bouche; enfin, la marche de la tumeur est peut-être moins rapide, grâce à l'absence d'irritation par le bol alimentaire.

La sonde à demeure est encore d'une incontestable utilité pour certaines opérations pratiquées dans la cavité buccale. Si on doit rejeter son emploi dans l'ouranoplastie et la staphylorrhaphie, il faut y avoir recours dans les cas d'extirpation totale de la langue : la sonde est, en effet, tolérée parfaitement; grâce à elle, l'alimentation est assurée et le bol alimentaire pénètre dans l'estomac sans provoquer les douleurs qu'entraînait avec elle la déglutition : les tissus, mieux nourris, se prêtent aussi beaucoup mieux à la réunion immédiate.

Ce sont là de réelles enquêtes; et si MM. Verneuil et Krishaber n'ont pas été les premiers à se servir de la sonde œsophagienne à demeure, ils ont du moins eu le mérite de nous en démontrer, à nouveau, l'utilité, d'en régler l'emploi et de déterminer nettement ses indications.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Epistaxis a forme intermittente, probablement symptomatique d'une cirrhose du foie. Insuccès du sulfate de quinine, de l'ergotine et de la digitale. Guérison prompte par application d'un vésicatoire sur la région hépatique, communication faite à l'Association française pour l'avancement des sciences (congrès de Reims), par M. le docteur Garnier, ancien interne des hôpitaux.

Obs. — Wurtz (Jacques), âgé de cinquante-neuf ans, ouvrier cloutier, grand et robuste, boit, mange, digère bien, et affirme jouir ordinairement d'une bonne santé. Il entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 37, le 30 juin, à l'heure de la visite du matin, pour un saignement de nez ayant débuté l'avant-veille, et qui se renouvelle pour la troisième fois. Jadis, paraît-il, et à diverses reprises, le même accident s'est montré, mais si passager et si peu grave que le patient en a conservé à peine le souvenir et ne peut fournir de renseignements précis à ce sujet.

Le 28 juin, à cinq heures du matin, sans cause connue, le sang fait irruption par la narine gauche en assez grande abondance, mais s'arrête au bout de quelques minutes à la suite d'applications froides.

Le lendemain, vers la même heure, nouvelle hémorrhagie un peu plus forte que la veille. Les petits moyens ayant échoué, un pharmacien du voisinage fait des injections dans les narines avec l'eau glacée, puis comprime en arrière, puis en avant, avec la charpie imbibée de perchlorure de fer dilué. L'hémorrhagie continue pendant une demi-heure environ; le sang qui coule dans l'arrière-gorge est rejeté par la bouche, puis tout s'arrête. Wurtz, qui n'éprouve ni céphalalgie, ni fièvre, ni malaise quelconque, va à son travail, et pendant la journée boit et mange comme à l'ordinaire.

Le 30, à cinq heures du matin, l'hémorrhagie reparaît; Wurtz retourne chez le pharmacien, qui injecte de nouveau de l'eau froide additionnée de perchlorure de fer, et replace le tampon antérieur; mais le sang coule toujours. C'est alors que le patient, voulant avoir un secours plus efficace, se rend à l'hôpital, où il arrive à pied vers neuf heures du matin. Il est pâle, mais n'éprouve pas

---

l'épistaxis (*De methodo medendi*, lib. XIII), Hippocrate dans l'hémoptysie. Dans ce cas, il faudrait l'appliquer dans le dos. » (Sarlandière, *Dict. en* 60 *vol.*, t. LVII, p. 187.)

Courir au catalogue, y chercher le numéro d'une édition quelconque du traité *De methodo medendi* de Galien et aller le prendre à sa place, fût l'affaire de quelques minutes. Quand je dis une édition quelconque, j'altère la vérité, car ce ne fut pas sans intention que j'en choisis une vieille, dans laquelle je pensais trouver un « *Index locupletissimus* ». En effet, l'édition de Thomas Linacre, publiée à Lyon en 1546, contient un *Index* qui n'a pas moins de 180 pages à deux colonnes. Bien m'en prit d'avoir ce surcroît d'informations, car Sarlandière ne donnant pas la page du passage qu'il citait, j'eusse été obligé de lire, en latin il est vrai, tout le livre XIII de Galien, depuis la page 644 jusqu'à la page 696, perspective qui ne me présentait aucun attrait. Mais cet avantage ne fut pas le seul, comme on va le voir.

En cherchant à la table *cucurbita* (ventouse), je trouvai ceci : « *Cucurbitæ* σικύαι *præcordiis appositæ retinent sanguinem e naribus erumpentem* (p. 233, lig. 20). » Ce titre seul était déjà plus explicite que le passage de Sarlandière, puisque celui-ci avait omis le lieu où il fallait placer les ventouses. Le texte lui-même, ou plutôt sa traduction latine, était bien plus explicite encore. Après avoir dit qu'Hippocrate appliquait des ventouses sous les mamelles pour arrêter un flux utérin, Galien ajoute, d'après Linacre : « *Cum e naribus sanguis erumpit, id retinent maximæ in præcordiis defixæ cucurbitæ. Infigendæ autem sunt si ex dextra nare profluit, super jocinore. Sin ex sinistra, super liene. Si ab utraque nare, super utroque sunt imponendæ viscere.* » Forme et fond me paraissent assez clairs pour n'avoir pas besoin d'y insister plus longtemps. Mais un autre point me restait noir. En haut de la page 233, en effet, je lisais : *liber* v, et Sarlandière avait dit : *livre XIII*. Etait-ce une erreur de sa part? L'*Index locupletissimus* allait décider la question.

trop de faiblesse, et donne les renseignements qui précèdent. D'ailleurs, point de frayeur, ni même d'émotion vive.

L'écoulement sanguin n'est pas très fort; de deux en deux minutes le malade crache une gorgée de salive mélangée de sang en forte proportion. L'hémorrhagie semble vouloir s'arrêter seule; toutefois, comme elle dure depuis quatre heures, M. Verneuil pratique méthodiquement le tamponnement complet de la fosse nasale gauche. Il prescrit ensuite le repos au lit, les applications froides sur le front; enfin, en raison de la périodicité de l'affection, 60 centigrammes de sulfate de quinine.

La journée se passe bien, le tampon est facilement supporté; la nuit suivante est tranquille; mais à six heures du matin le sang se montre, il suinte par l'orifice antérieur de la fosse nasale, sur le côté du tampon; peut-être même provient-il aussi en petite quantité de la narine droite. Ce détail ne peut être vérifié, car à l'heure de la visite l'écoulement a cessé.

M. Verneuil consacre à ce cas une partie de sa clinique; il rappelle que l'épistaxis qui n'est ni traumatique ni symptomatique d'une tumeur des fosses nasales ou du pharynx, que l'épistaxis dite spontanée, en un mot, est constamment sous l'influence d'un état fébrile, d'une maladie constitutionnelle ou de la lésion d'un grand viscère, comme le cœur ou le foie. Le paludisme et le tellurisme, entre autres, jouent un rôle considérable dans la production de cette hémorrhagie, dont le sulfate de quinine triomphe aisément, surtout quand elle affecte le type intermittent.

Il cite à l'appui de cette opinion plusieurs faits de sa pratique relatifs, soit à des sujets récemment exposés aux effluves terrestres ou paludiques, soit à des personnes ayant eu jadis des fièvres intermittentes.

A la vérité, l'étiologie en question ne paraît pas pouvoir être invoquée chez Wurtz, qui n'a jamais travaillé aux terrassements, ni sur le bord de l'eau, et qui jamais n'a visité une contrée infestée par les fièvres.

Malgré ces renseignements négatifs, après l'administration d'un purgatif, on continue le sulfate de quinine à la dose de 80 centigrammes, une seule dose suffisant rarement dans les cas de ce genre. Le tamponnement, qui détermine peu de gêne, reste en place.

Le lendemain matin, le sang reparaît toujours à la même heure; le traitement doit donc être changé. On prescrit à l'intérieur le seigle ergoté à la dose de 1 gramme; de plus, on fait avec le même médicament une injection sous-cutanée au niveau du sillon naso-génal du côté gauche. 20 centigrammes sont ainsi portés dans le tissu conjonctif.

Le 3 et le 4 juillet sont consacrés à ces essais, qui restent tout à fait infructueux. Les journées sont toujours bonnes. Wurtz se lève plusieurs heures et se promène dans la salle et le jardin. Il n'accuse nulle douleur, pas même à l'approche de l'hémorrhagie. Mais, entre cinq et six heures du matin, celle-ci reparaît en très petite quantité, sans doute à cause de l'exactitude du tamponnement, et dure ainsi deux ou trois heures.

L'inefficacité de l'ergotine était manifeste. M. Verneuil voulut essayer la digitale, et voici pourquoi. Quelques mois auparavant, il avait, à l'aide de ce médicament et en quelques jours, délivré d'épistaxis rebelles un étudiant en médecine, élève du service, et qui était rhumatisant, sans présenter toutefois de lésion cardiaque. Or Wurtz, lui non plus, n'avait rien au cœur, mais il avait des varices bilatérales, la déviation très prononcée des gros orteils, les urines parfois chargées d'acide urique, et enfin avait subi déjà plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire. La diathèse arthritique était donc évidente, et l'essai de la digitale était légitime. Le 5 et le 6 on prescrivit donc matin et soir 5 centigrammes de poudre de feuilles de digitale. L'effet fut nul.

Quoique le malade supportât bravement le tamponnement, qui était en permanence depuis sept jours, et qu'il ne fût pas trop affaibli par les pertes de sang, il fallait pourtant mettre un terme à cette situation. On procéda de nouveau à un examen organique minutieux; on explora particulièrement le foie, dont les lésions se traduisent si souvent par des hémorrhagies répétées. A la vérité, on ne croyait guère trouver quelque chose de ce côté. Wurtz n'accusait aucune douleur abdominale, aucun trouble digestif; ni le ventre ni les membres inférieurs n'étaient le siège de la moindre suffusion séreuse; jamais d'ictère ni de vomissements. Toutefois le patient travaille à la forge, métier rude qui, d'après lui, le force à boire abondamment, ce qui pourrait bien avoir modifié à la longue le parenchyme hépatique.

Quoi qu'il en soit, en palpant et en percutant dans différentes attitudes l'hypochondre droit, on constate, non sans quelque surprise, une diminution considérable dans les dimensions du foie, résultat d'autant plus facile à obtenir que le sujet est maigre. On peut estimer la réduction de l'organe à un tiers de son volume. Au reste, la pression même énergique exercée à travers les côtes ou sous leur bord inférieur ne provoque point de douleurs, mais seulement un peu de malaise local.

Cette constatation et l'aveu des excès alcooliques fait aussitôt penser à une cirrhose commençante à symptomatologie encore muette.

Sur cet indice, et certes un peu empiriquement, M. Verneuil fait appliquer sur l'hypochondre droit un vésicatoire de 10 centimètres de diamètre. Nul autre médicament ne fut administré.

Or le lendemain matin, 9 juillet, pour la première fois depuis douze jours, le sang ne parut pas. Il en fut de même du jour suivant, ce qui permit d'enlever le tampon. Par prudence et pour prolonger l'action révulsive, on empêcha la dessiccation trop prompte du vésicatoire en le pansant avec la pommade épispastique.

La guérison ne se démentit point, et après avoir été tenu longtemps en observation, Wurtz fut autorisé à quitter l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

M. Verneuil, revenant sur ce fait dans sa clinique, fit connaître les motifs qui l'avaient inspiré dans le choix des moyens mis en usage.

De longues années auparavant il avait été appelé auprès d'un malade âgé de cinquante ans environ, et atteint depuis plusieurs jours d'épistaxis abondantes. On avait employé toute la série des moyens ordinaires, et administré à l'intérieur bon nombre de médicaments. Rien n'avait réussi. Le tam-

---

Le livre XIII, je l'ai déjà dit, comprenait les pages 644 à 696. Or, l'*Index* me disait qu'à la page 682 je trouverais des renseignements sur *Cucurbitarum usus*, mais sans plus d'informations. La page 682 se trouvant dans le livre XIII, j'aurais pu à la rigueur me contenter de cette indication; mais je voulais voir jusqu'où s'étendaient les richesses de l'*Index*. J'eus lieu d'être satisfait, car à *Nares* je trouvai : *Naribus sanguine profluente, cucurbitæ præcordiis apponuntur*, p. 682, lig. 29, et à *Sanguis* la même phrase, les deux premiers mots étant seulement intervertis.

Galien répète ici la même idée qu'à la page 232, mais avec moins de détails. « *Si ex naribus sanguis profunditur, præcordiis maximas cucurbitas affigimus.* »

Sarlandière, moins heureux que nous, n'avait donc trouvé que le moins important des deux passages de Galien. Le texte latin de l'édition de Kuhn diffère un peu de celui de Linacre, car il contient un contre-sens qui est peut-être une faute d'impression, et sur lequel nous ne pouvons nous arrêter (*Galeni Opera*, t. X, liber v, p. 316, et liber XIII, p. 926).

Daremberg traduit assez librement le texte de Galien : « L'application de ventouses aux mamelles, dit-il, arrête sur-le-champ les évacuations violentes de l'utérus; dans l'épistaxis, appliquez-les sur le foie ou la rate quand le sang coule d'une seule narine; s'il s'échappe par les deux avec abondance et en grande quantité à la fois, appliquez-en sur les deux viscères. » (*Œuvres... de Galien*, t. II, p. 734.) En outre, Daremberg n'a pas suivi le même ordre que Linacre et Kuhn, car le chapitre IX du livre XIII est devenu le chapitre XV du livre I.

Voici d'ailleurs, pour la plus grande satisfaction des érudits, le texte grec de Galien, d'après Kuhn, (t. X, p. 316) :

« ... τὰς ἐκ ῥινῶν αἱμόῤῥαγιας ἐπέχουσιν αἱ κατὰ τῶν ὑποχονδρίων ἐπιβαλλόμεναι μέγισται σικύαι. χρὴ δ' ὅταν ἐκ δεξιου ῥέῃ μυκτῆρος, ἐφ' ἥπατος ἐρείδειν, ὅταν δ' ἐξ ἀριστεροῦ, κατὰ σπληνὸς, ὅταν δ' ἐξ ἀμφοτέρων, ἀμφοτέροις τοῖς σπλάγχνοις ἐπιφέρειν τὰς σικύας. »

ponnement fait avec beaucoup de soin d'un seul côté arrêta d'abord l'hémorrhagie; mais le sang coula par l'autre narine, et il fallut faire le tamponnement double. Malgré cela, le saignement se reproduisit sans cesse, et il fallut presque tous les jours renouveler au moins un des tampons, à cause de la gêne extrême qu'ils occasionnaient. Une semaine se passa ainsi sans la moindre amélioration. La position même devenait sérieuse, car le tamponnement, d'une part, ne pouvait être supprimé, sous peine de voir aussitôt le sang reparaître, et, d'autre part, il déterminait une telle inflammation locale que le nez et les parties avoisinantes semblaient le siége d'un phlegmon érysipélateux.

Le patient, fort, robuste, était annuellement atteint, vers la même époque, d'un accès de goutte, qui cette année précisément semblait en retard. Le fait parut fournir une indication; pendant deux jours on appliqua une série de vésicatoires sur les articulations des membres inférieurs. Au bout de quarante-huit heures, un des genoux devint le siège d'une hydarthrose volumineuse et douloureuse. A partir de ce moment, l'épistaxis cessa brusquement pour ne plus revenir. On put ôter les tampons, et en vérité il était grand temps.

Ce fait, resté gravé dans l'esprit de M. Verneuil, lui avait donné l'idée de combattre l'épistaxis de son dernier malade par un appel irritatif du côté de l'organe, qu'il supposait être le point de départ de l'hémorrhagie.

Et maintenant quelle explication peut-on donner de ce succès? Faut-il l'attribuer uniquement à l'action révulsive du vésicatoire, sans tenir compte du lieu de son application? Eût-on réussi de même en irritant un point quelconque de la surface cutanée, ou bien le bon résultat a-t-il dépendu précisément du choix de la région hépatique? Ces questions méritent assurément d'être pesées, mais il n'est pas facile de les résoudre. La révulsion à l'aide de vésicatoires n'est pas très usitée dans le traitement des hémorrhagies; cela est dû, sans doute, à ce qu'aucune règle ne préside à son emploi, et peut-être serait-elle plus en faveur si on lui connaissait un lieu d'élection pour chaque hémorrhagie, et des indications tirées des causes de l'écoulement sanguin.

On sait déjà combien le vésicatoire appliqué au-dessus du pli de l'aine est efficace dans les pertes utérines qui sont sous la dépendance de l'ovarite chronique et de la congestion ovarique douloureuse. S'il était démontré qu'il existe des hémorrhagies à distance provoquées par une sorte d'action réflexe, comme cela a lieu pour certaines névralgies, il serait logique d'agir sur l'organe primitivement lésé et servant de point de départ à l'acte réflexe.

Qui dit que l'épistaxis qui complique si souvent les affections hépatiques ne se fait pas par suite d'une congestion nasale d'ordre nerveux; et alors pourquoi n'essayerait-on pas d'agir au niveau du foie, comme on agit au niveau de l'ovaire, dans les métrorrhagies auxquelles il était fait allusion plus haut.

Certes il ne faut rien conclure d'une seule observation; toutefois il n'est pas sans intérêt de constater que, dans le cas de Wurtz, après l'essai infructueux de plusieurs moyens mis en usage sans indication précise, l'accord s'est établi du premier coup entre l'hypothèse étiologique, le choix du procédé thérapeutique et le succès de la tentative rationnelle. Nous devons ajouter d'ailleurs que cette idée de dérivation ou de révulsion à distance n'est pas nouvelle. Hippocrate recommandait l'emploi des ventouses dans la région mammaire contre les métrorrhagies, et Galien, dans les hypochondres, contre les épistaxis. (Voy. ci-dessous le feuilleton de M. Petit.)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

La médication ferrugineuse.

Dans le numéro du 11 courant de la *Gazette hebdomadaire*, et dans un article sur la médication ferrugineuse de votre distingué collaborateur M. le docteur Lereboullet, je rencontre une appréciation de l'action anti-hémorrhagique du perchlorure de fer qui me paraît difficile au moins à accepter.

M. Lereboullet nie absolument l'efficacité du perchlorure de fer dans les hémorrhagies internes : ce n'est que par habitude, par tradition qu'on le prescrit à l'intérieur, et la confiance qui lui est accordée en pareil cas est inexplicable. Ce médicament, n'agissant sur l'hémostase que par la coagulation du sang, son action interne est absolument nulle, car il ne produit pas ce phénomène qui entraînerait, d'ailleurs, des accidents formidables, gastro-entérite ou thromboses toujours mortelles.

En lisant ces phrases sévères, je me suis rappelé les circonstances déjà anciennes qui ont donné naissance à la réputation du remède en question, et j'ai retrouvé, dans ce journal même les souvenirs de cette année 1860 qui fut marquée par une discussion mémorable dont ce sujet fut le point de départ : un de ces tournois de la tribune et de la presse qui donnaient alors une brillante animation à notre vie scientifique par l'ardeur qu'y déployaient nos maîtres. Il s'agissait d'un mémoire présenté à l'Académie de médecine par M. le docteur Pize (de Montélimart) sur le traitement du *purpura hemorrhagica* par le perchlorure de fer à l'intérieur. L'auteur insistait sur la rapidité de l'action favorable, de la cessation des hémorrhagies, de la disparition des taches pétéchiales, de la sédation du système circulatoire. Le rapporteur, M. Devergie, accepta avec enthousiasme et défendit avec une éloquente ardeur les idées thérapeutiques du travail qu'il avait été chargé d'apprécier. Sur la question théorique, il fut moins exclusif que l'auteur, n'accepta qu'en partie ses explications uniquement chimiatriques, comme on disait alors, et fit valoir en plus les droits des tissus vi-

---

Ce qu'on peut traduire littéralement en français de la manière suivante :

« ... Les grandes ventouses appliquées sur les hypochondres arrêtent les hémorrhagies nasales. Lorsque le sang coule par la narine droite, il faut les mettre sur le foie; par la narine gauche, sur la rate ; quand il coule des deux côtés, il faut appliquer les ventouses sur les deux viscères. »

Malgré tout le respect avec lequel un humble plumitif de notre espèce doit parler de Daremberg, il faut bien reconnaître que sa traduction n'est pas tout à fait exacte. De plus, son arrangement des chapitres de Galien fut cause que je perdis encore plus d'un quart d'heure. Le passage cité plus haut se trouve, avons-nous dit, dans le chapitre XV, intitulé : *Du traitement des fièvres, eu égard à leurs complications.* Or, Fernel, dans son *Traité sur la méthode générale de guérir les fièvres*, a écrit un chapitre XII analogue au chapitre XV de Galien-Daremberg et que je crus devoir lire, dans l'espoir de réparer un oubli relatif au texte de Fernel. Mais il n'est pas question d'épistaxis dans ces chapitres. Donc, Fernel, qui a tant emprunté à Galien, n'a pas jugé à propos de recommander son traitement des épistaxis.

Nous n'avons pas cru devoir rechercher ce que Rivière, cité aussi par M. Le Chevallier, disait à ce sujet, puisque de toute façon il n'aurait fait que répéter les paroles de son ancien.

Pour en revenir à Galien, nous devons nous demander maintenant s'il est bien l'auteur du traitement des épistaxis par l'application des ventouses sur le foie. Nous avons déjà vu qu'Hippocrate en préconisait l'application aux mamelles contre les métrorrhagies (édit. Littré, t. IV, p. 551, aphor. 50, et t. VIII, p. 237); plusieurs passages du même auteur font encore allusion aux relations qui existent entre les épistaxis et le foie et la rate, comme en témoignent d'ailleurs l'*Index* très détaillé de l'ouvrage et, en particulier, la note suivante de Littré :

« L'hémorrhagie favorable dans une affection de la rate

vants, et leurs réactions sous l'influence excitante et reconstituante du sel de fer.

Trousseau, au contraire, contesta les assertions de M. Pize, surtout au nom de la théorie et de la thérapeutique générale, et combattit l'action anti-hémorrhagique du perchlorure de fer par les mêmes raisons chimiques que vient de remettre en avant M. Lereboullet. S'il était absorbé, il coagulerait le sang dans les vaisseaux; donc, il n'est pas absorbé en réalité et ne peut agir comme on le prétend. Puis il parla de la médication ferrugineuse en général, de la chlorose. Les plus ardents athlètes entrèrent alors dans la lutte: Bouillaud, Piorry, Gimelle, Poggiale; ils élevèrent la discussion jusque dans les hauteurs du vitalisme, de l'animisme, de l'organicisme, d'où elle dut être ramenée par le rapporteur au terre à terre du point pratique en question. Le résultat fut, à l'Académie, l'adoption des conclusions favorables du rapport, et dans le public médical la confiance accordée à ce nouveau traitement dans le purpura hémorrhagique d'abord, et bientôt dans toutes les hémorrhagies internes, dans celles surtout qui sont attribuées à un état de dissolution du sang. En 1863, je trouvai ces idées appliquées avec conviction dans le service de M. Barthez, à Sainte-Eugénie, théâtre d'observation particulièrement favorable dans l'espèce.

J'ai cru, moi-même, plus d'une fois constater cette efficacité, si sévèrement reniée par notre savant confrère. Il y a peu de jours encore, dans cette même maladie (fillette de six ans, un peu cachectique par misère), une hémorrhagie nasale, assez sérieuse en apparence, consécutive à l'éruption pétéchiale, s'est arrêtée après quelques cuillerées d'une potion contenant 4 grammes de perchlorure de fer; le remède a été continué, et depuis plusieurs jours elle ne s'est pas reproduite, bien que les taches persistent avec une grande intensité de nombre et de coloration.

Il ne m'appartient pas d'entrer ici dans une discussion approfondie, qui exigerait une compétence, une expérience dont est forcément dénué un modeste praticien de province. Mais je me permettrai cependant de demander à votre savant collaborateur pourquoi il refuse au perchlorure ferrique la faculté d'être absorbé et entraîné dans la circulation générale, et cela à cause de certaines propriétés locales et purement chimiques. Son objection s'appliquerait également à l'alcool, aux sels de plomb, aux acides minéraux, etc., et ne me paraît pas concluante. Je me mets, à cet égard, sous la sauvegarde de votre président, dont les articles occupèrent une place plus qu'honorable dans ce long et important débat (*Gaz. hebd.*, p. 354; 1860). Je sais qu'il faut toujours, dans l'appréciation des effets thérapeutiques, se défier de beaucoup d'illusions, tenir compte de la tendance naturelle à la guérison, de cette théorie du bonheur (Jules Roux, cité par Dechambre) qui s'explique par des séries heureuses, mais trop peu fournies. Ici, en vérité, il y a assez de faits usuels, assez d'explications satisfaisantes en théorie, assez d'autorités sérieuses, pour qu'il soit permis de se révolter un peu contre une condamnation aussi absolue. Le sujet vaut mieux que ces quelques lignes incidemment jetées à la fin d'un article sur le traitement ferrugineux en général, et, puisque M. Lereboullet est fortement convaincu de notre erreur, qu'il se donne la peine *nécessaire et suffisante* pour la réfuter à fond; que, dans une de ces revues thérapeutiques qu'il sait si bien faire, il démolisse pièce à pièce l'édifice de notre foi, mais qu'il ne croie pas avoir, en passant, renversé d'un souffle léger des fondations solidifiées déjà par plus de vingt ans passés sur elles; qu'il songe que, dès le début, nombre de médecins disputèrent l'honneur de la découverte: Deleau, Piorry, Blache pour Thierry (mort), Poggiale pour Monsel, pharmacien militaire.

J'attendrai donc encore pour brûler ce que j'ai adoré, et continuerai à prescrire le perchlorure à l'intérieur jusqu'à preuve explicite de son inutilité.

Dr E. Martel,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo.

Réponse.

Nous regrettons de ne pouvoir, dès aujourd'hui, répondre, par des arguments de fait, au vœu exprimé par notre honorable confrère, mais il nous faudrait plus de temps et plus de place pour exposer scientifiquement cette question de l'emploi interne du perchlorure de fer. Nous devons donc nous borner à faire remarquer:

1° Que la discussion de 1860 avait eu pour point de départ le travail de M. le docteur Pize, affirmant l'utilité du perchlorure de fer administré à l'intérieur dans le *purpura*. Or, ne sait-on point aujourd'hui que, sous ce nom de *purpura*, l'on désigne plusieurs maladies bien différentes au point de vue pathogénique, et que le *purpura simplex*, que M. Devergie déclarait si avantageusement modifié par l'emploi du perchlorure de fer, guérit parfois spontanément en quelques jours?

2° Qu'il n'existe, à notre connaissance, aucune observation médicale qui démontre rigoureusement l'utilité du perchlorure de fer, donné en potion, pour combattre une hémorrhagie interne. Nous croyons, au contraire, avoir remarqué que dans les hémorrhagies pulmonaires et les hémorrhagies intestinales, la médication ferrugineuse aggravait les accidents; et dans les hémorrhagies utérines, on ne songe plus guère à conseiller les potions au perchlorure de fer aujourd'hui, qu'on a l'ergotine à sa disposition. C'est dire que nous ne contestons nullement l'absorption du sel ferrique; mais que nous croyons peu à son action hémostatique.

3° Que les discussions théoriques n'ont jamais eu pour résultat de prouver l'utilité du perchlorure de fer comme sédatif de la circulation ou comme hémostatique interne, et que, bien au contraire, toutes les fois que cette question a été soulevée, les partisans du perchlorure de fer n'ont pu appuyer sur des preuves scientifiques une doctrine que les nouvelles recherches sur le rôle du fer dans l'économie nous semblent avoir définitivement condamnée.

Nous reviendrons, d'ailleurs, un jour ou l'autre, sur ce sujet, dont nous ne nions ni l'importance ni les difficultés.

L. L.

---

est, suivant les hippocratiques, une hémorrhagie par la narine gauche; en ce cas, quand elle se fait par la narine droite, elle est à contre-sens. De même, elle est à contre-sens en cas d'affection de l'hypochondre droit, c'est-à-dire du foie, si elle se fait par la narine gauche. » (*Œuvres d'Hippocrate*, édit. Littré, t. V, p. 554, note 4.)

Nous devons donc en conclure que les auteurs hippocratiques connaissaient les effets de la dérivation par les ventouses, les relations entre les maladies du foie et de la rate et l'épistaxis, et les dangers de ces hémorrhagies quand elles se faisaient à contre-sens. De là à la nécessité de les rappeler du bon côté par la dérivation κατίξιν, il n'y a qu'un pas. Mais quand et par qui ce pas a-t-il été franchi? Est-ce avant Galien? Il nous est impossible de nous prononcer pour le moment sur ce point. Nous pouvons dire toutefois que Celse n'en parle pas.

Quoi qu'il en soit, M. Verneuil est dépouillé de sa priorité (que, du reste, il n'avait pas revendiquée), non par Fernel, mais par Galien. Nous ne pensons pas que son amour-propre puisse en souffrir, car mieux que personne notre cher maître connaît cette propriété des recherches historiques, d'enlever parfois aux inventeurs leurs illusions: « On caressait l'espoir d'avoir fait une découverte, a-t-il dit quelque part, et voilà qu'un malheureux passage, perdu dans un obscur bouquin, vous dépossède cruellement. » Il est à supposer que les caresses faites à l'espoir de sa découverte par M. Verneuil n'ont pas été très passionnées, car ses regrets ont été très peu vifs; mais à ceux qui seraient moins indifférents que lui à ces légères déceptions ou qui professeraient une trop grande tendresse pour leurs découvertes, nous rappellerons ces paroles de Gendrin: « Si vous voulez inventer du nouveau, lisez d'abord les anciens. »

Mais voyez un peu, en guise de morale, à quoi peut entraîner une citation inexacte. M. Le Chevallier, sur la foi de je ne sais quel auteur dont il accepte sans contrôle l'assertion, écrit Fernel au lieu de Galien, et m'oblige à lire les œuvres

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

DE L'ATTÉNUATION DES VIRUS ET DE LEUR RETOUR A LA VIRULENCE, par M. *L. Pasteur*, avec la collaboration de MM. *Chamberland* et *Roux*. — M. Pasteur continue ses belles recherches sur l'atténuation des virus par l'action de l'oxygène. Relativement à la bactéridie charbonneuse, le problème qui consiste à faire subir au microbe l'action de l'oxygène revient à empêcher intégralement la formation des spores. La question ainsi posée est susceptible de recevoir une solution.

On peut, en effet, empêcher les spores d'apparaître dans les cultures artificielles du parasite charbonneux par divers artifices. A la température la plus basse à laquelle ce parasite se cultive, c'est-à-dire vers + 16 degrés, la bactéridie ne prend pas de germes, tout au moins pendant un temps très long. Les formes du petit microbe, à cette limite inférieure de son développement, sont irrégulières, en boules, en poires, en un mot monstrueuses, mais dépourvues de spores. Il en est de même, sur ce dernier point, aux températures les plus élevées encore compatibles avec la culture du parasite, températures qui varient un peu suivant les milieux. Dans le bouillon neutre de poule, la bactéridie ne se cultive plus à 45 degrés. Sa culture y est facile, au contraire, et abondante de 42 à 43 degrés, mais également sans formation possible des spores. En conséquence, on peut maintenir au contact de l'air pur, entre 42 et 43 degrés, une culture mycélienne de bactéridie entièrement privée de germes. Alors apparaissent les très remarquables résultats suivants : après un mois d'attente environ, la culture est morte, c'est-à-dire que, semée dans du bouillon récent, il y a stérilité complète. La veille et l'avant-veille du jour où se manifeste cette impossibilité de développement et tous les jours précédents, dans l'intervalle d'un mois, la reproduction de la culture est au contraire facile. Voilà pour la vie et la nutrition de l'organisme. En ce qui concerne sa virulence, on constate ce fait extraordinaire que la bactéridie en est dépourvue déjà après huit jours de séjour à 42-43 degrés et ultérieurement; du moins ses cultures sont inoffensives pour le cobaye, le lapin et le mouton, trois des espèces animales les plus aptes à contracter le charbon. Nous sommes donc en possession, non pas seulement de l'atténuation de la virulence, mais de sa suppression en apparence complète, par un simple artifice de culture. En outre, nous avons la possibilité de conserver et de cultiver à cet état inoffensif le terrible microbe. Qu'arrive-t-il dans ces huit premiers jours à 43 degrés, qui suffisent à priver la bactéridie de toute virulence? Rappelons-nous que le microbe du choléra des poules, lui aussi, périt dans ses cultures au contact de l'air, en un temps bien plus long, il est vrai, mais que dans l'intervalle il éprouve des atténuations successives. Ne sommes-nous pas autorisés à penser qu'il doit en être de même du microbe du charbon? Cette prévision est confirmée par l'expérience. Avant l'extinction de sa virulence, le microbe du charbon passe par des degrés divers d'atténuation, et, d'autre part, ainsi que cela arrive également pour le microbe du choléra des poules, chacun de ces états de virulence atténuée peut être reproduit par la culture. Enfin, puisque, d'après une de nos récentes communications, le charbon ne récidive pas, chacun de nos microbes charbonneux atténué constitue pour le microbe supérieur un vaccin, c'est-à-dire un virus propre à donner une maladie plus bénigne. Quoi de plus facile, dès lors, que de trouver dans ces virus successifs des virus propres à donner la fièvre charbonneuse aux moutons, aux vaches, aux chevaux sans les faire périr, et pouvant les préserver ultérieurement de la maladie mortelle? Nous avons pratiqué cette opération avec un grand succès sur les moutons. Dès qu'arrivera l'époque du parcage des troupeaux dans la Beauce, nous en tenterons l'application sur une grande échelle...»

Les faits qui précèdent soulèvent un problème d'un haut intérêt : je veux parler du retour possible de la virulence des virus atténués ou même éteints. Nous venons d'obtenir, par exemple, une bactéridie charbonneuse privée de toute virulence pour le cobaye, le lapin et le mouton. Pourrait-on lui rendre son activité vis-à-vis de ces espèces animales? Nous avons préparé également le microbe du choléra des poules dépourvu de toute virulence pour les poules. Comment lui rendre la possibilité d'un développement dans ces gallinacés?

Le secret de ces retours à la virulence est tout entier, présentement, dans des cultures successives dans le corps de certains animaux. Notre bactéridie, inoffensive pour les cobayes, ne l'est pas à tous les âges de ces animaux; mais qu'elle est courte, la période de la virulence! Un cobaye de plusieurs années d'âge, d'un an, de six mois, d'un mois, de quelques semaines, de huit jours, de sept, de six jours ou même moins, ne court aucun danger de maladie et de mort par l'inoculation de la bactéridie affaiblie dont il s'agit; celle-ci, au contraire, et tout surprenant que paraisse ce résultat, tue le cobaye d'un jour. Il n'y a pas eu encore d'exception sur ce point dans nos expériences. Si l'on passe alors d'un premier cobaye d'un jour à un autre, par inoculation du sang du premier au second, de celui-ci à un troisième, et ainsi de suite, on renforce progressivement la virulence de la bactéridie, en d'autres termes son accoutumance à se développer dans l'économie. Bientôt, par suite, on peut tuer les cobayes de trois et de quatre jours, d'une semaine, d'un mois, de plusieurs années, enfin les moutons eux-mêmes. La bactéridie est revenue à sa virulence d'origine. Sans hésiter, quoique nous n'ayons pas encore eu l'occasion d'en faire l'épreuve, on peut dire qu'elle tuerait les vaches et les chevaux; puis, elle conserve cette virulence indéfiniment si l'on ne fait rien pour l'atténuer de nouveau.

En ce qui concerne le microbe du choléra des poules, lorsqu'il est arrivé à être sans action sur ces dernières, on lui rend la virulence en agissant sur des petits oiseaux, serins, canaris, moineaux, etc., toutes espèces qu'il tue de prime-saut. Alors, par des passages successifs dans le corps de ces animaux, on lui fait prendre peu à peu une virulence capable de se manifester de nouveau sur les poules adultes. Ai-je besoin d'ajouter que, dans ce retour à la virulence et chemin faisant, on peut préparer des virus-vaccins à tous les degrés de virulence pour la bactéridie, et qu'il en est ainsi pour le microbe du choléra?

SUR L'ACTION DÉSINFECTANTE ET ANTIPUTRIDE DES VAPEURS DE L'ÉTHER AZOTEUX, par M. *Peyrusson*. — Les expériences

---

de Fernel, ce que je n'eusse certainement pas fait sans cela, du moins pour le moment. Même exercice intempestif à l'égard de plusieurs articles des vieux dictionnaires, de différentes éditions de Galien, d'Hippocrate, etc.

M. Verneuil a calculé autrefois qu'il avait passé six heures à faire les recherches nécessaires pour écrire une phrase de six lignes (*Gaz. hebd.*, 1859, p. 401) et dans le récit de son odyssée bibliographique il se plaint amèrement du temps que font perdre aux historiens consciencieux les erreurs de leurs devanciers. Depuis, les choses n'ont pas changé. En additionnant les minutes nécessitées par la recherche des ouvrages que j'ai consultés, la lecture des chapitres relatifs au sujet, la rédaction de ces quelques pages et leur correction, j'arriverais à un total qui dépasserait certainement soixante heures. Dépenser soixante heures de son existence active pour arriver à écrire Galien au lieu de Fernel! N'en est-ce pas assez pour justifier toutes les colères soulevées contre les écrivains qui citent à tort et à travers, qui remplissent leurs moindres *notes* de renvois bibliographiques copiés dans autrui, et qui vous font chercher dans X... un passage de Z...? Quand on songe à la quantité énorme et sans cesse croissante des travaux dits originaux publiés chaque année, on frémit involontairement à l'idée du nombre incalculable des erreurs de ce genre qu'ils renferment, à la perte de temps qu'ils occasionneront aux chercheurs futurs, et au discrédit qu'ils contribuent à jeter sur la littérature médicale. « On écrit trop, » dit-on; cela est vrai. Si on lisait un peu plus, on écrirait moins; mais on apprendrait surtout que parfois ce qu'on croit nouveau est loin de l'être; on citerait exactement, on perdrait soi-même moins de temps et en ferait moins perdre aux autres; on éviterait, enfin, de se faire adresser bon nombre d'épithètes malsonnantes dont les chercheurs agacés ne manquent pas de gratifier (*in petto* heureusement) les fabricants de citations.

L. H. PETIT.

de l'auteur ont été faites sur des œufs battus. Des essais de désinfection ont été faits aussi par des médecins. Ainsi, dans la salle Saint-Jean de l'hôpital de Limoges, qui contient douze lits occupés par des vieillards infirmes, et dont la capacité n'est que de 280 mètres cubes, trois tasses contenant chacune environ 30 grammes d'éther dilué ont enlevé une odeur presque repoussante. M. le docteur Raymond a employé l'éther azoteux pour purifier l'air d'une crèche où il y avait une mauvaise odeur qui a été complètement détruite; des expériences analogues ont été faites avec succès par MM. les docteurs Boudet, Bleynie, Couveau et Raymondaud.

L'auteur donne la formule suivante : alcool à 90 degrés, 4 parties; acide azotique à 36 degrés, 1 partie. Dans ces proportions, les produits secondaires de la réaction ne sont nullement incommodes et l'on ne perçoit pas d'odeur acide. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

Contribution a l'étude de la trichinose. Note de M. *J. Chatin*. — Cette note reproduit les observations présentées par l'auteur dans une des dernières séances de l'Académie de médecine.

Contribution a l'action physiologique de l'urée et des sels ammoniacaux. Note de MM. *Ch. Richet* et *R. Moutard-Martin*. (Voy. aux *Travaux originaux*, p. .)

Sur la nature inflammatoire des lésions produites par le venin du serpent bothrops. Note de MM. *Couty* et *de Lacerda*. — Le venin de bothrops agit de la même façon sur le singe, le chien et la grenouille; il tue ces animaux par les centres nerveux ou par le cœur, s'il pénètre dans le sang; il produit des lésions locales qui s'étendent, s'il est injecté dans un tissu. Seulement, la résistance au venin, considérable sur la grenouille, est très faible sur le singe. La dose mortelle pour un singe, si on la compare à celle qui est nécessaire pour une grenouille, est, eu égard au poids des animaux, dans le rapport de 1 à 1000; de plus, les lésions congestives et inflammatoires, très prononcées et rapides sur le singe et le chien, sont à peine visibles sur la grenouille, ou s'y manifestent sous d'autres formes. Or, tous ces faits permettent encore d'assimiler les lésions du venin aux inflammations, puisque l'on sait que la grenouille résiste à toutes les inflammations expérimentales, tandis que, chez le singe, comme chez l'homme, le processus inflammatoire évolue avec activité. L'auteur a fait sur des cobayes, des rats, des lapins, des pigeons, des poules, des tortues, des serpents, d'autres expériences. La sensibilité au venin et la forme des lésions constatées sur ces diverses espèces fournissent une série d'intermédiaires entre les phénomènes présentés par le singe et par la grenouille; souvent, sur les jeunes animaux, cobayes, rats ou pigeons, pour des doses moindres de venin, les lésions inflammatoires sont plus rapides et plus étendues.

Sur les altérations pulmonaires produites par le séjour prolongé dans les chambres d'épuration des usines a gaz. Note de M. *Poincaré*.

Des animaux laissés en permanence, pendant huit mois, dans la salle d'épuration d'une usine à gaz ont présenté, à l'autopsie, des altérations du tissu pulmonaire, consistant, d'une part, dans l'accumulation de cellules épithéliales dans quelques alvéoles très disséminées, d'autre part, et surtout en une prodigieuse prolifération nucléaire dans le tissu conjonctif. Tantôt les noyaux forment des traînées diffuses plus ou moins larges et traduisant une véritable pneumonie interstitielle. Tantôt ils se tassent en petites masses globuleuses qui, par refoulement, se créent même de petites coques fibreuses, et qui, à l'examen microscopique, rappellent tout à fait la structure des granulations de la méningite granuleuse des enfants. Il reste à savoir si, après un séjour beaucoup plus prolongé encore dans les salles d'épuration, ces petites masses seraient susceptibles d'éprouver la dégénérescence caséeuse ou de donner lieu à un travail de suppuration.

Traitement de l'éléphantiasis. — MM. *Silva-Araujo* et *Moncorro* adressent, par l'entremise de M. Gosselin, une note relative à « l'électrolyse appliquée au traitement de l'éléphantiasis (éléphantiasis des Arabes) ».

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* plusieurs formules et échantillons de remèdes secrets et nouveaux; *b.* une demande de M. Roger (de Plouigoeau), concernant les récompenses pour la propagation de la vaccine; *c.* le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux minérales d'Amélie-les-Bains pour l'année 1878. MM. les docteurs Maximin Legrand et Faustino Roël, d'Oviedo (Espagne) se portent candidats, le premier dans la section des associés libres, et le second dans la première division des correspondants étrangers. Ce dernier envoie, à l'appui de sa candidature, un ouvrage intitulé : *Étiologia de la pellagra*.

M. le docteur *Leroy des Barres* (de Saint-Denis) adresse une observation manuscrite de pustule maligne, qui est renvoyée à l'examen de MM. Davaine et Verneuil.

M. *Jules Lefort* dépose, au nom de M. A. Petit, un travail portant le titre de : *Recherches sur la pepsine*.

M. le docteur *Larrey* fait hommage d'un certain nombre de collections de journaux.

M. le docteur *Gosselin* présente, de la part de M. le docteur Guinaud (de Rive-de-Gier), un mémoire sur la syphilis des verriers.

M. le docteur *Maurice Raynaud* dépose, au nom de MM. J. Béchamp et E. Baltus (de Lille), une note manuscrite sur la puissance toxique des microzymas pancréatiques en injections intra-veineuses.

M. *Bouley* fait hommage d'une brochure de M. Nocard (d'Alfort) sur la *leucocythémie*.

M. le docteur *J. Rochard* offre, de la part de M. le docteur Bories, une étude intitulée : *Nouvelles recherches sur le climat du Sénégal*.

M. le docteur *Peter* dépose, au nom de M. le docteur G. Daremberg (de Menton) une brochure sur l'*Influence de la fonction menstruelle sur la marche de la phthisie pulmonaire*.

M. le docteur *Verneuil* fait hommage, de la part de M. le docteur Magitot, d'une étude portant le titre de : *Recherches sur l'évolution du follicule dentaire*, par MM Legros et Magitot, et, au nom de M. Thomas (de Tours), un *Traité des opérations d'urgence* et une *Observation de luxation sous-glénoïdienne*. Celle-ci est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Gosselin, Alph. Guérin et Verneuil.

M. *le Président* annonce le décès de M. le docteur Zanetti (de Florence), membre correspondant étranger.

M. *Larrey* informe l'Académie qu'il a cru de son devoir, au cours de la première délibération qui a eu lieu la veille, à la Chambre des députés, sur la proposition de loi de M. Liouville concernant la vaccination et la revaccination obligatoires, de prier la Chambre de ne pas passer à une seconde délibération sans avoir consulté l'Académie sur cette proposition. Il ne lui semblait pas qu'une question de cette nature pût être engagée devant le Parlement sans une opinion déclarée de l'Académie, le corps le plus compétent à cet égard. Cependant, cette manière de voir n'a pas prévalu et le passage à une seconde délibération a été voté à une grande majorité, après que le gouvernement eut fait connaître que le Comité consultatif d'hygiène publique, spécialement consulté, avait émis un avis favorable sur le principe même de la loi. M. Larrey demande donc à l'Académie de confier à sa Commission de vaccine le soin de formuler un avis résumant les sentiments de la majorité et qui puisse être sans retard transmis au Parlement.

M. *Depaul* fait observer qu'il n'est ni de la dignité ni dans les habitudes de l'Académie d'adresser aux pouvoirs publics l'expression d'une opinion qui ne lui est pas demandée. Il propose d'attendre que le gouvernement ou la Chambre des députés aient manifesté le désir d'avoir cette opinion.

M. *le Secrétaire perpétuel* rappelle que l'Académie a été précisément instituée pour émettre des avis sur toutes les questions concernant la santé publique, et notamment pour entretenir et propager la vaccine. Elle peut être consultée, à cet effet, soit par le gouvernement, soit par l'un de ses membres, soit même par toute personne étrangère à la compagnie, et, dans ce dernier cas, une commission est nommée

pour rédiger une réponse, s'il y a lieu. Le pouvoir et la liberté de l'Académie sont donc entiers en cette circonstance.

La proposition de M. Larrey est mise aux voix et n'est pas adoptée.

L'immunité pour le charbon et les virus atténués. — Dans la dernière séance, M. Colin (d'Alfort) s'était efforcé de démontrer, par le récit de ses propres expériences, que la découverte annoncée il y a plusieurs mois par M. Toussaint (de Toulouse) sur le moyen de conférer l'immunité contre le charbon, en inoculant du sang charbonneux préalablement porté à une température de 55 degrés, n'avait aucune valeur. M. *Bouley*, absent à cette séance, et qui avait présenté les expériences de M. Toussaint, donne lecture d'une Note que celui-ci vient de lui transmettre : « M. Colin, dit-il, voudrait m'apprendre que le sang dont la virulence est perdue ne jouit plus d'aucune action nocive et qu'il ne produit pas l'immunité; c'est là un fait sur lequel je me suis déjà prononcé... Le nombre des animaux qui étaient indemnes à l'époque de la publication de mes travaux montait à 18 au moins ; en ce moment, il dépasse 40 et se compose de chiens, de chevaux, de moutons et de lapins.

» Si, d'ailleurs, M. Colin n'a pu arriver à des résultats positif, d'autres observateurs ont été plus heureux; tout récemment, Semmer (de Dorpat) et son élève Krajenski ont ainsi conféré l'immunité à des lapins en suivant nos indications. D'autres moyens peuvent donner également l'immunité charbonneuse : les filtrations répétées, la dilution, les cultures de charbon faites dans le bouillon de levûre... Je puis mettre sous les yeux de M. Colin deux brebis rendues indemnes au mois de mai dernier; elles ont été inoculées plusieurs fois depuis cette époque et remises dans le troupeau de la ferme; elles viennent de mettre bas deux agneaux, lesquels, inoculés, ainsi que leurs mères, avec le charbon le plus violent, l'ont supporté sans accuser le moindre malaise. »

M. *Bouley* maintient en conséquence la réalité de la découverte de M. Toussaint et il s'élève avec une grande vivacité contre les prétentions de M. Colin de vouloir détruire par l'accumulation de faits négatifs les résultats positifs d'expériences faites avec toutes les rigueurs nécessaires de la méthode expérimentale. Il faudrait d'abord, pour qu'on puisse ajouter foi à ses expériences, qu'il voulût bien se résoudre à les faire suivant les indications mêmes de ceux qu'il combat; car le moindre changement dans la manière de procéder, le choix d'animaux différents sont d'une importance capitale; c'est ainsi qu'en voulant contredire les expériences de M. Toussaint, il n'a pas pensé devoir employer du sang défibriné, ni expérimenter sur des moutons. En agissant ainsi, M. Colin continue de faire de « l'obstructionnisme scientifique » ; il n'a cependant pas eu à s'en louer depuis qu'il cherche à détruire les découvertes si considérables de M. Pasteur, découvertes qui ouvrent des voies si fécondes à la médecine. Il avait nié le charbon des poules, qu'il a été forcé de reconnaître lui-même devant une commission nommée par l'Académie; récemment, lorsque M. Pasteur a montré qu'en recueillant les terres prises sur les fosses d'enfouissement des animaux charbonneux, même des années après l'enfouissement, et en les traitant par des lavages successifs, on pouvait communiquer le charbon aux animaux inoculés avec les liquides de ces lessivages, M. Colin a voulu répéter ces expériences, mais sans se conformer aux conditions rigoureusement indiquées par M. Pasteur et il n'a évidemment pu obtenir les mêmes résultats.

M. Pasteur m'a prié, ajoute M. Bouley, de présenter à l'Académie, en son nom et au nom de ses collaborateurs habituels, MM. Chamberland et Roux, dont le zèle et le courage si dignes d'admiration devraient leur mériter autre chose que les dédains de M. Colin, une note sur la constatation des germes du charbon sur les terres qui sont dans ces conditions; cette note fait connaître deux méthodes principales employées pour y parvenir: la première consiste à porter d'abord les parties les plus ténues des dépôts provenant des lavages successifs à une température de 90 degrés pendant vingt minutes, afin de détruire tous les germes d'organismes microscopiques que recèlent ces terres et qui ne résistent pas à cette température, sauf les spores du charbon, qui, on le sait, conservent au contraire, même à 95 degrés, leur faculté germinative. On délaie ensuite les dépôts dans un peu d'eau de levûre stérilisée et l'on en humecte des cailloux siliceux bien lavés ou des fragments de marbre et l'on porte ensuite à l'étuve à 30 ou 35 degrés; on a offert ainsi aux spores de la bactéridie une grande surface de culture avec beaucoup d'air, et la bactéridie peut prendre de l'avance sur les germes anaérobies qui pourraient se développer dans le corps des lapins et des cobayes. Après quelques heures d'exposition à la température indiquée, on lave et on inocule tout ou partie du liquide ainsi préparé. Un autre procédé consiste à porter les dépôts de terre, préparés comme il vient d'être dit et délayés dans du bouillon de levûre, à 42 ou 43 degrés, température à laquelle les spores-germes de la bactéridie ne se développent pas dans l'eau de levûre ; on porte ensuite les vases à 75 degrés, afin de détruire alors toutes les cultures en voie de développement sans toucher aux spores du charbon, puis on inocule.

M. Bouley appelle enfin l'attention sur les récentes recherches de M. Pasteur, concernant l'atténuation et la revivescence des virus (voy. aux comptes rendus de l'Académie des sciences). Il termine en montrant toute leur importance, ainsi que celle des découvertes que M. Toussaint, à Toulouse, MM. Arloing, Thomas et Cornevin, à Lyon, ont déjà pu faire en s'engageant dans cette voie.

M. *Colin* répond en maintenant la valeur et les conclusions de toutes ses expériences ; il ne voit pas pourquoi il suivrait les procédés expérimentaux de ses contradicteurs, même pour imiter des détails n'ayant aucune importance autre que celle que leurs auteurs voudraient leur attribuer. « On me reproche, par exemple, dit-il, de n'avoir pas défibriné le sang charbonneux avant de le chauffer, pour obtenir son prétendu pouvoir de conférer ultérieurement l'immunité; mais en quoi la fibrine peut-elle bien être un obstacle à l'action de bactéridies absentes ? »

Un sang charbonneux dans lequel on tue les bactéridies par une température élevée n'est plus, en effet, un sang charbonneux ; il est semblable au sang que l'on pourrait prendre sur un animal sain; il ne signifie plus rien. M. Toussaint, d'ailleurs, a inoculé le charbon à des animaux qui ne contractent pas cette maladie, ou chez lesquels le charbon ne provoque que des accidents locaux sans gravité, tels que le cheval et même le mouton. Cet expérimentateur est en possession de moyens que je n'ai jamais pu obtenir ; on met entr'autres à sa disposition des troupeaux de moutons; M. Colin se plaint de n'en pouvoir obtenir. Quant à la question de la poule charbonneuse, il se plaint vivement que M. Pasteur lui ait, à cette occasion, « tendu un piège » en ne lui indiquant pas par avance le procédé qu'il employait. De même, pour retrouver le charbon dans les terres lessivées, M. Pasteur aurait pu dès l'abord faire connaître les procédés que M. Bouley vient de dévoiler en son nom.

M. Colin termine la longue énumération de ses expériences en déclarant que les virus s'atténuent d'eux-mêmes par la durée, à l'exemple du vaccin; qu'il ne s'occupe que de chercher cette virulence par les procédés qu'il lui convient de prendre et qu'il maintient formellement les résultats qu'il lui a été donné d'obtenir.

M. *Bouley* déclare se borner à répondre qu'il considère comme l'un des plus grands honneurs de son inspectorat d'avoir demandé et obtenu des pouvoirs publics des subsides pour permettre à M. Pasteur et à M. Toussaint, comme à

MM. Thomas, Arloing et Cornevin, d'instituer des expériences de la plus grande valeur pour l'avenir de notre agriculture. Si M. Colin se plaint de n'avoir pu obtenir de semblables faveurs, c'est qu'il serait vraiment singulier d'accorder des animaux ou des secours à des expériences purement négatives.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Etranglement interne; laparotomie; guérison. — Traitement de la pustule maligne. — Sonde œsophagienne laissée à demeure pendant trois cent cinq jours; emploi de cette sonde après les opérations pratiquées dans la cavité buccale.

M. *le Secrétaire général* donne lecture d'une observation adressée à la Société de chirurgie par M. *Cazin* (de Berck-sur-Mer). Un jeune homme de vingt-huit ans fut pris subitement, après une garde-robe, d'une douleur vive au voisinage de l'ombilic, avec nausées et vomissements bientôt fécaloïdes. Ventre ballonné; constipation; pas de gaz par l'anus. Pouls à 120. M. Cazin diagnostiqua un étranglement interne. Les symptômes s'accentuant de plus en plus, le chirurgien fit une incision sur la ligne médiane de l'abdomen et trouva une anse d'intestin étranglée par un diverticulum adhérent à la paroi antérieure. Le diverticulum fut coupé, lié et réduit; pansement de Lister; guérison.

— M. *Boinet* lit un mémoire sur l'emploi des injections iodées sous-cutanées dans le traitement du charbon et de la pustule maligne. C'est en 1855 qu'il a signalé les propriétés anti-septiques de l'iode dans le charbon, la morve, le farcin, etc. Il conseillait les injections dans la partie malade, puis l'application d'une ventouse sur la région et des injections sous le tissu induré.

En 1873, M. Davaine communiquait à l'Académie des expériences de destruction des bactéridies par l'iode. M. César, en 1874, fait un mémoire sur le traitement de la pustule maligne par les injections iodées. Plus tard, viennent MM. Raimbert, Chipault, et aucun auteur ne cite les travaux de M. Boinet.

M. *Théophile Anger* a observé, depuis la dernière séance, une pustule maligne sous le menton d'une femme entrée à l'hôpital Cochin; il a trouvé sous l'eschare un grand nombre de bactéries. Trois lapins inoculés moururent dans les vingt-quatre heures. La pustule fut cautérisée au fer rouge; bientôt la fièvre tomba; la malade est en voie de guérison. Dans quatre cas de pustule maligne, trois fois M. Anger n'a pas trouvé les bactéridies, et dans ces trois cas les lapins inoculés n'ont pas été malades.

M. *Trélat :* Il était juste qu'on se souvînt de la part prise par M. Boinet dans la médication iodée appliquée à la pustule maligne. En ce temps-là, on n'avait pas fait les expériences prouvant la destruction des bactéridies par l'iode. Aussi, M. Boinet voulait-il produire une eschare et établir une barrière entre la pustule et l'économie; aujourd'hui, on veut tuer les bactéridies sans isoler la pustule; on ne veut pas faire agir l'iode comme escharotique.

M. *Verneuil :* Les observations publiées en faveur des injections interstitielles sont complètes, bien faites; ces observations montrent, dans certains cas, l'impuissance des cautérisations, qui ne font pas tomber la fièvre; le malade est dans un danger imminent; alors, on prend la seringue de Pravaz, et on fait des injections de 5 en 5 centimètres autour de la pustule; dans un cas, les injections furent faites à la cuisse pour une pustule maligne du menton; aussitôt, la fièvre tombe et l'état s'améliore.

Comme M. Trélat, M. Verneuil dit que le procédé de M. Boinet est différent, puisqu'il cherche à établir un rempart pour empêcher les bactéridies de se répandre dans l'économie. L'autre méthode a la prétention d'injecter dans le sang un agent bactéridicide destiné à détruire les bactéridies dans le sang.

— M. *Lannelongue* lit un rapport sur un travail de M. Krishaber et relatif à une sonde œsophagienne laissée à demeure pendant trois cent cinq jours. Chez une femme de cinquante ans, atteinte d'une tumeur maligne de l'œsophage et du larynx, pour ne pas répéter tous les jours le cathétérisme, M. Krishaber passa une sonde œsophagienne par la narine et la laissa à demeure pour l'introduction des aliments et des médicaments. Chez un homme de soixante-cinq ans, la sonde, introduite par la narine, fut laissée en place pendant quarante-cinq jours.

L'idée de laisser une sonde à demeure dans l'œsophage n'est pas nouvelle. Seulement, Gerdy l'introduisit par la bouche. On voit dans la thèse de Follin que Leroy (d'Etiolles) laissa aussi une sonde à demeure dans l'œsophage. Cela prouve la tolérance de l'œsophage pour la sonde. En 1800, sur une femme, Boyer introduisit la sonde par la bouche et la ramena ensuite dans la narine gauche au moyen de la sonde de Belloc. Le quatorzième jour, la malade enleva la sonde; Boyer en introduisit une plus grosse pendant cinq mois. La malade mourut de faiblesse. Wattson, en 1845, passe une sonde œsophagienne par le nez et la laisse pendant un mois.

La présence d'une sonde en gomme dans la narine ne paraît pas avoir grand inconvénient. Dans la staphyllorrhaphie, M. Lannelongue hésiterait à introduire la sonde œsophagienne comme le conseille M. Krishaber; on pourrait avoir une désunion des tissus. Pour les opérations pratiquées sur la bouche, sur la langue, la sonde œsophagienne paraît devoir être très utile pour l'alimentation des opérés. En résumé, M. Krishaber a tiré de l'oubli et rajeuni un procédé, et il l'a étendu à diverses opérations.

M. *Verneuil* savait qu'un malade de M. Krishaber avait porté une sonde œsophagienne pendant longtemps. Il y a dix ans, on amena à M. Verneuil un enfant atteint de bec-de-lièvre et menacé de mourir de faim; M. Verneuil passait une sonde tous les matins et introduisait dans l'estomac du lait et du bouillon.

Depuis, un élève des hôpitaux, M. Faucher, a inventé une sonde que le malade déglutit lui-même et qui est bien supportée par les tissus. Quand on a fait une opération sur la langue ou sur la bouche, le malade a soif et faim, il s'amaigrit et ne peut avaler. M. Verneuil a vu un opéré se laisser mourir de faim à cause des douleurs qu'occasionnait la déglutition. En novembre dernier, un homme entre à l'hôpital; on lui enlève la moitié du maxillaire inférieur; l'opéré s'habitua très bien au passage d'une petite sonde par la narine.

Chez un autre homme, ablation d'un épithélioma de la base de la langue et des ganglions. Le malade avait pu s'habituer avant l'opération au passage des sondes œsophagiennes. Aussi, deux heures après l'opération, il pouvait boire du bouillon, du lait, du vin; il ne souffrit jamais ni de la soif ni de la faim. Voilà un moyen sûr de faire échapper nos opérés à la mort par inanition.

M. *Trélat* adoptera ce procédé pour les ablations de la langue ou de parties de maxillaire, car il a vu mourir deux opérés de soif et de faim. Les sondes en caoutchouc souple sont d'origine récente, c'est pour cela qu'on n'avait pas songé plus tôt à ce procédé. Kocher (de Berne) introduit la sonde œsophagienne par la plaie du cou après l'ablation du cancer de la base de la langue ou des amygdales. Dans la staphyllorrhaphie, la sonde serait nuisible; si la guérison doit suivre, elle vient rapidement et il n'est pas nécessaire de passer la sonde.

L. LEROY.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Traitement de l'urticaire intermittente : M. Dumontpallier. — Traitement des névralgies par le sulfate de cuivre ammoniacal : M. Féréol. — Thérapeutique des affections du foie et du rein : M. Dujardin-Beaumetz. — Introduction des aliments ou des médicaments par les narines : M. Fernet.

M. *Dumontpallier* a eu l'occasion d'observer dans ces derniers temps plusieurs cas d'urticaire intermittente dont les poussées se montraient surtout la nuit, s'accompagnant de douleurs vives et d'insomnie, et revêtaient une allure périodique très nette. Il a employé contre cette affection le sulfate de quinine à la dose de 0gr,50 et l'eau de Vichy à l'intérieur, mais n'a pas obtenu de résultats satisfaisants; un malade, entre autres, souffre depuis plus de trois semaines de cette pénible affection.

M. *Féréol* pense que la dose de sulfate de quinine était un peu faible; d'ailleurs, il faut continuer longtemps le traitement dans une maladie aussi rebelle. Pour lui, il s'est toujours bien trouvé de l'emploi de la liqueur de Fowler.

M. *E. Labbée*, dans des cas analogues, a prescrit l'arséniate de soude à la dose de 1 centigramme et des lotions, soit avec l'eau vinaigrée, qui calme le prurit, soit avec une solution mercurielle qui paraît avoir un effet curatif sur l'éruption. Il formule ainsi cette solution : eau distillée, 125 grammes; bichlorure de mercure, 1 gramme; alcool, quantité suffisante pour dissoudre. Une cuillerée à café dans un verre d'eau pour lotions.

M. *Blondeau* a toujours obtenu de bons effets du traitement arsénical. Il donne aux adultes deux cuillerées à café de la solution suivante : arséniate de soude, 0gr,05; eau distillée, 100 grammes. Pour les enfants, on modifie la formule en portant à 150 grammes la quantité d'eau destinée à la solution. Ce traitement demande à être continué longtemps, avec une interruption de dix jours chaque mois; on peut en outre prescrire les lotions alcalines et les bains alcalins.

M. *Féréol* pense que les bains alcalins sont peut-être contre-indiqués par ce fait que les bains tièdes font apparaître de nouveau l'éruption lorsqu'elle commence à s'effacer. Il a constaté à diverses reprises l'action palliative manifeste des lotions vinaigrées.

M. *Bucquoy* est également d'avis que, dans l'urticaire à forme aiguë, les bains sont mal supportés, mais il les croit, au contraire, utiles dans la forme chronique. Il a employé avec succès l'arséniate de soude et pense que le bromure de potassium serait utile pour combattre l'hyperesthésie. Dans les cas aigus, il s'est bien trouvé des *bains pulvérulents* consistant dans la projection de poudre d'amidon sur tous les points où siège l'urticaire.

M. *Blondeau* s'est servi, dans le même but, d'un mélange de poudre d'amidon et d'oxyde de zinc; il n'a eu qu'à se louer de ce procédé.

— M. *Féréol* donne lecture d'une note sur *le traitement des névralgies par le sulfate de cuivre ammoniacal.* Depuis sa première communication sur ce sujet, datant de dix-huit mois, il a essayé cette médication dans de nombreux cas; il reconnaît qu'il a eu un certain nombre d'insuccès, mais aussi quelques résultats remarquables. Après un traitement de huit jours, il a obtenu une amélioration considérable chez une femme de soixante et onze ans souffrant d'une névralgie rebelle sus et sous-orbitaire : vers le quinzième jour, la malade était entièrement guérie. Il rapporte diverses observations qui lui ont été communiquées par quelques-uns de ses confrères. M. Moutard Martin a employé, à l'Hôtel-Dieu, le sulfate de cuivre ammoniacal; il a guéri, après douze jours de ce traitement, une jeune femme, non syphilitique ni hystérique, d'une névralgie faciale ayant résisté à l'iodure de potassium et à l'aconitine; il a obtenu de même la disparition d'une névralgie cervico-dorsale, au bout de six jours, chez une vieille femme traitée jusque-là sans succès par l'iodure de potassium et la vératrine. M. Maurice-Raynaud a également obtenu deux succès remarquables, dont l'un chez une femme de quatre-vingts ans atteinte d'une névralgie sus et sous-orbitaire rebelle à tous les traitements et compliquée d'un glaucome ayant nécessité l'extirpation du globe oculaire; le sulfate de cuivre ammoniacal amena de suite une amélioration marquée et la guérison était complète et définitive au bout de quinze jours. Deux autres observations analogues ont été recueillies par M. le docteur Machado. Il arrive parfois que des malades guéris d'une première atteinte de névralgie par l'emploi du sulfate de cuivre ammoniacal sont, lors de rechute, absolument réfractaires à l'action de ce médicament; c'est donc un moyen infidèle, mais auquel on devra cependant recourir, puisqu'il a permis d'obtenir un assez grand nombre de succès. La potion préparée avec cette substance offre un goût très désagréable, occasionne parfois des nausées, une sorte d'anesthésie du sens du goût, et presque toujours détermine un état saburral des premières voies digestives; aussi M. Féréol emploie-t-il la préparation cuprique sous la forme de poudre : sulfate de cuivre ammoniacal, 0gr,02; sous-nitrate de bismuth, 0gr,25; pour un cachet Limousin. On doit en prendre cinq par jour; deux à chaque repas et le cinquième avec un peu de lait. On peut augmenter la dose jusqu'à dix cachets. On évite ainsi les vomissements et l'état saburral de la langue.

M. *Blondeau* pense que, pour obtenir plus facilement la tolérance, on pourrait associer l'opium à la formule précédente.

M. *Dumontpallier*, rapprochant les effets thérapeutiques de ce médicament des guérisons obtenues dans les névralgies par l'application de plaques de cuivre, pense trouver dans ce fait une confirmation de la théorie de la métallothérapie. La constatation de la *sensibilité au cuivre* serait dès lors une indication de l'emploi du sulfate de cuivre à l'intérieur.

M. *Dally* croit que, lors d'application de plaques métalliques, c'est le courant électrique produit par cette pile élémentaire qui agit sur la névralgie.

M. *Dumontpallier* rappelle que les expériences de MM. Charcot et Regnard ont en effet démontré qu'il y avait production d'un courant électrique faible, et qu'on pouvait obtenir les mêmes effets avec une pile donnant un courant de même intensité : seulement, dans ce dernier cas, la suppression des phénomènes morbides n'est que momentanée. La sensibilité au cuivre n'en serait pas moins une indication de l'emploi du métal à l'intérieur.

M. *C. Paul* fait observer que le corps humain est mauvais conducteur de l'électricité, et que le courant ne doit cheminer qu'à la surface de la peau; d'ailleurs, les expériences de MM. Schiff et Maggiorani ont prouvé qu'on obtenait des effets thérapeutiques tout semblables en enveloppant les plaques métalliques d'un corps isolant.

— M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage à la Société du premier fascicule de la seconde partie de son *Traité de clinique thérapeutique*, renfermant le traitement des affections du foie et du rein. Il insiste sur le pouvoir destructif du foie à l'égard de certains alcaloïdes : la nicotine, l'hyosciamine, le curare sont dans ce cas; c'est ce qui explique la différence d'action de ces substances introduites dans les voies digestives, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané, et, en particulier, l'innocuité du curare absorbé par la voie stomacale. Certains médicaments, comme la duboisine, sont accumulés dans le foie sous forme d'albuminates, puis éliminés par le courant biliaire au bout d'un certain temps; ils arrivent ainsi

dans l'intestin s'ajouter à la dose ingérée quotidiennement et déterminent alors les phénomènes connus sous le nom *d'accumulation des doses*. L'auteur signale, en outre, l'intérêt qui s'attache à la détermination exacte du pouvoir éliminateur du rein à l'égard des divers médicaments et l'importance d'une étude complète de l'influence de l'alimentation sur le taux de l'albumine dans les différentes néphrites.

— M. *Fernet* lit une note sur l'alimentation et l'introducduction de liquides médicamenteux par les narines lorsque la voie buccale est difficile ou impossible à employer; ainsi, dans le cours de l'apoplexie, de la méningite tuberculeuse, chez les asphyxiés, chez les nouveau-nés trop débiles pour pratiquer une succion suffisamment énergique, ce procédé a pu rendre de grands services. M. Fernet reconnaît qu'il n'est point l'inventeur de cette méthode, mais il désire la vulgariser et en faire apprécier les avantages. Le manuel opératoire est des plus simples : le malade étant couché sur le dos, la tête renversée en arrière, on introduit le bec d'une cuiller ou celui d'une petite théière dans la partie postérieure de l'une des narines et l'on verse *doucement* le liquide que l'on veut faire absorber; celui-ci arrive dans le pharynx et détermine les mouvements réflexes de déglutition qui sont le plus souvent conservés. Si l'introduction du liquide était trop rapide, quelques gouttes pourraient s'égarer dans le larynx et déterminer des accès de toux; mais ordinairement l'opération s'accomplit sans aucune difficulté.

M. *C. Paul* rappelle que le docteur Morel, de Bruxelles, a employé ce procédé dans un cas de trismus strychnique.

M. *Créquy* a légèrement modifié ce procédé, afin de faire pénétrer le liquide au-delà du voile du palais, chez une malade maniaque qui se prêtait difficilement à l'opération. Il s'est servi d'un tube de caoutchouc adapté à un petit entonnoir de verre; le tube était introduit par la narine jusque dans le pharynx, de telle sorte que le soulèvement convulsif du voile du palais ne pouvait déterminer le reflux du liquide par la narine opposée.

M. *Fernet* croit que, lorsqu'on verse *lentement* le liquide *tiède*, le voile du palais ne se contracte pas, et jamais il n'a vu le reflux par l'autre narine. Il pense cependant qu'il peut en être ainsi lorsque l'on injecte le liquide sous pression dans les fosses nasales.

M. *Trasbot* rappelle que ce procédé est très anciennement employé dans la médecine vétérinaire pour faire déglutir des médicaments aux animaux qui se défendent; lorsque le liquide est versé doucement, on n'observe ni reflux nasal ni quintes de toux.

— A cinq heures et demie, la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

De l'atropine dans le traitement de l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne, par M. le docteur Théobald.

En se basant sur les bons effets de l'atropine dans les maladies de l'œil, M. le docteur L. Théobald a essayé ce moyen dans les affections de l'oreille, et il a pu se convaincre qu'il a également dans ces cas de l'importance. Parfois il a trouvé que l'atropine influençait favorablement les inflammations du conduit auditif externe; cependant, il a remarqué l'effet le plus actif dans les inflammations aiguës de l'oreille moyenne, accompagnées de violentes douleurs, spécialement chez les enfants; puis, dans les cas d'otite moyenne intense survenant après des exanthèmes fébriles. L'auteur fait instiller dans l'oreille 8 à 10 gouttes d'une solution aqueuse (4 grammes pour une once, ou environ 0,1 : 10.0) et les y laisse 10 à 15 minutes. Suivant les circonstances, l'instillation peut être répétée toutes les 3 ou 4 heures. Lorsque le tympan était intact, il n'a jamais vu se produire d'effet général; dans un cas où le tympan était perforé, et où le moyen avait été employé plusieurs fois des deux côtés, il apparut une dilatation des pupilles chez une petite fille de trois à quatre ans. Cependant, l'auteur laisse indécise la question de savoir s'il n'y a pas eu transport direct de la solution sur l'œil, au moyen des doigts de l'enfant. Le docteur Théobald a eu l'occasion de se convaincre de l'efficacité de l'atropine chez son propre enfant. (*Archives médicales belges*, décembre 1880.)

Du diagnostic de la vaginite et de la métrite par l'inspection de l'urine au microscope, par M. le docteur Heitzmann.

L'auteur appelle l'attention sur les diagnostics différentiels résultant de l'examen de l'urine de l'homme ou de la femme. Dans l'urine de la femme, il établit que par le microscope on découvre presque toujours des débris d'épithélials vaginaux, excepté dans l'urine des femmes vierges. La présence de corpuscules de pus, jointe à une grande quantité d'épithélials du vagin, indique l'existence d'une vaginite. Des épithélials plus développés et à angles très aigus existaient dans la portion vaginale du col de l'utérus; si on en trouve dans l'urine, en même temps que des corpuscules de pus, on pourra diagnostiquer une métrite du col. Des épithélials *ciliairès*, soit en bloc, soit séparément, en portions plus allongées, quelques-uns d'entre eux pouvant être *ciliaires*, se rencontrent fréquemment dans l'urine des femmes atteintes de métrites. Des corpuscules de pus provenant de l'utérus peuvent également être *ciliaires*. Il faut se tenir en garde contre les erreurs dues à la présence de minces *pseudopodia* ou de *bactéridies*. D'après l'auteur, de semblables corpuscules de pus *ciliaires* sont tout à fait caractéristiques dans l'urine, dans des cas de métrites. La présence de débris de tissus connectifs indique toujours l'ulcération. On comprend l'importance de ce signe lorsqu'il vient s'ajouter à ceux que nous avons mentionnés. (*New-York medical Record*, 31 juillet 1880.)

Travaux à consulter.

Un nouveau réactif des tissus amyloïdes, par M. Curschmann. — Il s'agit du *vert de méthyle*, qui prend une teinte franchement violette au contact des éléments amyloïdes, tandis que les tissus sains conservent une coloration vert clair. Chaudement patronné par l'auteur, qui affirme que cette réaction surpasse, comme élégance et netteté, toutes celles qui ont été indiquées jusqu'ici. Le mode d'emploi se conçoit aisément. — Chose curieuse! les cylindres hyalins, dans l'urine, participent à cette coloration violette. (*Virchow's Archiv*, t. LXXIX.)

De la résorption des muscles morts, par M. Litten. — Dans un cas de gangrène sèche de la jambe, consécutive à une embolie, Litten a constaté, dans les muscles de la partie gangrenée, toutes les dégénérescences décrites en pareil cas (dég. cireuse, vitreuse, granulo-graisseuse); ces formes peuvent être encore considérées comme des états du muscle vivant, vivant mal, sans doute, mais non mort. — Au milieu des fibres ainsi dégénérées, s'en trouvaient d'autres, atteintes de ce qu'il nomme *dégénérescence cylindroïde* : la fibre devient tubulée et, dans la lacune qui en constitue le centre, on observe des sortes de cellules géantes. Dans ces cas, la fibre serait privée de vie, et les leucocytes, pénétrant dans son intérieur, se fondant en myéloplaxes, en détermineraient la résorption. (*Virchow's Archiv*, t. LXXX.)

L'étiologie de la pelade, par MM. Schultze et Michelson. — Dans le même fascicule des *Archives de Virchow*, se trouvent deux mémoires fort intéressants sur cette question, aboutissant

d'ailleurs à des conclusions diamétralement opposées : le premier, défendant la doctrine parasitaire ; le second, la niant d'une façon absolue, tout en avouant qu'il est incapable de rien mettre à sa place. (*Virchow's Archiv*, t. LXXX, fasc. 2.)

De la ponction des épanchements pleurétiques, par M. Goltdammer. — Plaidoyer chaleureux en faveur de la ponction. Goltdammer ponctionne tous les épanchements, même les plus faibles, généralement avec l'aiguille de Dieulafoy. Les principaux reproches adressés à la méthode sont les morts subites et la transformation purulente de l'épanchement. Or, les morts subites, dont on ignore la cause, ne peuvent certainement pas être attribuées à la ponction : sur 200 cas, l'auteur n'a jamais observé qu'une syncope. Quant à la suppuration pleurale, c'est une question de désinfection minutieuse des instruments. Les indications principales de la ponction sont la dyspnée et la résorption retardée. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n°s 19, 20.)

De l'action de l'acide benzoïque dans le rhumatisme polyarticulaire aigu, par H. Senator. — Ce médicament, employé dans 46 cas de rhumatisme aigu, paraît posséder des propriétés analogues à l'acide salicylique ; toutefois, son action est moins énergique. Il a le grand avantage de pouvoir être supporté plus facilement par les malades, et être administré jusqu'à 15 ou 20 gr. par jour sans inconvénient. Il mérite d'être recommandé dans les cas, encore assez fréquents, où les salicylates demeurent inactifs. (*Zeitsch. für klin. Med.*, t. 1.)

La température du cerveau, par M. Maragliano. — Recherches expérimentales. Conclusions :

1° Les thermomètres placés sur la peau de la tête indiquent exactement les variations thermiques de l'encéphale ;

2° La température du côté gauche est toujours supérieure à celle du côté droit;

3° La température des deux régions antérieures est supérieure à celle de la région postérieure, qui se trouve près de la protubérance ;

4° L'activité d'esprit, l'âge et le sexe exercent une influence considérable sur la température du cerveau.

La première conclusion, dont découlent les autres, ne nous paraît pas démontrée. Les expériences ont été faites sur le cadavre. On injectait dans le crâne de l'eau à diverses températures, et on notait les degrés d'un thermomètre appliqué sur le cuir chevelu. Qui ne voit combien ces conditions s'écartent de celles de la vie ? (*Cent. für Med. Wiss.*, 1880, n° 27.)

Sciatiques guéries par les courants continus, par M. V.-P. Gibney. — L'auteur rapporte quinze cas de sciatique rebelle guéris par l'application des courants continus. Le point le plus important à noter, c'est que le nombre des séances est relativement petit (quinze en moyenne). Il n'est pas nécessaire d'avoir des batteries très fortes ; des courants moyens ont semblé préférables. Il pense que la direction du courant n'a qu'une importance secondaire ; cependant il a toujours employé les courants descendants. Il place le pôle positif sur le tronc du nerf à son point d'émergence, et le pôle négatif au siège de la douleur. La durée des séances doit être de dix minutes environ. (*The American Practitioner*, mars 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

Le diabète sucré chez l'enfant, par le docteur H. Leroux. — 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Bien qu'on ait signalé depuis longtemps l'existence du diabète chez les enfants, peu d'auteurs en ont fait une étude spéciale. Il n'en est même pas question dans le traité de Rilliet et Barthez. Bouchut en donne quelques observations. Lécorché lui consacre un court chapitre. La thèse du docteur Redon (1877) est le premier travail un peu étendu qui ait paru en France sur ce sujet. M. le docteur Leroux pouvait donc se considérer comme placé en face d'une question, sinon neuve, au moins incomplètement étudiée.

Le diabète sucré est rare chez l'enfant. C'est entre onze et quatorze ans qu'on l'observe de préférence. Contrairement à ce qu'on voit chez l'adulte, où le diabète existe bien plus fréquemment chez les hommes, il semble que, dans l'enfance, la proportion se répartit plus également entre les deux sexes, et que peut-être il y a prédominance chez le sexe féminin. L'hérédité paraît jouer un rôle très important dans l'étiologie du diabète infantile. Les statistiques très sérieusement contrôlées de M. Leroux laissent peu de doute à ce sujet.

Les lésions qu'on a rencontrées à l'autopsie des diabétiques sont trop variées, souvent même trop contestables, pour qu'on les considère comme caractéristiques. C'est surtout du côté du système nerveux central que les recherches ont été dirigées. On a singulièrement exagéré la fréquence des lésions pulmonaires. Le foie, souvent sain, est quelquefois en dégénérescence graisseuse, comme dans la plupart des cachexies. Même remarque pour les reins.

Les symptômes du diabète sont à peu près identiques chez l'enfant et chez l'adulte; il y a cependant des différences à indiquer. Chez l'enfant, d'une manière générale, la proportion de sucre est relativement plus considérable. M. Leroux a observé le chiffre énorme de 988 grammes pour 15 litres d'urine rendue en vingt-quatre heures. Le malade a guéri.

La gingivite ulcéreuse, la carie dentaire, le muguet s'observent fréquemment.

Ainsi que chez l'adulte, on observe chez les enfants des lésions superficielles des organes génitaux externes : érythème vulvaire, phimosis, balano-posthite. M. Leroux ne paraît pas avoir recherché, dans ces cas, les microphytes qui se développent si souvent sur les parties baignées par l'urine sucrée, et dont le rôle ne paraît pas contestable dans ces lésions de l'appareil génital.

Le diabète gras n'a jamais été signalé chez l'enfant. L'amaigrissement est quelquefois porté à un tel degré qu'on croit, au premier abord, avoir affaire à une amyotrophie d'origine spinale.

La marche du diabète infantile est rapide. Chez les enfants très jeunes, la mort peut arriver en moins d'un mois. Dans un quart seulement des cas observés, la maladie a duré plus de deux ans. La mort est la terminaison la plus habituelle : 81 décès pour 13 guérisons. L'institution d'un traitement régulier dès le début des accidents a une influence considérable sur l'issue de la maladie. C'est surtout chez les enfants qu'on observe ces terminaisons rapides, que Kussmaul (1874) a rapportées à une intoxication spéciale : l'*acétonémie*. La dyspnée, l'agitation, le coma final constitueraient les principaux symptômes de cette intoxication. Les nausées, les vomissements y sont fréquents. L'acétone se formerait dans les voies digestives, soit aux dépens des aliments féculents, soit aux dépens du sucre hépatique. Il n'y aurait pas d'empoisonnement direct, mais une altération du sang, qui prend un aspect crémeux, et dont les globules sont réduits en débris granuleux. Le sang et l'urine chauffés donnent vers 40 degrés l'odeur de l'acétone.

Cette théorie de l'acétonémie, que Lécorché paraît accepter assez volontiers, a été vivement attaquée en Angleterre. Si l'on considère que dans les derniers jours les urines sont assez fortement chargées d'albumine, on est porté à se demander, avec M. Leroux, si l'on n'a pas souvent eu affaire à des accidents purement urémiques.

Le pronostic du diabète infantile est, comme nous l'avons vu, particulièrement grave. La guérison est certainement possible lorsque la maladie est traitée à temps ; mais il faut tenir grand compte des récidives. L'apparition de l'albuminurie a toujours été l'indice d'une fin prochaine.

VARIÉTÉS

Vaccination et revaccination. — Quelques personnes, et parmi elles certains confrères, nous demandent encore, de temps à autre, ce que nous pensons des *vaccinations* et re-

vaccinations en temps d'épidémie variolique. Nous n'hésitons pas à répondre qu'on ne peut rien faire de mieux.

Cette opinion repose sur l'analyse minutieuse de toutes les relations d'épidémies transmises à l'Académie depuis 1870 et antérieurement.

L'opinion contraire n'est basée que sur la mauvaise interprétation des faits observés et, en particulier, sur quelques cas de variole développée chez des individus, vaccinés ou revaccinés, alors qu'ils étaient déjà en puissance de variole.

Hippolyte Blot,

directeur du service de la vaccine à l'Académie de médecine.

Statistique médicale de Paris. — Dans sa séance du vendredi 18 février dernier, la commission de statistique municipale parisienne, après avoir entendu le rapport présenté par M. le docteur Bertillon, constatant les services qu'ont rendus les médecins traitants, pendant l'année précédente, pour la détermination des causes de décès, a pris la résolution suivante : « La commission vote des remerciements au corps médical pour le concours dévoué qu'il a prêté, en 1880, aux travaux de la statistique sanitaire; et décide qu'une note rappelant le vote qu'elle vient d'émettre sera publiée dans un des prochains numéros du *Bulletin hebdomadaire*. »

— A ce sujet, rappelons que tous nos confrères de Paris ont reçu de M. le docteur Bertillon, qui continue, avec une activité et une persévérance si louables, à solliciter leur concours pour arriver à établir une statistique exacte de la morbidité et de la mortalité parisiennes, un carnet de *cartes postales* Sur ces cartes, extraites d'un registre à souche que le médecin conserve et sur lequel il inscrit le nom du malade, auquel il a été appelé à donner ses soins, devront être notifiés : une lettre indicative de la maladie, la date de sa constatation, la date probable de son début; le sexe, l'âge, la profession, le domicile du malade, enfin, s'il est possible, les présomptions d'origine de la maladie. Il paraît qu'il n'est fait de ces cartes qu'un usage restreint. Les renseignements demandés seraient pourtant d'autant plus précieux, qu'ils pourront être considérés comme plus authentiques. Nous engageons vivement tous nos confrères à répondre à l'appel qui leur est adressé. Si l'on ne peut prévoir, dès aujourd'hui, tous les services que rendront ces enquêtes individuelles, il n'est point permis d'en contester l'utilité ni surtout l'opportunité.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur G. Hayem commencera son cours de thérapeutique et matière médicale le samedi 19 mars, à cinq heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. Bazy, docteur en médecine, est délégué provisoirement dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Quénu. — M. Haussmann est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1880-1881, des fonctions de préparateur des cours de pathologie externe, en remplacement de M. Marchand, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Coutagne, docteur en médecine, est nommé chef des travaux de médecine légale. — M. Guérin est nommé chef des travaux de chimie organique et de toxicologie (emploi nouveau).

Ecole de médecine de Toulouse. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle sera ouvert le 3 novembre 1881. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Viandes de porc américaines. — M. H. Bouley vient de remplir une mission officielle au Havre, où il existe un stock considérable de viandes de porc américaines. Le Havre reçoit annuellement 40 millions de kilogrammes de ces viandes. Un service d'inspecteurs examinera toutes les viandes existant en ce moment dans les magasins de la douane, et les morceaux non contaminés seront livrés immédiatement au commerce.

Fermentation et contagion. — M. Pasteur, membre de l'Institut, vient de recevoir la grande médaille d'or de la Société des agriculteurs de France pour ses belles recherches sur les fermentations et les contagions au point de vue des applications médicales et agricoles.

Société de médecine pratique. — *Prix à décerner en janvier* 1883. — La Société décernera un prix de 300 francs, argent et médaille, à l'auteur du meilleur travail manuscrit inédit qui lui sera communiqué pendant les années 1881 et 1882. Ce prix sera délivré tous les deux ans.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Worms, ancien médecin principal de l'armée, dont nous annoncions récemment la promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur. M. Worms avait été longtemps médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou. Parvenu à l'âge de la retraite, il s'était livré, avec succès, à la pratique civile de la médecine.

— On nous annonce aussi la mort d'un médecin très distingué de Florence, M. le docteur Zanetti.

Obstétrique. — M. le docteur E. Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine, recommencera son cours de manœuvres et opérations obstétricales le mardi 15 mars, à une heure et demie, 5, rue de l'Odéon. Il traitera de l'action comparative de l'ancien et du nouveau forceps. — Leçons les mardis, jeudis et samedis.

Mortalité a Paris (9e semaine, du vendredi 25 février au jeudi 3 mars 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1125, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 53. — Variole, 24. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 50. — Dysenterie, 3. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 52. — Phthisie pulmonaire, 198. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 62. — Bronchite aiguë, 38. — Pneumonie, 80. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 38; au sein et mixte, 37; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 82; de l'appareil circulatoire, 88; de l'appareil respiratoire, 57; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 25. — Causes non classées, 7.

Bilan de la 9e semaine. — Légère amélioration de la santé publique (1125 décès au lieu de 1177), peu marquée sans doute, mais portant sur presque toutes les maladies épidémiques les plus redoutables (53 décès typhiques au lieu de 56; — 24 décès par variole au lieu de 33; — 50 par diphthérie au lieu de 56, etc.). C'est au moins ce qui résulte de la comparaison des chiffres de décès. Toutefois, c'est la morbidité qu'il faudrait pouvoir consulter, car c'est elle qui renseignera bien plus sûrement et bien plus promptement les praticiens sur les conditions sanitaires de leurs quartiers. Ce résultat sera pleinement acquis le jour où la majorité d'entre eux voudra bien envoyer au Service les cartes postales de morbidité; mais, jusqu'à ce jour, leurs communications ne nous paraissent pas assez nombreuses. Les décès par fièvre typhoïde ont continué faiblement leur mouvement de baisse (53 au lieu de 56), mais non pour la garnison, dont les décès typhiques sont un peu plus nombreux (10 au lieu de 7); la caserne de l'École-Militaire en compte encore 2; la caserne Dupleix, 2; celle du Château-d'Eau, 1. Dans le groupe des affections épidémiques, les décès par coqueluche sont les seuls qui se soient accrus.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 17 mars 1881.

Académie de médecine : Vaccination et revaccination obligatoires.

Dans sa dernière séance, l'Académie a entendu un rapport officiel de M. Proust sur les accidents auxquels sont exposés les mineurs; un mémoire de M. Mesnet, relatif à l'hémoglobinurie qui mérite toute l'attention de nos lecteurs; un rapport de M. Léon Colin sur la variole des Esquimaux, déjà lu par lui au Conseil d'hygiène publique et de salubrité; et enfin la relation d'un cas d'hystérotomie, par M. Terrier.

Sur l'invitation expresse de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie va se mettre en mesure de donner son avis sur la vaccination obligatoire. Une commission a été nommée, et l'on compte que le rapport pourra être lu et discuté mardi prochain. En attendant, nous croyons devoir présenter quelques remarques sur cette question si importante.

On se rappelle que la Chambre a voté une seconde délibération sur la proposition de M. le docteur Liouville, tendant à rendre la vaccination et la revaccination obligatoires.

Cette question de l'obligation paraît être particulièrement irritante pour certains esprits. Ils y voient une atteinte à la liberté individuelle, et, pour justifier leurs répugnances, accumulent contre la vaccine des accusations déjà bien anciennes, d'ailleurs toujours identiques, et auxquelles on a maintes fois répondu. Il convient donc de jeter un coup d'œil rapide sur ces objections et de les réduire à leur juste valeur avant de discuter la légitimité de l'obligation elle-même

Il est évident que la variole n'apparaît pas aux yeux de nos contemporains sous l'aspect lugubre qu'elle présentait avant que la pratique de la vaccination fût instituée. On a oublié les ravages de cet épouvantable fléau détruisant des populations entières dans le nouveau monde, prélevant au siècle dernier une dîme de un douzième sur la population de l'Europe, défigurant la plupart de ceux qui échappaient à la mort, laissant à sa suite des infirmités incurables parmi, lesquelles la cécité occupait la plus grande place. Tout cela est bien loin de nous. Il semble que les dangers de la variole ne soient plus les mêmes aujourd'hui, que le virus ait perdu de son activité. On serait même porté à croire que la variole tend naturellement à disparaître comme beaucoup d'autres fléaux. Malheureusement pour les optimistes, les faits se chargent parfois de démentir brutalement cette sécurité trompeuse. L'épidémie de 1870-71, qui a enlevé en France plus de 200 000 personnes, a montré que le fléau pouvait, dans certaines conditions, se réveiller avec tous ses dangers. Dans un cadre beaucoup plus restreint, n'avons-nous pas vu dernièrement huit malheureux Esquimaux non vaccinés succomber en quelques jours à une des formes les plus malignes de la maladie?

L'action préservatrice de la vaccine ne peut être sérieusement mise en doute. Il suffit, pour la rendre saisissante, d'un regard jeté sur un des nombreux tableaux statistiques qui ont été publiés partout. Certains pays, qui comptaient avant l'introduction de la vaccine jusqu'à 14 000 décès de varioleux sur 1 million d'habitants, ont vu ce chiffre descendre à 182, sous l'influence de la vaccine (Trieste).

Il est inutile de s'arrêter à démontrer des faits aussi éclatants.

L'influence de l'obligation n'est pas moins évidente. Quelques chiffres suffiront.

La proportion de décès par la variole dans les Pays-Bas, observée pendant cinq ans (1868 à 1873), était de 5721 par million d'habitants; en Prusse, de 5767. Dans ces deux pays la vaccination n'était pas obligatoire. En Angleterre, où l'obligation existait, la mortalité était dans le même laps de temps et pour 1 million d'habitants, de 2376; en Suède, de 1339. Ces résultats ne peuvent être contestés. Aussi les adversaires de la vaccine se sont-ils rejetés sur d'autres considérations.

Parlerons-nous de ces théories au moins bizarres d'après lesquelles la vaccine ne ferait que déplacer la mortalité en rendant l'organisme plus accessible à d'autres maladies : la fièvre typhoïde par exemple, les tubercules, la scrofule, le cancer, etc.? Pour M. Verdé-Delisle, la variole serait une crise salutaire indispensable, faute de laquelle des principes malsains originels s'accumulent dans l'organisme et y deviennent la source de terribles maladies. Cette théorie des germes innés infectant l'organisme et auxquels la variole ouvrait une soupape de sûreté n'avait vraiment pas besoin des réfutations de MM. Bertillon (1855), Crocq (1860), Lotz (1880).

Arrivons à des objections plus sérieuses. La vaccination n'est pas toujours inoffensive. Elle a été plus d'une fois la

porte d'entrée de maladies graves, de la syphilis en particulier. On ne saurait donc obliger les gens à courir les risques de pareilles maladies.

Il est incontestable que la vaccination peut, comme toute autre piqûre, tout traumatisme, si léger qu'il soit, déterminer des accidents. On les évitera le plus souvent en se servant de virus parfaitement pur, en veillant à la propreté parfaite des instruments, en évitant de vacciner les enfants au moment des poussées éruptives et généralement quand leur santé n'est pas bonne. Ces précautions restreindront certainement les manifestations morbides variées qui peuvent se montrer à la suite de l'inoculation et dont l'importance ne saurait entrer en balance avec l'immunité que procure la vaccination.

L'inoculation de la syphilis est la grande objection des vaccinophobes. C'est le seul danger vraiment à craindre. La science en compte à peu près 50 cas ayant produit 750 infections environ. N'oublions pas que ces accidents se répartissent sur plus de cent millions de vaccinations. Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop étudier dans quelles conditions ces regrettables accidents se sont produits et rechercher les moyens de les éviter.

Sous ce rapport, une observation bien intéressante a été faite par le docteur Lotz. Il établit qu'aucun cas de syphilis n'a été signalé dans les pays où la vaccine est depuis longtemps obligatoire (Suède, Hanovre, Wurtemberg, etc.). Dans ces pays, en effet, la vaccination est pratiquée par des médecins spéciaux connaissant le danger et prenant les précautions nécessaires.

Ces précautions sont connues depuis longtemps. Le choix du vaccinifère est, sous ce rapport, d'une importance capitale. Le vaccin animal met à l'abri de tout danger. Si on emploie du vaccin humain, il faut choisir de préférence un enfant ayant passé l'âge où se manifestent les accidents contagieux de la syphilis congénitale (trois mois environ); avoir soin de n'insérer que de la lymphe vaccinale sans aucun mélange de sang. La lancette ou l'aiguille doit être essuyée soigneusement après chaque vaccination. De cette façon, si on vaccine par mégarde un enfant syphilitique, le sang pris par le fait même de la piqûre ne pourra pas contaminer l'enfant qu'on vaccinera après lui. Il serait par cela même utile d'examiner préalablement, au point de vue de la syphilis, non seulement le vaccinifère, mais encore les enfants qu'on devra vacciner.

Quoi qu'il en soit, la transmission de la syphilis par la vaccination constitue un danger des plus sérieux, qui doit toujours tenir le médecin en éveil et lui commander les plus grandes précautions. Ceux que l'expérience d'un bon vaccinateur ne rassure pas peuvent, en définitive, s'adresser exclusivement au vaccin animal, sans crainte de la morve vaccinale imaginée pour les besoins de la cause.

Ce dépouillement rapide du dossier de la vaccine, au double point de vue de ses avantages incontestables et des reproches le plus souvent immérités qui lui ont été adressés, était nécessaire pour mieux apprécier la question de l'obligation, que nous avons principalement en vue.

Le fait que la vaccination est le meilleur moyen de se préserver de la variole n'est plus aujourd'hui sérieusement contesté, et parmi ceux qui combattent l'obligation il n'en est peut-être pas un seul qui osât assumer la responsabilité de priver ses enfants ou ses proches du bénéfice de la vaccine. Ce n'est vraiment pas pour les gens éclairés que la loi de l'obligation est nécessaire. Elle a pour but de généraliser une mesure dont les ignorants seuls voudraient s'affranchir. Elle viole, dit-on, la liberté individuelle. Mais, si l'individu a strictement le droit de braver une maladie ou même de se l'inoculer à lui-même, il n'a pas celui d'exposer sa famille, ses voisins à une contagion dangereuse. La société a le devoir de les protéger et de s'opposer autant que possible à la création d'un foyer d'infection. Or, nous avons vu que cette protection est réellement efficace et que les populations auxquelles l'obligation est imposée résistent aux épidémies avec bien plus de succès que celles qui ne sont pas soumises à l'obligation.

On a vraiment quelque honte à discuter de pareilles objections. La liberté individuelle, ainsi comprise, serait violée à chaque instant dans toute agglomération d'individus civilisés par les mesures de voirie les plus usuelles, par toutes les règles de l'hygiène publique, par toutes les lois appliquées aux industries insalubres ou dangereuses, en un mot par toutes les précautions qui s'imposent à une société, si primitive qu'elle soit.

Ces mesures obligatoires imposent nécessairement à l'État certaines responsabilités qu'il ne saurait décliner; aussi aura-t-il tout intérêt à imposer toutes les précautions, à prévenir tous les inconvénients et les dangers attachés à la pratique qu'il impose, à en indemniser jusqu'à un certain point les rares victimes. La vaccination obligatoire nous paraît être absolument rationnelle.

En est-il de même de la revaccination? Son utilité ne peut être sérieusement contestée. On sait qu'en temps d'épidémie c'est encore le meilleur moyen d'arrêter le fléau. *Il est sans exemple que la variole atteigne un sujet récemment vacciné ou revacciné avec succès* (Warlomont). Pour tout médecin qui a étudié sérieusement la question, la vaccination et la revaccination obligatoires et rigoureusement pratiquées donneraient, au point de vue de la préservation, un résultat aussi complet que possible. Il y aurait donc tout avantage à rendre la revaccination obligatoire dans les délais qui ont été fixés; par exemple, à dix ans et à vingt ans.

Ici, cependant, l'obligation s'impose d'une manière moins évidente. Elle pourrait être éludée de bien des façons. Les revaccinations ne réussissant que dans une certaine mesure, le contrôle serait bien autrement difficile. Cependant la revaccination est obligatoire dans l'armée, et l'on sait combien on a lieu de s'en applaudir. Pourquoi ne le serait-elle pas à l'entrée de toutes les administrations, de toutes les carrières salariées par l'État, qui a bien le droit de dicter à ceux qui sollicitent son service les mesures préservatrices qui lui paraissent rationnelles? Nous n'admettons pas qu'on ait plus de droits, à ce point de vue, sur un soldat que sur tout autre citoyen, d'autant plus qu'aujourd'hui tout citoyen est soldat.

Une dernière question se présente, et ce n'est pas la moins importante. Le service de la vaccine est insuffisant en France et incapable de répondre aux besoins de la population; tous les jours, on est arrêté par la difficulté de se procurer de bon vaccin. Le budget vaccinal de la France entière se chiffre par 170,050 francs. C'est une dérision. Le jour où l'obligation serait imposée, une pareille insuffisance deviendrait scandaleuse. Il y a de ce côté une réforme importante à faire; tout un service à organiser; un corps de médecins vaccinateurs à instituer. Le vaccin doit être à la portée de tous et s'offrir, en quelque sorte, partout. Nous sommes bien loin de cet idéal, et actuellement, en France, le service de la vaccine ne serait pas en état de répondre aux obligations que la nouvelle loi lui imposerait. Nous ne donnons pas cette insuffisance comme une objection au principe de l'obligation; mais il faut

le signaler et aviser au plus tôt à y remédier. Une loi est donc nécessaire, et tant qu'elle ne sera pas rendue, on ne peut pas compter sur une action efficace de l'administration.

Blachez.

Conservation des substances alimentaires par l'Acide salicylique.

(Premier article.)

Un arrêté ministériel, en date du 7 février dernier, vient d'interdire d'une manière absolue la vente de toutes les substances alimentaires conservées à l'aide de l'acide salicylique, quelle que soit d'ailleurs la proportion de cet agent antifermentescible. Cet arrêté, rendu sur l'avis du comité consultatif d'hygiène, a causé une vive émotion dans le monde industriel et commercial. De nombreuses protestations adressées au ministre du commerce ont fait ressortir toute l'importance qu'avait prise, dans ces dernières années, la *salicylisation* des vins, des bières et de la plupart des substances alimentaires. Depuis un an, la quantité de vin salicylé dépasse, en effet, 3 millions d'hectolitres, représentant une valeur minima de 100 millions de francs, et une seule maison française livre par jour plus de 100 kilogrammes d'acide salicylique, dont 75 kilogrammes environ sont employés à la conservation des aliments et des boissons. On conçoit donc que l'on ait essayé de contester l'autorité et surtout l'opportunité de la décision qui frappe aussi rigoureusement une industrie prospère. On le comprend d'autant plus facilement qu'il y a trois ans (septembre 1877) une lettre ministérielle adressée à la chambre syndicale des vins reconnaissait l'innocuité absolue des préparations salicylées employées à faible dose pour la conservation des boissons fermentescibles; et que, dans les dernières expositions, en particulier à l'Exposition d'hygiène de Bruxelles, des récompenses avaient été décernées aux produits salicylés.

Ceux qu'atteint plus particulièrement l'arrêté du 7 février se sont donc adressés au corps médical, et nous avons sous les yeux une série de consultations signées par un grand nombre de nos confrères, membres de l'Académie de médecine, médecins des hôpitaux, etc., qui affirment l'innocuité des préparations dont on interdit aujourd'hui la vente et donnent ainsi leur pleine et entière approbation à l'industrie du salicylage des produits alimentaires.

Ces consultations, sinon rédigées, du moins propagées en vue de provoquer un mouvement d'opinion qui aurait pour but de faire rapporter la décision ministérielle, méritent d'être sérieusement discutées. Si, en effet, nous le verrons dans un prochain article, on peut, dès aujourd'hui, juger à un point de vue exclusivement industriel l'utilité et l'importance des applications de l'acide salicylique, il nous paraît difficile de se prononcer d'une manière aussi formelle lorsqu'on n'envisage cette question qu'au point de vue de l'hygiène publique. Et cependant c'est surtout aux points de vue hygiénique et toxicologique qu'il importe d'étudier la valeur de l'acide salicylique. Si ce produit est déclaré *nuisible*, c'est-à-dire si l'on admet qu'il puisse, absorbé avec les substances alimentaires, être préjudiciable à la santé, il conviendra, comme vient de le faire le ministre du commerce, d'en interdire absolument l'emploi. La conclusion à laquelle nous arriverons au terme de cette étude, et qui consiste à obliger les vendeurs à déclarer sur des étiquettes spéciales, apposées sur leur marchandise, que les produits qu'ils mettent en vente ont été additionnés d'une quantité déterminée d'acide salicylique, n'aurait, en effet, aucune valeur s'il était démontré que l'acide salicylique doit être considéré, quelle que soit la dose absorbée, comme un produit toxique. L'article 2 de la loi du 27 mars-1er avril 1851 dit expressément que l'article qui punit la vente des mixtures nuisibles à la santé « sera applicable même au cas où la falsification nuisible sera connue de l'acheteur et du consommateur ». Il en résulte qu'il importe, avant tout, de décider si le produit dont on a fait, dans ces dernières années, un si grand usage, est, oui ou non, un produit toxique.

Une seconde question s'impose à l'attention du médecin. L'addition de l'acide salicylique, destinée, s'il faut en croire ceux qui le recommandent, à entraver les maladies de la bière et du vin, a-t-elle pour effet de rendre non seulement plus faciles à conserver, mais encore moins nuisibles à la santé des aliments que l'exposition à l'air ou l'exportation auraient rapidement altérés? Empêcher l'altération d'une substance alimentaire, par l'addition d'une préparation chimique inoffensive, n'est point la falsifier. La falsification est une altération volontaire de cette substance destinée à procurer au vendeur un gain illicite. On doit considérer comme une falsification la coloration artificielle par la fuchsine d'un vin additionné d'alcool, car elle a pour but exclusif de permettre, au moment de la vente, d'ajouter à ce vin une certaine quantité d'eau, et de tromper ainsi le consommateur. Une fraude non moins répréhensible consiste dans la falsification de la bière à l'aide de tournure de buis, de gentiane, de coloquinte, de strychnine, de noix vomique, etc., etc. Si l'on ne considère pas toujours comme une falsification la coloration artificielle des légumes ou des bonbons à l'aide des préparations de cuivre ou de plomb, l'hygiéniste devra cependant condamner l'usage de ces produits. En est-il de même lorsqu'il s'agit de la conservation à l'aide de l'acide salicylique du vin, de la bière ou des substances alimentaires facilement et spontanément altérables ? C'est ce que nous devons examiner après avoir recherché si l'acide salicylique est toujours nuisible. Or, si nous consultons les observations publiées jusqu'à ce jour, nous arrivons aux conclusions suivantes :

Prescrit, dans les maladies les plus diverses, mais particulièrement dans le rhumatisme et la goutte, à des doses souvent assez considérables, l'acide salicylique n'a que très exceptionnellement déterminé des accidents toxiques. Le plus souvent les doses très élevées (6 à 10 grammes par jour) n'ont provoqué que des bourdonnements d'oreille, des signes d'irritation intestinale et quelques phénomènes du côté du système nerveux. Parfois cependant, des accidents graves, voire même mortels ont été signalés. Ces accidents, aussi bien que que les symptômes nerveux observés à la suite de l'administration de l'acide salicylique à des doses quelquefois assez faibles, sont dus au défaut d'élimination du produit ingéré. Chez tous les individus dont le rein fonctionne mal, chez les albuminuriques en particulier, souvent chez les alcooliques, on voit la réaction qui caractérise la présence de l'acide salicylique dans les urines persister plusieurs jours après la cessation du médicament. Dans tous ces cas, des phénomènes d'intolérance, parfois même des accidents graves, ne tardent pas à se manifester. C'est ainsi que nous avons pu voir, chez un alcoolique, atteint de mal de Bright, une dose d'acide salicylique ne dépassant pas 3 grammes déterminer au bout de deux jours des symptômes nerveux assez sérieux. Or, huit jours après la cessation du médicament, l'urine de ce malade se colorait encore par l'addition du perchlorure

de fer. L'élimination incomplète du médicament et son accumulation dans l'organisme sont donc une cause de danger dont il faut tenir compte. Ce danger existe-t-il alors que des doses très faibles peuvent être, journellement et durant un espace de temps assez long, absorbées en même temps que les aliments? Nous ne saurions l'affirmer, mais il nous paraît difficile, en l'absence d'observations rigoureuses, de soutenir le contraire. Sans doute, nous lisons un assez grand nombre d'observations qui semblent prouver l'innocuité de l'acide salicylique pris pendant un temps parfois assez prolongé et à doses assez faibles. C'est ainsi que Kolbe déclare avoir fait pendant deux ans un usage non interrompu de bière et de vin contenant respectivement 10 à 20 centigrammes d'acide salicylique par litre. De plus, pendant neuf mois, il a absorbé journellement un minimum de 1 gramme d'acide salicylique dissous dans de la bière, dans du vin ou dans de l'eau sans avoir jamais été malade. Les mêmes faits sont affirmés par M. Blas (de Louvain), par Southby, etc. Les signataires de la consultation médicale que nous avons sous les yeux déclarent que des doses de 6 à 7 grammes d'acide salicylique ont pu être absorbées journellement sans dommage pendant un an et même dix-huit mois. Nous n'oserions aller aussi loin ni surtout affirmer qu'il en sera de même chez tous les sujets, et particulièrement chez ceux dont les reins fonctionnent mal. Mais nous pensons que, très dilué, pris avec les aliments, et absorbé à des doses journalières inférieures à 0gr,50, l'acide salicylique peut être inoffensif. A ces doses, il nous semble difficile qu'il puisse, alors même que la dépuration rénale serait insuffisante, s'accumuler dans le sang de manière à devenir toxique. D'autre part, nous savons que, même dans certaines maladies rénales, et en particulier dans les néphrites goutteuses, les médecins allemands prescrivent à des doses journalières de 0gr,25 à 0,50 et durant plusieurs années consécutives l'usage de ce médicament. Nous n'avons jamais entendu parler d'accidents observés dans ces circonstances. Les traités de toxicologie ne font nulle mention de l'acide salicylique. Nous devons donc reconnaître que l'absorption, fût-elle longtemps prolongée, de doses *très faibles* de ce produit peut être considérée comme inoffensive. Encore serait-il nécessaire de tenir compte de l'état de santé et de l'âge des sujets, ainsi que de la qualité de l'aliment salicylé. C'est ce que nous discuterons dans un autre article.

De l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice.

On lira avec intérêt la relation suivante, extraite du *Berliner Klin. Wochenschrift* (n° du 21 février 1881).

Langenbuch a rapporté un cas d'ataxie locomotrice dans lequel l'élongation des nerfs sciatiques avait eu ce résultat surprenant de faire disparaître en même temps et les douleurs fulgurantes et les mouvements ataxiques des extrémités inférieures. Trois mois plus tard, on se décide à pratiquer la même opération sur les membres supérieurs : malheureusement, le malade mourut pendant la chloroformisation.

« La moelle, conservée dans le liquide de Muller, fut examinée par Westphal. Elle avait été détériorée en partie, parce qu'elle avait dû être enlevée en secret et rapidement ; cependant le renflement lombaire, la portion cervicale supérieure et plusieurs endroits de la moelle dorsale se prêtaient encore très bien à l'examen anatomique.

» Après un durcissement suffisant dans le bichromate de potasse, on pratiqua des coupes méthodiques qui ne présentèrent nulle part les espaces clairs que l'on rencontre d'ordinaire en pareil cas ; toutefois, au renflement lombaire, la périphérie des cordons postérieurs paraissait légèrement décolorée et en même temps d'une consistance moins ferme.

» A l'examen microscopique, on ne trouva nulle part, même dans les portions plus claires du renflement lombaire, des cellules dégénérées; la substance corticale n'était pas plus translucide (atrophique) que d'habitude. Les cordons postérieurs spécialement (traités par le carmin et l'aniline) étaient complètement intacts; pas de trace d'une augmentation de la substance intermédiaire et des noyaux, pas d'atrophie des tubes nerveux ; la partie claire présentait seulement une coloration plus intense. Cette portion avait d'ailleurs été probablement légèrement écrasée.

» Des coupes à travers la moelle dorsale et la moelle cervicale démontraient l'intégrité complète de la substance corticale.

» Les cellules ganglionnaires de la substance grise des cornes antérieures ne présentaient pas d'autre altération que l'absence de prolongements, qui en étaient arrachés et gisaient à côté des cellules. C'est là un simple accident de préparation.

» Les racines nerveuses ne présentaient pas davantage de lésions atrophiques. »

Dans le cas de Langenbuch, continue l'auteur, il ne s'agit donc pas — je puis l'affirmer en toute sécurité — d'une altération des cordons postérieurs. Faut-il en conclure que, dans une période du *tabes*, où les symptômes sont aussi marqués que dans le fait actuel, la maladie est *encore une névrose*, et que la dégénérescence des cordons postérieurs est une lésion tardive et indépendante de ces symptômes? Nous reviendrions ainsi à la doctrine ancienne de Trousseau. Cette doctrine est contradictoire avec les résultats des recherches anatomiques modernes, qui toujours, sans exception, ont démontré l'existence de la sclérose des cordons postérieurs dans les cas d'ataxie locomotrice. Le cas de Langenbuch n'a pas d'ailleurs une aussi haute importance. L'histoire clinique de son malade, quoique simplement esquissée, présente bien des singularités. Le malade était seulement atteint depuis « quelques mois »; peu après l'opération, les phénomènes ataxiques étaient déjà très marqués du côté des extrémités supérieures. Un décours aussi rapide de l'ataxie locomotrice est au moins exceptionnel, et il est bien permis de se demander s'il s'agissait bien de cette affection.

On est porté naturellement à se remémorer les cas remarquables et peu connus désignés sous le nom « d'ataxie aiguë », soit consécutifs à des pyrexies, soit spontanés. Là, on observe un décours et une terminaison absolument différents de ce qui se passe dans l'ataxie vraie. Moi-même j'ai observé un fait de ce genre, d'origine manifestement rhumatismale, qui se termina par une guérison complète. A quoi faut-il attribuer ces ataxies aiguës? C'est ce que l'on ignore.

Langenbuch a de la tendance à admettre une affection qui, localisée d'abord aux nerfs périphériques, se serait étendue plus tard aux cordons postérieurs. Malheureusement, les gros troncs nerveux n'avaient pu être enlevés au cadavre, de sorte que cette opinion ne peut être contrôlée. Il faut remarquer toutefois que, pendant l'opération, on avait trouvé le sciatique gauche « injecté et légèrement tuméfié ».

Mais quand même le malade, chez lequel on obtint un résultat si extraordinaire, n'aurait pas été atteint d'une sclérose des cordons postérieurs, ce n'est pas une raison pour ne pas essayer l'élongation dans les cas où le décours de la maladie ne permet aucune incertitude du diagnostic. Le pur raison-

nement, fût-il mille fois logique, doit faire place à l'expérience; les cas publiés (Esmarch, Erlenmeyer, Debove, Socin) sont encourageants.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

De la paralysie alcoolique, par M. le docteur E. Lancereaux, membre de l'Académie de médecine; leçon recueillie par M. L. Gauthier, interne des hôpitaux.

(Suite. — Voyez le numéro 8.)

Voici quelques faits analogues qui serviront à fixer dans l'esprit les caractères de la paralysie alcoolique. Nous en avons déjà publié un autre dans la *Gazette hebdomadaire* de 1865.

Obs. II. — Un homme de quarante-huit ans est entré dans notre service le 5 juillet dernier (salle Sainte-Marthe, n° 8). Cet homme, ancien militaire, a servi jusqu'en 1866 en Afrique, où il a bu de l'absinthe; il a ensuite exercé, pendant huit ans, la profession de cuisinier à bord de navires marchands, où il a fait abus de rhum et de vin. Etabli à Paris depuis six ans, il a continué ses habitudes; il buvait, nous a-t-il dit, du vin rouge, du vin blanc, du vermouth et de la bière.

Depuis longtemps il était sujet à des pituites matinales; il dormait fort mal, avait des rêves effrayants, et éprouvait la nuit, dans les mollets, les genoux et les extrémités supérieures, des sensations de fourmillements et de picotements souvent insupportables.

Dans le courant de mai 1879, cet homme étant à son travail, et peut-être par suite de sa profession, car il est cuisinier, eut une perte de connaissance qui dura près d'un quart d'heure, et ne fut suivie d'aucune paralysie. Il accuse depuis quelque temps des douleurs à l'épigastre, une sensation constante d'anéantissement, de fatigue générale, avec faiblesse des membres; il est atteint de diarrhée et s'est notablement amaigri depuis quelques temps.

A son entrée, nous trouvons ce malade dans l'état que voici. Il a l'œil hagard; sa physionomie est triste, ses lèvres et ses mains tremblantes; il se plaint d'insomnies, de cauchemars, d'hallucinations effrayantes; il voit la nuit des gens qui le tourmentent; accuse, en outre, des crampes dans les pieds et les mains, des sensations d'élancements, de picotements, de fourmillements dans les mollets et les genoux. Ces parties sont d'ailleurs le siège d'une hyperalgésie considérable : le plus léger pincement, le simple contact des draps, le chatouillement de la plante des pieds, donnent lieu à des douleurs excessives et à des mouvements réflexes très étendus. Aux mains existent les mêmes phénomènes, mais beaucoup moins accusés. Au fur et à mesure que l'on remonte vers la racine des membres, ces accidents sont de moins en moins marqués. Les sensations tactiles sont peu ou pas modifiées, malgré ce trouble de la sensibilité générale. Il y a un léger œdème du dos des pieds. La marche est difficile, c'est à peine si le malade peut se soutenir. La mémoire a beaucoup diminué et l'intelligence est affaiblie.

Le foie déborde de quatre travers de doigt le rebord costal. Le cœur et les poumons sont intacts.

Le malade a toujours des pituites le matin; l'appétit est médiocre, les digestions difficiles. — *Prescription :* julep avec 3 grammes d'hydrate de chloral, et quelques jours plus tard, la dose étant insuffisante, potion avec $3^{gr},50$ de la même substance et 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine; puis douche froide tous les matins.

Les jours suivants, les sensations subjectives sont moins intenses.

Le 15, éruption de taches simulant des taches rosées lenticulaires; elles ont leur siège sur la poitrine et les membres supérieurs, et sont attribuées à l'action du chloral.

Le 16, le malade tombe de son lit, effrayé par du feu qu'il croyait apercevoir à l'un des angles. Par moments il voit tous les objets rouges, d'autres fois bleus ou noirs.

Pendant le mois d'août, les symptômes changent peu. Le malade marche toujours difficilement, a de la peine à se tenir debout; néanmoins il est plus calme, l'appétit va mieux.

Le 2 septembre, survient un délire assez intense pour nécessiter la camisole. Le lendemain et les jours suivants, ce délire diminue et cesse; le malade se plaint de douleurs intenses dans les membres; de sensations de picotements, de tiraillements aux extrémités; il lui semble qu'on frappe ses jambes avec une brosse armée d'épingles. Le tremblement des bras et des mains est très marqué. Cet état persiste sans changement notable.

Le 15 octobre, le malade tombe dans un état comateux; il a les jambes raides, fléchies par suite de la paralysie plus marquée des extenseurs; la sensibilité générale est toujours troublée; l'hyperalgésie est moindre. La respiration, fréquente, s'embarrasse peu à peu, et la mort a lieu le 16.

L'autopsie, pratiquée au bout de trente heures, nous permet de constater les désordres qui suivent. Le crâne est sclérosé, aminci. Les méninges de la convexité sont épaissies et opalines par places. Les circonvolutions sont inégales; il existe une atrophie manifeste, surtout à gauche, à la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. La partie postérieure de la première circonvolution frontale est également atrophiée. Une fois les méninges enlevées, les circonvolutions, un peu pâles, sont partout lisses et très fermes. Les artères cérébrales sont intactes. La substance nerveuse du cerveau, du cervelet et du bulbe n'offre aucune altération perceptible. Le poids des hémisphères cérébraux est de 1100 grammes. Rien d'anormal du côté du canal vertébral; les méninges spinales sont légèrement opalines. La moelle épinière est ferme, de coloration normale, sans altération appréciable à l'œil nu. Les racines nerveuses sont saines, mais quelques-uns des filets nerveux des muscles des jambes présentent une segmentation granuleuse de la myéline.

Les muscles des jambes et des avant-bras, surtout ceux des régions antérieures, ont une teinte jaunâtre feuille morte; ceux des cuisses sont plus colorés. Le système musculaire du tronc est en apparence normal, sauf une accumulation assez notable de graisse entre les faisceaux musculaires, qui contraste avec l'amaigrissement général du sujet.

Le cœur est chargé de graisse à sa base; ses cavités sont un peu larges, ses parois friables. Les valvules sont saines. L'aorte présente, un peu au-dessus de son origine, une plaque d'artérite de plusieurs centimètres d'étendue, à bords sinueux et élevés; dans ses portions thoracique et abdominale, on trouve quelques taches graisseuses.

Les deux poumons, légèrement emphysémateux à leur bord antérieur, sont œdématiés à leur base; des adhérences anciennes unissent le poumon gauche à la paroi costale.

L'estomac est diminué de capacité; sa surface interne est recouverte d'un mucus épais; il existe des plaques d'arborisation au voisinage du cardia, et dans la région du pylore de petites saillies glandulaires en même temps qu'une teinte ardoisée de la muqueuse. Le tube intestinal n'offre aucune altération.

Le mésentère est chargé de graisse; ses ganglions sont intacts. Le foie déborde le rebord costal de trois travers de doigt; il est augmenté de volume et surtout épaissi; sa coloration est jaune, tabac d'Espagne; sa consistance est ferme, et néanmoins il cède et s'écrase sous le doigt (foie gras). La bile est brunâtre, peu abondante. La rate est volumineuse; elle mesure en longueur 14 centimètres.

Les reins, recouverts d'une légère couche de graisse, sont un peu pâles. Les testicules sont petits, et la substance qui les constitue est plus jaune qu'à l'état normal.

Dans cette observation, les phénomènes paralytiques, beaucoup moins accentués que chez notre première malade, n'ont pas été la cause directe de la mort, qui est survenue dans une sorte de marasme. Ce fait nous montre qu'il peut exister, dans certains cas d'alcoolisme, des paralysies incomplètes, affectant d'une façon plus spéciale les extenseurs et s'accompagnant de désordres sérieux de la sensibilité générale et de troubles vaso-moteurs. Cette association existait déjà, du reste, dans l'observation précédente.

Obs. III. — Le nommé B.... Théophile, âgé de trente-neuf ans, exerçant la profession de garçon de magasin, a été soigné par nous à l'hôpital Saint-Antoine, à la fin de 1871; n° 1 salle Saint-Eloi. Lors de son admission, le 30 octobre, il était en proie à un délire qui persista jusqu'à sa mort, en sorte que les renseignements qui le concernent, nous ont été donnés par sa femme : ce malade a eu, il y a sept ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui ne s'est pas reproduite et plus tard, il a été soumis à un traitement antisyphilitique pour des accidents divers. Depuis huit ans qu'il est marié, sa femme l'a toujours vu boire; sa boisson principale était le vin, dont il consommait sept à huit litres par jour, quelquefois

même davantage; il prenait en outre de l'absinthe et du bitter. Il a un oncle et une tante dans des asiles d'aliénés; son père a un caractère exalté et des habitudes alcooliques, habitudes, du reste, très répandues dans sa famille. A ce propos, vous vous souvenez que vous m'avez toujours entendu interroger nos malades sur leurs antécédents de famille et que j'ai souvent insisté devant vous sur la fréquence de la prédisposition héréditaire à l'alcoolisme.

Malgré ses excès, notre malade se portait assez bien jusqu'au début des accidents actuels; toutefois, sa femme a remarqué que, depuis deux ou trois ans, il n'avait que rarement des rapports avec elle, et seulement à la suite de libations copieuses. De trois enfants nés de leur union l'un a succombé à dix mois, l'autre à six; le dernier est mort-né avant terme.

Au mois de juin 1871, le malade commença à se plaindre de sensations douloureuses dans les membres, et depuis cette époque ses jambes se sont progressivement affaiblies; les nuits étaient très agitées tant par les douleurs lancinantes qu'il éprouvait, principalement dans les membres inférieurs, que par les rêves effrayants dont il était obsédé, de telle sorte qu'il s'est levé plusieurs fois pour aller se jeter par la fenêtre.

Au mois de septembre, ces accidents s'aggravèrent et la paralysie augmenta si rapidement que le malade fut obligé de quitter son magasin; quelques jours plus tard il ne pouvait plus se soutenir. Il avait à cette époque une très grande exagération de la sensibilité des membres inférieurs, surtout à gauche. Depuis lors, il a presque toujours déliré; mais, de plus, il est tourmenté par des hallucinations effrayantes de l'ouïe et de la vue.

C'est dans cet état qu'il est apporté à l'hôpital. Nous le trouvons dans le décubitus dorsal; les membres inférieurs, absolument immobiles, flasques, et dans une légère flexion, présentent un œdème manifeste surtout marqué au dos du pied. Le malade ne peut exécuter le plus léger mouvement, et les muscles paraissent atrophiés. La sensibilité est complètement abolie dans toute leur étendue, on ne parvient à provoquer aucun mouvement réflexe, ni par le pincement, ni par le chatouillement. Les membres supérieurs sont très affaiblis; leurs mouvements, mal dirigés, s'accompagnent d'un tremblement intense.

Le malade accuse une douleur vive à la région des reins, et présente une eschare profonde et étendue à la région sacrée. Il a une rétention d'urine absolue, de sorte qu'il faut le sonder matin et soir, son urine est fortement purulente. Cet état persiste pendant un mois, et la mort survient à la suite d'accidents de résorption urineuse (frissons, etc.).

Voici maintenant les résultats de l'*autopsie* :

Les deux poumons sont adhérents aux côtes. Le lobe inférieur du poumon droit est hépatisé dans sa moitié postérieure.

Le cœur est de volume normal, non surchargé de graisse, son tissu musculaire est pâle. Les valves de la mitrale sont le siège d'un léger épaississement. La première portion de l'aorte présente des plaques graisseuses assez confluentes. L'estomac est dilaté, élargi, sa membrane muqueuse est un peu épaissie, sans teinte ardoisée. L'intestin est normal. La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide.

Le foie offre un volume normal, sa capsule est épaissie, opaline; à la coupe il est jaunâtre et gras. Les canaux biliaires intra-hépatiques sont dilatés, remplis de bile. Dans la vésicule, il existe une bile brunâtre, très épaisse. La rate est un peu augmentée de volume sans altérations appréciables. Le pancréas est induré.

La loge prostatique est convertie en un foyer purulent. La vessie, revenue sur elle-même, a ses parois épaissies; elle renferme du pus presque pur, sa muqueuse de teinte ardoisée s'injecte très vivement à l'air. La muqueuse des uretères est enflammée. Les reins sont volumineux, et à leur surface on aperçoit un grand nombre de petits abcès groupés sous forme de plaques, ou disséminés et assez analogues comme aspect à des boutons de variole. A la coupe, on retrouve ces mêmes petits abcès groupés au pourtour des pyramides de Malpighi; dans leur voisinage, la substance du rein est molle, altérée et vivement injectée. Les ganglions lombaires sont volumineux et enflammés.

Le crâne est mince et fragile, la dure-mère est épaissie, les méninges, molles, sont opalines à la convexité. Les circonvolutions cérébrales sont pâles et très fermes; la substance blanche du cerveau a partout une grande consistance elle présente à la coupe un piqueté vasculaire manifeste. Aucun foyer de ramollisssement ou d'induration dans cet organe. Les artères cérébrales sont saines, le cervelet et le bulbe sont intacts. La dure-mère spinale, un peu épaissie, n'adhère en aucun point à la moelle. La pie-mère a conservé sa transparence; elle paraît un peu injectée en arrière. Les racines spinales ne présentent à l'œil nu aucune lésion appréciable; la moelle conserve dans toute sa hauteur une consistance normale. Des coupes pratiquées aux régions dorsale et lombaire ne montrent aucune altération.

Le tissu cellulaire des membres inférieurs est œdématié. Les muscles du mollet ont une teinte jaunâtre, feuille morte, ils sont flasques. Cette altération est générale pour tous les muscles de la jambe et de la cuisse. Les muscles psoas et iliaque se font également remarquer par une teinte jaune et une grande friabilité. Au contraire, les muscles du thorax et des membres supérieurs présentent une teinte rouge tout à fait normale. Pas d'infiltration séreuse dans le tissu cellulaire des membres supérieurs.

Les nerfs tibiaux postérieurs paraissent augmentés de volume. En examinant leurs fibres dissociées au microscope, on constate une segmentation granuleuse de la myéline. L'examen microscopique des racines spinales et de la moelle n'a, au contraire, permis de constater aucune lésion.

Cet homme n'a pas succombé, comme la femme que nous avons observée ces jours derniers, à la généralisation des accidents paralytiques, mais à une complication rénale intercurrente. Néanmoins, il présentait le même ensemble symptomatique et des lésions analogues du côté des muscles et des nerfs des membres inférieurs; mais comme les racines spinales et la moelle épinière étaient saines, sa paralysie reconnaissait forcément pour cause la lésion périphérique.

Voici un autre fait qu'il y a lieu de rapprocher de ceux qui précèdent :

Obs. IV. — La nommée L.... (Rose), âgée de trente-trois ans, admise le 23 décembre dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte Thérèse, n° 8). C'est une femme très forte qui habite à Paris depuis l'âge de treize ans. D'abord domestique, puis couturière, elle sert au comptoir depuis cinq ans chez un marchand de vin. Elle a eu un enfant, il y a huit ans; son père est mort à cinquante-neuf ans d'une attaque d'apoplexie; il se livrait à la boisson, et, partant, nous avons encore affaire ici à un héréditaire; sa mère est morte d'une tumeur.

La malade a commencé à boire dès l'âge de vingt ans; à cette époque, elle prenait surtout de l'absinthe; après quelques années, elle s'est dégoûtée de cette liqueur et l'a remplacée par du bitter et du vermouth.

Cette femme a des pituites tous les matins depuis dix-huit mois. L'hiver dernier, elle a souffert de douleurs de reins et pendant quelque temps a vomi tout ce qu'elle mangeait. Il y a un an qu'elle ne dort plus; dès qu'elle commence à sommeiller, elle est obsédée par des rêves terrifiants et se réveille en sursaut. Depuis cinq mois au moins, elle a chaque nuit des sensations de fourmillements dans les extrémités inférieures, des crampes dans les mollets, des soubresauts dans les membres. Vers la même époque, sa vue s'est affaiblie : elle voit souvent des points lumineux et des mouches volantes. Enfin, ses jambes sont œdématiées depuis le commencement de l'hiver.

A son entrée, nous constatons que la sensibilité est profondément troublée : le chatouillement n'est pas perçu à la plante du pied gauche. La sensibilité à la douleur existe dans les deux régions plantaires, mais il y a un retard manifeste dans sa perception. Sur le dos des pieds et les jambes, elle est excessive, et le moindre pincement fait jeter des cris à la malade. L'appréhension est telle que celle-ci crie en voyant approcher de ces régions l'épingle qui doit la piquer.

Il est difficile, à cause de cette hyperalgésie extrême, de se rendre compte de l'état de la sensibilité tactile; néanmoins, elle paraît un peu diminuée, et en tout cas retardée. La sensibilité à la douleur est aussi fortement accrue sur le dos des mains, mais cette hyperalgésie, qui diminue à la partie supérieure des jambes, disparaît vers le milieu des avant-bras.

La malade éprouve une sensation continuelle de froid aux pieds, bien que ceux-ci soient en réalité assez chauds. La sensibilité au froid y est d'ailleurs tellement exagérée que le contact d'un verre à boire ne peut être supporté. La pression est très douloureuse des deux côtés de la colonne vertébrale au niveau des émergences nerveuses.

La motilité est fortement atteinte. La malade ne peut élever que lentement et péniblement ses jambes au-dessus du plan du lit. Le pied gauche est immobile, la pointe dirigée en bas et en dedans, comme si la paralysie était plus marquée dans les muscles du mollet et les peroniers.

Les mains sont très affaiblies et peuvent à peine serrer. La malade reste difficilement debout sans être soutenue, car aussitôt son corps oscille et elle perd l'équilibre. Quand elle est sur ses pieds, elle éprouve des sensations douloureuses analogues à des piqûres d'aiguilles. Elle jette des cris intenses lorsqu'on la fait remonter dans son lit, à cause des douleurs que lui fait éprouver dans ce mouvement l'exagération de la sensibilité de ses membres. L'insomnie persiste et des crampes sont ressenties dans les jambes chaque nuit

La langue est rouge, il y a de l'inappétence. L'haleine est fétide depuis plusieurs mois. La malade tousse sans expectorer. Poumons et cœur sains. Le foie déborde le rebord costal de deux travers de doigt.

Les jours suivants, l'agitation diminue un peu à la suite de l'administration du chloral à la dose de 3 grammes.

Le 28 décembre, la malade a eu deux épistaxis; elle s'est levée dans la nuit et est venue tomber sous le lit de sa voisine; le 29 au matin, le pouls est à 120, la peau chaude; rien dans la poitrine n'explique l'état fébrile. Les bruits du cœur sont normaux, pas de diarrhée, ni de vomissements. L'haleine est fétide, même à distance. L'hyperalgésie persiste avec un peu moins d'intensité et le même retard dans la perception.

1er janvier 1872. Même état. Continuation de l'épistaxis, que la malade provoque probablement à l'aide des doigts. La langue est toujours sèche et rouge; la malade mange à peine une portion. Absence de sommeil pendant la nuit malgré le chloral.

2 janvier. Même état, pas d'épistaxis.

3 janvier. Agitation dans la nuit, la malade essaye de descendre de son lit. Ce matin, nous trouvons des deux côtés les quatre derniers doigts fléchis dans les paumes des mains. La flexion va en diminuant du petit doigt à l'index. Ces doigts, un peu raides, peuvent être étendus, mais ils reprennent aussitôt leur position primitive quand on les abandonne à eux-mêmes. La face dorsale des deux mains et le poignet droit sont œdématiés, l'hyperalgésie persiste. La déviation du pied gauche est un peu moins marquée. Léger gonflement œdémateux sur la face dorsale des deux pieds. Le pouls est à 120, la température à 39 degrés. Il n'y a rien d'anormal dans la poitrine. Au moment de notre examen, la malade, découverte pendant quelques instants, est prise d'un frisson général.

4 janvier. Le pouls est à 120, régulier; température, 41°,2. La malade est étendue sur le dos, les yeux demi-fermés, les conjonctives injectées, la face pâle, les dents fuligineuses, le nez effilé et froid, et les lèvres tremblantes. Elle a, en outre, de l'agitation, des hallucinations et de la carphologie. Ce matin, calme relatif. Les membres supérieurs sont dans la demi-flexion, les quatre derniers doigts fléchis dans les mains.

L'hyperalgésie persiste, les douleurs sont peut-être encore plus vives que les jours précédents. La pression sur les muscles paraît plus douloureuse que le pincement de la peau. Les mouvements spontanés des membres sont accompagnés de cris, la sensation est toujours retardée. Il y a de la raideur du cou avec renversement de la tête en arrière. Les muscles sont douloureux au point que si on essaye de redresser la tête, la malade jette des cris; elle ne peut se tenir assise, même lorsqu'on la soutient. Il lui est impossible de soulever ses pieds au-dessus du lit et quand on lui dit de remuer les jambes elle imprime à peine un mouvement de latéralité aux genoux. Les bras sont difficilement soulevés, la malade peut, mais à grand'peine, porter la main au front. La langue est rouge et sèche, pas de vomissement. Diarrhée depuis deux ou trois jours, garde-robes involontaires. Rien à l'auscultation de la poitrine; quelques râles trachéaux. Rien au cœur. Le soir, à six heures, température 41°,2. La malade meurt à sept heures après quelques heures d'agonie.

Autopsie. — Surcharge adipeuse sous-cutanée, très marquée au niveau de l'abdomen. Le crâne est épais, le diploé a presque entièrement disparu. La pie-mère est opaline à la convexité, les corpuscules de Pacchioni sont nombreux. Le cerveau est très peu volumineux, il pèse avec le cervelet 1,050 grammes, les hémisphères seuls pèsent 955 grammes. La substance cérébrale est ferme, il n'y a pas d'atrophie relative d'aucune circonvolution.

La substance grise est décolorée, ferme; piqueté vasculaire assez marqué dans le centre blanc. Les circonvolutions de la grande circonférence du cervelet sont légèrement ramollies, jaunâtres. Le liquide céphalo-rachidien est abondant. Il existe au-dessous de la dure-mère spinale et tout le long du canal rachidien une légère suffusion sanguine sans caillots hémorrhagiques. Pas d'altération des méninges spinales. Rien d'appréciable à la surface de la moelle. Dans sa moitié supérieure, cet organe est peu consistant; il l'est beaucoup plus à sa partie inférieure. Plusieurs sections transversales ne laissent voir aucune altération appréciable à l'œil nu; l'examen microscopique n'a pu être fait.

Les poumons sont congestionnés, violacés dans leurs parties déclivées. Au sommet du poumon gauche, au centre du lobe supérieur, il existe une large excavation, au voisinage de laquelle se rencontrent plusieurs foyers de pneumonie lobulaire dont quelques-uns sont suppurés.

Le cœur est flasque, très mou, chargé de pelotons graisseux; ses cavités ne contiennent pas de caillots et seulement une petite quantité de sang liquide. L'endocarde est fortement imbibé et coloré en rouge par le sang. Quelques taches graisseuses sur la mitrale.

Le muscle cardiaque est décoloré, jaunâtre feuille morte; il se déchire facilement sous le doigt, les parois ventriculaires paraissent amincies, surtout à droite. L'aorte est saine, ainsi que les artères cérébrales. Le foie, épais et gros, présente à la coupe une teinte jaune cireuse très marquée. La rate est grosse, diffluente. Les reins sont sains. L'estomac est large; sa muqueuse est vivement injectée au voisinage du pylore. L'intestin grêle est le siége de quelques ulcérations folliculaires isolées. Les plaques de Peyer sont saillantes; deux ou trois d'entre elles présentent de petites ulcérations lenticulaires. Les follicules isolés sont augmentés de volume, aussi bien dans le côlon que dans l'intestin grêle.

Les muscles de la poitrine sont infiltrés de graisse et pâles; ceux des membres inférieurs ont conservé leur coloration, ils sont un peu moins fermes qu'à l'état normal. Les côtes sont friables et se tranchent facilement au couteau. Les articulations sont saines.

L'analogie symptomatique est frappante entre ce cas et celui de la femme de notre première observation. Les sensations douloureuses spontanées, l'hyperesthésie à la douleur provoquée, la symétrie et la distribution des troubles moteurs, tout est semblable. L'œdème seul a été ici beaucoup moins considérable et beaucoup plus tardif dans son apparition.

Les lésions sont identiques : nous retrouvons d'une part l'état de sénilité anticipée de la plupart des organes, et, d'autre part, l'intégrité des centres nerveux et particulièrement celle de de la moelle, au moins à l'œil nu.

Je pourrais citer plusieurs autres observations semblables et rapportant toutes à des femmes relativement jeunes, la plus âgée avait quarante-neuf ans. Dans tous ces faits, les symptômes de paralysie, beaucoup moins accentués, il est vrai, coïncidaient avec des phénomènes douloureux spontanés et une hypéralgésie excessive des extrémités des membres. Je ne vous redirai pas le détail de ces observations, dont aucune n'a été suivie d'autopsie, et où, dans tous les cas, les malades ont éprouvé un certain degré d'amélioration à la suite d'un traitement par l'opium et le chloral, joint à l'hydrothérapie.

Il me reste à parler de deux faits que j'ai observés dans la clientèle de la ville, et qui diffèrent des précédents, non pas par leurs manifestations symptomatiques, mais uniquement par le mode d'absorption du poison qui s'est effectué non plus par les voies digestives, mais par les voies respiratoires.

En 1867, j'étais appelé en consultation à Bois-Colombes pour une femme d'environ trente-cinq ans, assez chargée d'embonpoint, qui était atteinte depuis quelques jours d'une pleurésie avec épanchement modéré. En même temps cette malade présentait une hyperalgésie excessive des extrémités, et surtout des extrémités inférieures; de l'œdème du dos des pieds et un léger degré de paralysie des extenseurs des membres. A ces phénomènes s'ajoutaient des sensations subjectives de fourmillements, de picotements, de brûlure, des crampes dans les mollets, de l'insomnie, des cauchemars la nuit, en un mot tous les phénomènes de l'intoxication chronique par l'alcool.

Après avoir examiné cette malade, que je voyais pour la première fois, je déclarai à mes honorables confrères, qu'il s'agissait d'une intoxication alcoolique. Tous deux s'accordèrent à répondre que la malade leur avait toujours paru avoir des habitudes de tempérance.

Instruit du secret que gardent les femmes au sujet de leurs habitudes, et de la hardiesse avec laquelle elles nous opposent

des dénégations formelles, même dans les cas où le doute est le moins possible, j'interrogeai le mari, qui me certifia ne jamais s'être aperçu de rien Je n'en affirmai pas moins mon diagnostic, lorsque le docteur Schuster, qui était depuis longtemps le médecin de la malade à Paris, nous donna l'explication suivante du problème que nous cherchions à résoudre.

Cette dame tenait à Paris un magasin de vernis (situé rue Caumartin) dans lequel se trouvait un grand nombre de vases renfermant des alcools de bois. De ces vases s'échappaient des vapeurs qui incommodaient manifestement les personnes étrangères, comme j'ai pu m'en assurer en visitant ce magasin. Or, notre malade passait sa journée au comptoir, et la nuit elle couchait dans une petite salle séparée du magasin uniquement par une cloison qui, à sa partie supérieure, laissait un vide, de telle sorte que les vapeurs d'alcool amylique circulaient librement dans la chambre à coucher, et que cette femme se trouvait constammeat plongée au sein d'une atmosphère de vapeurs alcooliques. Par conséquent, il est facile de concevoir que, dans de semblables conditions, une intoxication par l'alcool amylique ait pu se produire.

En 1876, j'ai eu l'occasion de voir en consultation, avec M. le docteur Mesmy, une femme âgée de trente-trois ans, et qui présentait des accidents semblables survenus dans les mêmes conditions. Cette femme, qui a succombé plus tard, se plaignait de sensations douloureuses, élancements, fourmillements, picotements, etc., aux extrémités des membres, et principalement aux membres inférieurs. En même temps que ces sensations, il existait une hyperalgésie excessive, symétrique aux jambes et aux avant-bras, et une paralysie incomplète de ces mêmes parties, qui portait plus spécialement sur les muscles extenseurs, lesquels étaient flasques et légèrement atrophiés. La nuit était agitée par des rêves effrayants, des cauchemars, et le sommeil pour ainsi dire impossible; aussi la malade était-elle pâle et amaigrie, d'autant plus qu'elle avait une diarrhée datant de près d'un mois. Or, cette malade, qui avait épousé un marchand de vernis, habitait depuis plus de six ans dans un magasin rempli de boîtes de vernis et de bocaux contenant de l'alcool amylique, en sorte qu'elle se trouvait placée dans les conditions les plus favorables à une intoxication alcoolique, et que cette intoxication ne pouvait être mise en doute.

J'ajoutcrai enfin qu'il y a environ six mois j'ai vu en consultation, avec mon collègue le docteur Landrieux, un homme de trente-huit ans atteint d'une paralysie incomplète des quatre membres, plus prononcée dans les muscles extenseurs, et accompagnée de sensations subjectives diverses. Cette paralysie nous a également paru devoir être rapportée à l'alcoolisme, dont le malade avait tous les signes; il buvait surtout du bitter et de l'absinthe.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Aucune communication relative à l'Académie de médecine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

Le buste de Broca, donné par Mme veuve Broca, vient d'être placé dans la salle des Pas-Perdus de l'Académie.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation du décret par lequel est autorisé le legs Vernois. — M. le ministre de l'intérieur adresse un rapport et des tableaux statistiques concernant la constatation des décès dans le département de Seine-et-Marne en 1879.— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande à l'effet d'introduire et de vendre en France, l'eau minérale dite *Kronthaler Apollinis Brunnen*, provenant de Cronberg, dans la Hesse-Nassau.— M. le préfet d'Oran envoie divers documents concernant l'hygiène publique dans ce département.

M. le docteur *Géraud* (du Mans), adresse un mémoire manuscrit sur la *Transmission du sarcopte de la gale à l'homme.* (Renvoi à MM. Hardy et Leblanc).

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° un ouvrage: *Das arabische und hebraïsche in der Anatomie*, de M. le docteur Hyrtl (de Vienne); 2° une brochure : *La metaloscopia y da metaloterapia*, par M. le docteur Bartolomé Navaro (de Buenos-Ayres) ; 3° un livre sur : *Observation on the construction of healthy dwellings namely houses, hospitals, barracks. asylums*, etc., par M. Douglas-Galton (d'Oxford).

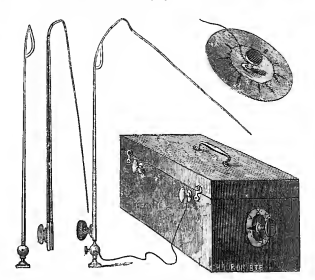
M. *Dujardin-Beaumetz* présente, au nom de M. le docteur L. H. Petit, un travail sur la *Galvanopuncture*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Laboulbène* offre, de la part de M. le docteur Charpignon (d'Orléans), une brochure intitulée : *Rebouteurs, bandagistes*, secours aux indigents malades avant 1800.

M. *J. Guérin* dépose, au nom de M. le docteur de Pietra-Santa, deux lettres sur la *vaccination obligatoire.*

M. *Léon Colin* fait hommage : 1° en son nom, de son rapport au Conseil d'hygiène de la Seine sur l'*Épidémie de variole des Esquimaux récemment arrivés à Paris*; 2° de la part de M. le docteur Viry (d'Aumale), des *Observations et remarques relatives à une épidémie de scarlatine*; 3° au nom de M. le docteur Aron, un mémoire intitulé : *De la fièvre typhoïde au château de Brest*; 4° de la part de M. le docteur Antony, un travail portant le titre de : *Suite à l'étude des causes qui font varier le résultat des revaccinations.*

M. *le Secrétaire perpétuel* présente un *Uréthrotome électrolytique*, imaginé par M. le docteur Jardin (de Paris), et fabriqué par M. Ch. Dubois. Cet instrument, dont



le dessin est ci-après, se compose d'un uréthrotome à deux branches, qui est disposé de façon à recevoir l'électrode négatif d'une pile à forte tension, l'électrode positif étant placé sur la cuisse. Le courant électrique une fois établi, la lame de l'uréthrotome détermine une section de plus en plus profonde du rétrécissement qui finit par se laisser traverser. Il n'y a ni écoulement de sang ni douleur vive.

M. le président du conseil des ministres et, d'autre part, M. le docteur Henry Liouville, député, demandent à l'Académie de vouloir bien émettre son avis sur la proposition de loi présentée par ce dernier au parlement, concernant la vaccination et la revaccination obligatoires et qui vient d'être adoptée en première lecture par la Chambre des députés. Une commission, composée de MM. Guyon, Parrot, Hervieux, Léon Colin, Legouest, Guéniot, Tarnier, Blot, Depaul, Fauvel, le baron Larrey et Th. Roussel, est chargée de formuler une réponse qui sera soumise à l'Académie dans sa prochaine séance.

Accidents et secours aux ouvriers mineurs. — M. le docteur *Proust*, au nom de la section d'hygiène publique, donne lecture d'un rapport demandé par M. le ministre des travaux publics, sur les accidents auxquels sont exposés les ouvriers mineurs et sur les instructions qu'il convient de donner en ce qui concerne les secours qui leur doivent être administrés. Après avoir adressé un questionnaire à tous les médecins attachés aux diverses concessions minières exploitées en France, questionnaire auxquel ont répondu un certain nombre d'entre eux, la section d'hygiène publique s'est efforcée de reviser l'instruction médicale du 9 février 1813, que les progrès accomplis depuis lors par la science médicale et par l'hygiène des mineurs ont rendue tout à fait insuffisante. L'instruction rédigée par M. Proust comprend d'abord une étude sur l'asphyxie dans les mines, selon qu'elle est due au grisou, aux poussières charbonneuses, au dégagement d'acide carbonique, aux fumées, à l'air des travaux abandonnés presque complètement privé d'oxygène par la putréfaction

des matières végétales et animales, aux coups d'eau ; cette étude se termine par l'indication du traitement nécessaire dans ces divers cas. Les brûlures font l'objet d'un chapitre spécial à ceux qui en sont atteints ainsi que les secours à donner; il en est de même des fractures, des plaies, des hémorrhagies. Le rapport se termine par le tableau du nombre des mines exploitées en France (525), et du nombre des ouvriers qui sont employés (127 250), par l'indication de ce que doivent renfermer les boîtes de secours, le relevé des médicaments qui doivent se trouver près des mines et usines éloignées d'une officine pharmaceutique et enfin, sous la forme d'une sorte d'instruction populaire, le résumé des principaux moyens de secours que l'on doit conseiller en cas d'accidents dans les mines.

De l'épidémie de variole des Esquimaux et de la réceptivité spéciale des nouveaux venus dans les foyers épidémiques.— A propos de cette épidémie dont l'histoire, déjà présentée dans la *Gazette hebdomadaire*, est reprise par M. *Léon Colin*, celui-ci insiste sur quelques-unes des considérations qu'on en peut faire ressortir au point de vue surtout du rôle de la non-accoutumance dans le développement des épidémies. Il fait d'abord remarquer la responsabilité incombant aux interprètes qui accompagnaient ces Esquimaux dans leurs voyages, à travers des localités atteintes de variole, et dans des pays où la vaccination légalement obligatoire devait favoriser la préservation de ces individus; après avoir montré combien les revaccinations opérées à Paris sur le personnel du Jardin d'acclimatation lorsque ces Esquimaux y arrivèrent le mit à l'abri de la contagion et combien il importerait en pareil cas de veiller au danger de la contamination dans les wagons ayant servi au transport de pareilles caravanes. M. Colin signale ensuite à l'Académie l'insigne gravité de cette petite épidémie, mortelle en quelques jours chez les huit malades, et recherche les causes de sa gravité. Si l'identité de ces varioles graves des habitants du Labrador peut être reconnue avec certaines formes mortelles chaque jour observées en France ; si, d'autre part, la réceptivité des peuples du Nord se retrouve, entre les tropiques, parmi des tribus soumises à des conditions météoriques et alimentaires diamétralement opposées, mais qui, elles non plus, ne sont protégées ni par la vaccine ni par une variolisation antérieure, il faut aussi reconnaître qu'il est un autre élément de préservation qui leur fait défaut, c'est un certain degré d'assuétude au contage variolique. Par le fait de leur isolement des voies de communication internationale, le germe de la variole est aussi nouveau, aussi meurtrier pour ces populations qu'à l'époque où la variole envahissait pour la première fois l'ancien et le nouveau monde; et il semble que l'atteinte du fléau soit encore plus facile et plus terrible lorsque l'individu se déplace lui-même pour venir dans la région où il règne. C'est ce que démontre du reste l'histoire de la plupart des maladies épidémiques, telles que la malaria, le choléra, la fièvre jaune, la peste d'Egypte, et l'on pourrait presque créer le mot de *néocomie* pour résumer cette circonstance des nouveaux-venu sur le théâtre d'une affection endémique ou épidémique. Los Esquimaux qui sont morts de la variole ont trouvé dans l'Europe centrale un sol aussi funeste que le sont pour nous, Français, le delta du Gange et les côtes du Brésil.

Pourquoi les soldats, entre autres, sont-ils si particulièrement prédisposés aux atteintes miasmatiques? Est-ce réellement et uniquement en raison des fatigues de leur profession, des vices de leur alimentation, des dangers de l'encombrement qu'on leur impose? N'est-ce pas en grande partie parce qu'ils sont si souvent nouveaux venus dans ces foyers, dans les villes où règne la fièvre typhoïde, dans les campagnes infectées par la malaria, dans les localités où allaient s'éteindre, vu l'accoutumance des anciens résidants, la fièvre jaune, le choléra, par exemple, dont les germes semblent se revivifier au contact de ceux qui n'ont pas le bénéfice de cette assuétude? Il en est de même aussi pour certaines maladies populaires, telles que la méningite cérébro-spinale épidémique, l'ophthalmie, le goître. De plus, tandis que dans les villes à population peu élevée et relativement stationnaire, les recrudescences des affections épidémiques continuent à être séparées par de longs intervalles de calme, elles trouvent dans les grandes villes comme Paris et Lyon leurs principales conditions de permanence dans le renouvellement incessant par les nouveaux venus, militaires ou civils. Et, pour expliquer scientifiquement ces faits, ne peut-on trouver une analogie entre cet organisme du nouveau-venu, si apte à restituer à la cause morbide son maximum d'intensité et à revivifier les germes morbides en apparence inertes, et les modifications imposées aux substances virulentes par les différences des espèces animales où on les fait pénétrer, suivant les récentes recherches si ingénieuses de M. Pasteur.

Dans la constitution du milieu épidémique, il ne faut donc pas tenir seulement compte des circonstances de climat, de sol, de saison, de famine et de misère; il faut reconnaître, en outre, la part qui tient aux prédispositions individuelles. En ce qui concerne l'enseignement fourni par l'épidémie des Esquimaux, il est nécessaire, d'une part, d'exiger la vaccination immédiate des individus arrivant dans les ports du littoral européen en provenance des pays où ni variole antérieure ni vaccine n'ont atténué leur réceptivité, et surtout de solliciter la pénétration dans ces pays des bienfaits de l'hygiène préventive.

Hémoglobinurie a *frigore*. — M. le docteur *Mesnet*, candidat dans la section des associés libres, communique un mémoire à propos d'une observation de cette maladie très peu connue en France, désignée communément sous le nom d'hémoglobinurie paroxystique, et dont la pathogénie n'est pas encore faite; il en définit ainsi l'expression nosologique : son caractère essentiel est de se montrer sous forme d'attaques survenant à intervalles plus ou moins éloignées sous l'influence d'une cause invariable, le refroidissement; la rapidité et l'intensité de l'attaque sont presque toujours proportionnelles à l'action plus ou moins énergique du froid; aussi les médecins anglais lui ont-ils donné le nom d'hivernale. La durée de l'attaque ne dépasse guère six à huit heures; dans l'intervalle des attaques, la santé semble parfaite ou du moins aucune lésion d'organes, aucun trouble fonctionnel ne se révèlent à l'examen le plus attentif, si ce n'est un certain degré d'anémie. Les symptômes qui accompagnent l'attaque sont : une sensation de froid aux pieds, de légers frissonnements, de la céphalalgie avec un état semi-vertigineux, sensation de constriction épigastrique, malaise général avec mal de cœur, sans nausées ni vomissements, pouls s'élevant de dix à quinze pulsations par minute, température plus haute de 1 degré 1/2 à 2 degrés pendant l'attaque. L'urine, recueillie d'heure en heure depuis le commencement de l'attaque jusqu'à la fin, donne une double série ascendante, puis descendante, de nuances graduées du rouge pâle au rouge très foncé, suivant la quantité relative de l'hémoglobine qu'elle contient. Le spectroscope accuse la présence de l'hémoglobine; le microscope ne laisse apercevoir aucune trace de globules rouges. La quantité de l'albumine est proportionnelle à la quantité plus ou moins grande de l'hémoglobine. L'attaque terminée, l'urine revient à l'état normal, et le malade, plus ou moins anémié, reprend l'apparence de la santé jusqu'au retour de semblables accidents. — Tels sont les caractères cliniques de cette affections; les recherches que M. *Hayem* a faites sur sa pathogénie, à propos de cette même observation, ne lui ont pas permis de saisir un rapport bien certain entre les oscillations de l'hémoglobinurie et la quantité des globules et leur régénération.

Hystérotomie. — M. le docteur *Terrier*, candidat dans la section de médecine opératoire, donne lecture d'une observation d'hystérotomie qu'il a pratiquée pour une tumeur fibro-sarcomateuse et kystique de l'utérus, et qui a été suivie de guérison. L'examen histologique lui a montré qu'il avait eu affaire à un sarcome avec foyer hémorrhagique ayant déterminé un pseudokyste, tumeur différant complètement des myomes kystiques de l'utérus. L'opération fut faite avec les précautions de la méthode de Lister.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Correspondance. — Opération du bec-de-lièvre. — Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle. — Phlegmon diffus, suite d'injection de morphine. — Abcès des os. — Influence des états constitutionnels sur les traumatismes. — Présentation de malade.

La correspondance comprend : 1° la thèse de doctorat de M. Ybon, sur la *luxation congénitale du tibia en avant ou renversement de la jambe en avant.*

2° *De la fièvre consécutive aux plaies cavitaires; application des pansements antiseptiques*, par M. Jeannel.

— M. *Lannelongue* fait un rapport sur une observation de bec-de-lièvre adressée à la Société par M. Facieux (de Gaillac). La difformité siégeait à droite et se compliquait d'une division de la voûte palatine et du voile du palais. Quinze jours après la naissance, M. Fascieux fit l'opération en taillant un lambeau en V, qu'il renversa; ce lambeau fut affronté au moyen d'une épingle; mais les deux parties avivées de la lèvre ne furent pas rapprochées. Une réunion par première intention eut lieu entre ces parties non affrontées; il n'y eut pas de réunion sur le lambeau. Le résultat définitif fut excellent.

M. Lannelongue fait remarquer qu'au lieu de favoriser la tuméfaction inflammatoire nous faisons tous nos efforts pour l'éviter, et nous tâchons de réunir exactement les deux lèvres de la plaie.

M. *Trélat*. Si M. Facieux avait dit qu'il faut éviter les sutures trop serrées et qu'il vaudrait presque mieux ne pas rapprocher que d'étrangler les lèvres de la plaie avec la suture, on pourrait admettre, jusqu'à un certain point, son dire.

— M. *Monod* lit un rapport sur une observation de M. Pozzi : anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle. La compression digitale avait échoué. M. Pozzi ouvrit le sac et lia dans la plaie; guérison en quatre semaines. C'est la méthode d'Anthyllus appliquée à la cure des petits anévrysmes.

L'opération paraissait terminée, la bande d'Esmarch avait été enlevée, quand on vit sourdre un sang rutilant du fond de la plaie. La ligature ne put être pratiquée. Alors M. Pozzi planta dans le fond de la plaie une grosse épingle courbée en crochet et serra un fil au-dessous; l'épingle resta trois jours en place; l'hémorrhagie ne se reproduisit pas. Ce n'est pas l'acupressure comme Simpson l'a inventée; l'épingle a servi à retenir un fil qui glissait; c'est une espèce de ligature.

M. *Farabeuf*. M. Pozzi a fait la ligature sur un tenaculum à demeure, comme Huguier la pratiquait pour le col de l'utérus.

M. *Berger*. C'est le procédé indiqué par Otto Weber sous le nom de *acufilopressure.*

— M. *Trélat* a observé un phlegmon diffus d'une origine particulière. Un homme de soixante ans, ataxique depuis vingt-deux ans, avait de violentes douleurs très souvent calmées par des injections morphinées. Il consommait 20 à 25 centigrammes de morphine par jour. Les morphiniques sont exposés à divers accidents dus aux injections; souvent ce sont des abcès tubéreux produits par l'irritation; d'autres fois, on détermine des abcès en injectant un peu d'air ou de substance toxique, alors le pus est rougeâtre; enfin, on observe des abcès sur des points étrangers aux piqûres.

M. Trélat fut appelé près de son malade, qui avait à la jambe gauche un phlegmon diffus; l'œdème remontait au pli de l'aine; fièvre. Le lendemain, M. Trélat fit trois larges incisions; pansement de Lister; guérison. Voilà un homme qui s'est donné un phlegmon diffus par ses piqûres de morphine; il s'est injecté un phlegmon diffus.

M. *Sée* n'avait pas encore constaté des abcès à la suite des piqûres de morphine et pouvant être attribués à la morphine elle-même. Pour les phlegmons diffus, les grandes incisions ont de grands inconvénients; M. Sée les remplace par de nombreuses petites incisions sur les parties envahies.

M. *Verneuil*. Le mémoire de M. Petit a établi que les morphiniques peuvent être assimilés aux alcooliques, et sont exposés, comme ces derniers, aux inflammations diffuses. Chez les animaux, avec la morphine, on crée facilement une albuminurie passagère. Enfin, chez les ataxiques, le travail réparateur ne se fait pas comme chez les sujets sains. Tout cela fait comprendre qu'une injection de morphine peut être suivie d'accidents. M. Verneuil n'accepte pas les énormes balafres que l'on faisait autrefois dans les phlegmons diffus; comme M. Sée, il croit qu'elles sont dangereuses.

M. *Trélat*. Le phlegmon diffus est accompagné d'une mortification étendue du tissu cellulaire, et il est difficile d'admettre que des petites incisions puissent y remédier. Depuis plus de dix ans, M. Trélat emploie le bain antiseptique au moyen d'eau et d'eau-de-vie camphrée; si la substance a varié, la méthode est ancienne.

— M. *Trélat* communique une observation d'abcès des os. Un homme de trente-deux ans entre en novembre dernier à l'hôpital Necker : le tibia gauche est volumineux; le malade y accuse une douleur constante, avec exacerbations nocturnes.

A l'âge de seize ans, le malade avait eu un abcès à la jambe gauche; la cicatrice était encore visible; il y avait eu une ostéo-périostite de la jeunesse. Le tibia gauche avait 2 centimètres de plus en épaisseur. Le repos fit diminuer les douleurs; l'iodure de potassium les fit disparaître; mais un petit point de l'os était douloureux à la pression.

Le malade quitta l'hôpital et rentra au bout de six jours avec un abcès situé un peu au-dessous du point douloureux. M. Trélat résolut d'aller à la recherche de l'abcès osseux. L'abcès superficiel ne communiquait point avec l'os, qui était un peu rugueux. On appliqua une couronne de trépan; on ne trouva rien tout d'abord; une curette introduite dans l'os amena une cuillerée à café de pus. Une autre couronne de trépan est appliquée au point où paraît siéger l'abcès, et le pont osseux intermédiaire est enlevé. Curage de la cavité. Application d'un gros drain et suture. Le malade quitta l'hôpital n'ayant plus qu'une petite fistulette superficielle. Comme signes diagnostiques de l'abcès, on avait les traces d'une ostéomyélite ancienne et la douleur en un point fixe, avec exacerbations nocturnes.

M. *Labbé* a observé deux cas d'abcès des os; dans ces cas, il a employé un mode d'exploration spécial. Avec un corps mousse peu volumineux, il cherche le maximum de la douleur; c'est en ce point qu'est probablement l'abcès. M. Labbé serait d'avis de faire granuler la cavité osseuse, afin de ne pas avoir de trajet fistuleux, qui peut être le point de départ d'une nouvelle opération.

M. *Lannelongue*. L'abcès extérieur ouvert par M. Trélat ne communiquait pas avec l'os; mais cette communication est difficile à trouver; parfois, ce n'est qu'une pertuis. Toutefois, l'abcès peut n'être que secondaire.

On peut dire aujourd'hui que le diagnostic des abcès des

os est facile, à condition de reconnaître l'existence antérieure de la maladie osseuse. On trouve, en effet, l'hyperostose de l'os, la douleur à la pression; cette douleur doit être cherchée d'une façon méticuleuse. Ces signes dénotent une cavité ou un séquestre; la cavité n'est pas toujours unique, et elle contient de la sérosité, du pus ou un séquestre. Il faut opérer hardiment, la guérison est à ce prix; on ne peut déclarer les malades guéris que lorsque le drain est chassé des profondeurs par les bourgeons comblant la cavité et formant l'os nouveau.

M. *Tillaux.* Le diagnostic de l'abcès des os n'est pas toujours aussi facile. M. Tillaux a eu dans son service un jeune homme ayant une lésion de la tête de l'humérus; on croyait à une ostéite centrale, à un abcès ou à un séquestre; gonflement de la tête de l'os; douleur bien limitée. M. Tillaux fit la trépanation et trouva un sarcome central. Résection de la tête de l'humérus. Le malade est guéri depuis quatre ans.

M. *Berger.* M. Gosselin a décrit l'ostéite névralgique caractérisée par des points fixes douloureux et des exacerbations nocturnes; dans ces cas, on cherche des abcès et on n'en trouve pas. Au point de vue du malade, cela n'a pas d'importance, puisque le trépan fait disparaître les douleurs.

M. *Trélat* recherche la douleur locale avec son doigt, qui est un instrument mousse analogue à celui employé par M. Labbé. Quant au trajet fistuleux, il a 6 millimètres de longueur et ne donne presque pas de pus. Les parties molles n'avaient pas été suturées en face de la plaie osseuse, et le tube à drainage était gros comme le doigt. Le malade peut être considéré comme guéri.

L'abcès sous la peau était un abcès de voisinage ne communiquant pas avec l'os. Quant au malade de M. Tillaux, il n'avait pas d'histoire d'ostéomyélite; c'est un élément diagnostique important qui manquait. La description de M. Gosselin a toujours laissé un doute à M. Trélat; parfois on ne trouve pas d'abcès, mais l'autopsie de l'os seule serait démonstrative.

— M. *Marchand* lit un travail intitulé : *De l'influence des états constitutionnels sur les grands traumatismes.*

— M. *Larget* présente un malade atteint de tumeur musculaire de la jambe (hernie du jambier antérieur).

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

De la muqueuse utérine pendant la menstruation : M. de Sinéty. — Nouveau réactif colorant : M. Bellanger. — Structure des conduits des glandes sudoripares et mammaires : M. Hermann. — Action digestive de la pepsine, de la papaïne et de la pancréatine MM. Leven et Sémerie. — Echinocoques du porc et cachexie aqueuse des ruminants : M. Mégnin. — Monoplégie brachiale à la suite d'un coup de foudre : M. Gibler de Savigny. — Comparaieon de l'action du pneumogastrique sur les ventricules et sur les oreillettes; état ds la pression dans les deux oreillettes pendant et après l'arrêt du cœur : M. François-Franck. — Sulfocrésylate de soude : M. Rabuteau.

M. *de Sinéty* fait une communication sur l'état de la muqueuse utérine pendant la menstruation. Au moment de chaque époque menstruelle, la muqueuse utérine est-elle éliminée en totalité ou en partie, ou, au contraire, persiste-t-elle? Telle est la question, discutée depuis longtemps, qu'à cherché à résoudre M. de Sinéty.

L'opinion que les parties superficielles de la muqueuse du corps utérin sont seules expulsées est aujourd'hui la plus généralement admise; c'est même celle qu'a formulée l'auteur dans son Manuel de gynécologie, en 1879. Mais, ayant eu l'occasion, depuis cette époque, d'examiner des utérus très frais recueillis sur des femmes ayant succombé pendant leurs règles, il fut assez surpris de trouver le revêtement épithélial sur toute la surface de la muqueuse parfaitement intact, quoique celle-ci possédât les caractères histologiques bien connus de la muqueuse menstruelle, d'où la supposition toute naturelle que, dans les cas où lui et d'autres anatomistes avaient constaté la disparition d'une partie de la muqueuse, on ava affaire à des utérus ayant subi des altérations cadavériques.

Si, normalement, cette muqueuse s'élimine, on doit la retrouver dans les produits expulsés de l'utérus pendant ou après l'époque cataméniale. M. de Sinéty a donc recueilli, au moyen de l'aspirateur de Sims, chez un grand nombre de femmes ne présentant aucun trouble du côté des fonctions utéro-ovariennes, les liquides contenus dans la cavité utérine, aux divers jours de l'écoulement menstruel. Les liquides ont été traités par l'alcool au tiers qui dissout en grande partie les globules rouges et conserve les autres éléments anatomiques. Or, il résulte des nombreux examens faits dans ces conditions qu'il n'a jamais observé aucun lambeau de muqueuse, ni une seule cellule épithéliale à cils vibratiles ayant conservé ses caractères. On voyait bien des débris membraniformes qui auraient pu faire croire, à l'œil nu, à des portions de muqueuse, mais ces produits étaient constitués par de grosses cellules pavimenteuses, du revêtement externe du col utérin, et des globules blancs. C'est la présence en très grand nombre de ces derniers éléments, souvent réunis les uns aux autres en amas plus ou moins tabulaires, qui semble caractériser le sang menstruel au point de vue histologique, et non les cellules à cils vibratiles, comme on l'a à tort avancé.

Il paraît donc résulter de ces recherches que, chez la femme, à l'état physiologique, la muqueuse utérine n'est pas éliminée, même dans ses portions superficielles, à un moment quelconque de la menstruation. Ces faits sont intéressants non seulement au point de vue physiologique, mais encore relativement à la pathogénie de la dysménorrhée membraneuse qui fera l'objet d'une prochaine communication de M. de Sinéty.

— M. *Bellanger* a obtenu un nouveau réactif colorant en mélangeant des solutions alcooliques de violet lumière bleue, et de vert de méthyle, réactif employé depuis plusieurs années en histologie, et dont s'est servi principalement M. Balbiani pour obtenir des doubles colorations. Le mélange de violet et de vert donne aussi une double coloration, mais visible seulement à l'aide d'une lumière artificielle; dans le jour, les coupes ont une teinte uniforme.

— M. *Pouchet* présente une communication de M. *Hermann* : l'auteur nie la nature musculaire de la couche formée d'éléments fusiformes qui existe au-dessous de l'épithélium des conduits excréteurs des glandes sudoripares et des glandes mammaires. M. Ranvier considère ces éléments comme des fibres lisses et les fait dériver comme le reste de la glande, du feuillet externe. L'auteur a constaté que les noyaux des éléments fusiformes n'ont pas l'apparence des noyaux des cellules musculaires et que ces éléments n'ont pas les réactions chimiques de la substance musculaire.

M. *Malassez* dit que cette couche spéciale prend un très grand développement dans certains kystes de la mamelle, et que ces éléments forment alors un véritable réseau. Il rappelle que les fibres lisses des grosses artères ne présentant pas les mêmes réactions que les autres fibres musculaires, et que l'on ne peut conclure sur la nature des éléments d'après leurs réactions chimiques.

— M. *Leven*, au nom de M. *Sémerie* et au sien, rend compte de leurs expériences sur l'action digestive de la pepsine, de la papaïne et de la pancréatine. On fit avaler à des chiens 200 grammes de viande avec, soit 50 centigrammes de pepsine, soit 1 gramme de papaïne, soit 50 centigrammes de pancréatine. Les animaux ayant été tués environ cinq heures après, les auteurs constatèrent que, chez le chien qui avait pris de la pepsine, il restait dans l'estomac 60 grammes en-

viron de viande et que la muqueuse stomacale, les reins et le foie étaient fortement congestionnés. Chez le chien qui avait ingéré de la papaïne, il ne restait plus que 30 grammes de viande dans l'estomac, lequel contenait beaucoup de liquide. L'animal qui avait absorbé la pancréatine avait encore 130 grammes de viande dans l'estomac. MM. Leven et Sémerie concluent de leurs expériences que la pepsine n'agit qu'indirectement sur les matières albuminoïdes, en congestionnant l'estomac et en provoquant la sécrétion du suc gastrique; la papaïne, au contraire, est plus active que la pepsine et ne produit pas de congestion. Quant à la pancréatine, elle est complètement inerte dans l'estomac. Toutes les substances dites digestives sont plus nuisibles qu'utiles dans le traitement des dyspepsies, car elles augmentent la congestion des organes.

— M. *Mégnin* présente encore une portion du muscle ilio-spinal droit d'un porc russe, tué à l'abattoir de Reims, laquelle portion musculaire contient un grand nombre d'*échinocoques*. C'est le deuxième fait qu'enregistre la science de la présence de ces parasites dans la région des reins (il en existait aussi dans la plupart des autres régions du corps). Le premier fait date de 1825 et appartient à Dupuy, alors professeur à l'Ecole d'Alfort.

M. *Mégnin* présente encore plusieurs portions du foie d'un ruminant qui était atteint de l'affection nommée par les vétérinaires *cachexie aqueuse* et qu'on regardait jusqu'à présent comme essentiellement humorale. Dans ces pièces, on voit les canaux biliaires extraordinairement dilatés, à parois épaissies et calcifiées, et renfermant une grande quantité de douves (*distomum hepaticum*). Le tissu du foie est, de plus, le siège d'une véritable *cirrhose* généralisée; or, on sait que, chez l'homme, la cirrhose a pour conséquence inévitable l'hydropisie, par suite de l'obstacle qu'elle apporte à la circulation de la veine porte. Ainsi s'explique l'hydropisie chez les moutons rachitiques, hydropisie, qui, au lieu d'être un des phénomènes fondamentaux de la cachexie aqueuse, n'en est plus qu'un secondaire et complètement dépendant de la présence des douves et de la cirrhose du foie qu'elles provoquent.

— M. *Gibier de Savigny* a observé un cas singulier de monoplégie brachiale. Un jeune homme de vingt-trois ans fut frappé par la foudre, perdit connaissance et eut une hémorrhagie assez abondante. A son réveil, il eut des mouvements convulsifs dans le bras droit, suivis de paralysie; au bout de six mois, grâce à un traitement par l'électricité, le malade était guéri; mais depuis lors, chaque fois qu'il y a de l'orage, la monoplégie brachiale reparaît. Au fur et à mesure que l'orage approche, la sensibilité diminue dans le membre, elle disparaît ainsi que les mouvements quand l'orage éclate. Après l'orage, le malade éprouve des fourmillements douloureux dans le bras, qui, au bout d'une heure, revient à l'état normal. Il y a un mois, cet homme a eu, sans cause appréciable, une attaque de mouvements épileptiformes.

— M. *François-Franck:* Quand on excite le bout périphérique du pneumogastrique avec des courants induits d'une intensité juste suffisante pour produire l'arrêt du cœur, on voit que, seuls, les ventricules suspendent leurs battements: les oreillettes continuent à battre. Les pulsations des oreillettes sont cependant ralenties pendant que les ventricules sont arrêtés, et si on prolonge l'excitation ou qu'on la renforce, leurs pulsations s'arrêtent. Ce sont donc les ventricules qui subissent les premiers l'influence d'arrêt du pneumogastrique.

En explorant simultanément, avec des manomètres appropriés, la pression dans les différentes cavités du cœur, l'auteur a pu se convaincre de la réalité du rôle attribué par Chauveau et Marey à la systole des oreillettes; cette systole, arrivant à la fin de la diastole, alors que le ventricule correspondant a reçu une certaine quantité de sang du système veineux, *achève la réplétion ventriculaire*. Ces expériences répondent aux objections faites récemment par Ceradini à la théorie de Chauveau et Marey.

Quant à l'oreillette gauche, pendant l'arrêt des ventricules produit par l'excitation du pneumogastrique, elle ne reçoit qu'une très faible quantité de sang du système pulmonaire, tandis que l'oreillette droite se surcharge d'une façon évidente. On peut attribuer le défaut de réplétion de l'oreillette gauche à la tonicité à peu près nulle des vaisseaux pulmonaires.

A la reprise des battements du cœur, l'oreillette droite, qui était surchargée de sang, se débarrasse peu à peu de son contenu, phénomène qui s'accuse par une chute graduelle de la pression à son intérieur. L'oreillette gauche qui était affaissée se distend considérablement.

D'où cette conclusion qu'à la reprise des battements du cœur, après un arrêt produit par l'excitation du pneumogastrique, la circulation pulmonaire se surcharge d'une quantité de sang surabondante; par suite, la pression s'élève dans la circulation artérielle, qui reçoit en même temps une plus grande quantité de sang.

— M. *Rabuteau* a préparé un nouvel acide, analogue à l'acide sulfophénique: c'est l'acide sulfocrésylique ou crésylsulfurique ($C^7H^7HSO^4$). On l'obtient en traitant le phénol par l'acide sulfurique; le phénol contenant presque toujours du crésylol. Le sulfocrésylate de soude est un sel blanc, d'une saveur légèrement salée, puis sucrée. Ses propriétés paraissent être à peu près identiques à celles du sulfophénate de soude; il est purgatif comme ce dernier sel.

SÉANCE DU 12 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Élongation des nerfs: M. Quinquaud. — Curares d'origine américaine: M. Hamy. — Modifications histologiques des nerfs élongés: M. Marcus. — Fermentation alcoolique sous forte pression d'acide carbonique: M. d'Arsonval. — Réflexe vaso-dilatateur des parois buccales: MM. Dastre et Morat. — Expériences faites avec la viande trichinée: M. Ponchet. — Action du mouloungou: M. Bochefontaine.

M. *Quinquaud* a pratiqué l'élongation des nerfs dans trois cas de névralgie; dans le premier, il s'agissait d'une névralgie épileptiforme: l'anesthésie n'a duré qu'une heure après l'opération, et il n'y a pas eu guérison. Dans les deux autres cas, névralgies sus-orbitaires, l'anesthésie persiste depuis l'opération, qui a été faite au mois de décembre dernier. Pour qu'il y ait amélioration après l'opération, il faut que l'anesthésie soit persistante.

M. Quinquaud a vu sur des animaux chez lesquels la perte de sensibilité était permanente que le nerf présentait dans son bout central un grand nombre de tubes dégénérés. Ces tubes se régénèrent au bout d'un certain temps. Il y a donc dans l'élongation une véritable action mécanique sur le nerf et non, comme le veulent quelques physiologistes, une action purement dynamique.

M. *Poncet* ne croit pas qu'il puisse y avoir dégénération de certains tubes nerveux et conservation des autres; il y a, suivant lui, contradiction entre les résultats physiologiques obtenus par M. Laborde et ceux fournis par l'examen histologique.

— M. *Hamy* présente deux sortes de curare envoyées d'Amérique par M. le docteur Crevaux; l'un de ces curares est contenu dans de petits vases en terre et provient des peuplades du haut Amazone; l'autre est renfermé dans des callebasses et est fabriqué par les Caraïbes des bords de l'Orénoque. L'action de ces curares sera étudiée par M. P. Bert.

M. *d'Arsonval* rappelle qu'il existe dans la collection de Cl. Bernard d'autres curares contenus dans des vases de

nature diverse. La composition de ces curares n'est évidemment pas la même : les uns sont retenus par le noir animal, les autres ne le sont pas.

M. *Laborde* croit aussi à la diversité de composition des curares d'origine différente, car il a constaté qu'il y a des curares stupéfiants et des curares tétanisants.

— M. *Laborde* expose les résultats auxquels est arrivé M. *Marcus* en examinant à diverses périodes les modifications histologiques des nerfs élongés chez le cobaye. En traitant ces nerfs par l'acide osmique, on constate d'abord la présence d'une couche jaunâtre entre le cylindraxe et la myéline ; puis une augmentation de nombre et de volume des noyaux de névrilème, et tous les degrés de la dégénération, d'un certain nombre de tubes nerveux. Ces tubes dégénérés n'existent que dans le bout central élongé, et la dégénérescence s'arrête au point où le nerf a été saisi.

M. *Laborde* pense que ce sont seulement les fibres sensitives qui dégénèrent, et croit qu'on peut expliquer ce fait par la résistance moins grande à la traction pour les racines postérieures que pour les racines antérieures. En Allemagne, dans plusieurs cas d'élongation, on a obtenu une paralysie complète du mouvement et de la sensibilité : il est probable que la traction sur le nerf a été trop forte et que les racines antérieures et postérieures ont été atteintes.

M. *Budin* dit qu'il serait intéressant de rapprocher des effets et des altérations histologiques observés après l'élongation ceux qui se produisent à la suite de la compression prolongée des nerfs. Il faudrait, par exemple, étudier les causes de la paralysie faciale à la suite d'une application de forceps.

— M. *d'Arsonval* a fait une expérience qui tendrait à faire penser que la levûre de bière ne produit la fermentation alcoolique du sucre que par un ferment soluble qu'elle renferme. Il a obtenu la fermentation complète de l'eau sucrée dans un tube fermé, dans lequel l'acide carbonique avait atteint une pression d'au moins vingt atmosphères. M. P. Bert ayant démontré que l'acide carbonique sous pression est un poison énergique pour tous les organismes vivants, la levûre de bière ne paraît pas avoir pu continuer à vivre dans ces conditions, ni agir par conséquent comme ferment figuré.

— MM. *Dastre* et *Morat* ont recherché les conditions physiologiques de l'activité des nerfs vaso-dilatateurs qu'ils ont signalés dans le cordon sympathique cervical du chien, c'est-à-dire dans quels actes réflexes ces nerfs interviennent, quelles excitations en sont le point de départ, quelles voies sensitives suivent ces excitations pour arriver à la moelle ; quelles voies, enfin, elles suivent dans la moelle pour arriver jusqu'aux nerfs vaso-dilatateurs de la région buccale.

Ils signalent dès aujourd'hui les résultats suivants :

1° L'excitation du bout central du vague détermine une congestion réflexe de la région bucco-labiale (lèvre, joue, gencive, palais) étendue aux deux côtés quand l'excitation est suffisamment intense.

Toutes les branches du vague ne provoquent pas cette dilatation ; et parmi celles qui agissent, toutes ne la provoquent pas au même degré.

2° Pas d'effet produit par l'excitation des rameaux gastriques, ni de certains rameaux cardiaques.

3° Le nerf récurrent excité donne une dilatation très faible.

4° Le laryngé supérieur est un peu plus actif.

5° A un degré très marqué, le tronc du vague dans la poitrine au-dessus des affluents nerveux pulmonaires.

Cette vaso-dilatation est de nature réflexe? Cela est prouvé :

1° Parce qu'elle cesse de se produire quand le pouvoir excito-réflexe de la moelle est profondément diminué ou aboli par le chloroforme.

2° Parce qu'elle cesse lorsque les voies vaso-motrices de retour (cordon cervical ou thoracique) sont interrompues par section ou ablation du ganglion cervical supérieur, cervical inférieur, ou premier thoracique.

3° Parce qu'elle disparaît absolument lorsque l'on a coupé la moelle dans la région cervicale entre le point d'entrée du vague dans le bulbe et le point d'émergence des nerfs vaso-dilatateurs dans la moelle dorsale.

La dilatation est d'ailleurs primitive, sans constriction préalable.

S'il est permis de conclure de ces propriétés de nerfs sensitifs à leur fonction, on devra dire que le pneumogastrique reçoit de la muqueuse respiratoire une excitation qui, transmise au bulbe, descend le long de la moelle cervicale et provoque à l'action les vaso-dilatateurs qui vont de la moelle thoracique à la bouche et à la face par le cordon cervical sympathique.

Cette relation entre la muqueuse respiratoire et la région bucco-faciale n'est pas sans intérêt pour la pathogénie des affections pulmonaires.

L'étude précédente sera ultérieurement complétée par l'examen des effets que produit l'excitation des nerfs cutanés.

— M. *Pouchet* rend compte d'expériences qui ont été faites dans son laboratoire avec de la viande de porc trichinée. On a nourri avec cette viande des rats, et l'on n'a rien trouvé dans les muscles de ces animaux : il y avait seulement des kystes entiers ou altérés dans l'intestin et dans les matières fécales.

M. *P. Bert* rappelle que la fumure et la salure récentes ne tuent pas les trichines, mais que celles-ci finissent par mourir au bout d'un certain temps. Il serait important de déterminer le temps minimum nécessaire pour amener la mort des trichines, et pour rendre la viande trichinée inoffensive. Les expériences faites à ce sujet, principalement en Danemark, n'ont donné aucun résultat : on sait seulement que le froid entretient plus longtemps la vie des trichines.

M. *Laborde* a constaté dans une de ses expériences que les trichines résistent à une température de 84 degrés. Il recommande l'emploie des lapins dans les expériences sur la trichinose, ces animaux s'infectant beaucoup plus facilement que les rats.

— M. *Bochefontaine* adresse une note sur l'action toxique du *mouloungou*, poison retiré de l'*érythine ;* e'est un agent hypnotique.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Fumigations de vapeurs d'iode : M. N. Gueneau de Mussy. — Massage du foie dans l'engorgement hépatique simple : M. Durand-Fardel Le traitement de la rage : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *N. Gueneau de Mussy* lit une note sur les *fumigations de vapeurs d'iode* dans diverses maladies. L'action résolutive énergique de ce médicament dans un grand nombre d'affections congestives et inflammatoires subaiguës ou chroniques doit faire rechercher un moyen pratique d'employer les vapeurs d'iode dans certains cas spéciaux auxquels s'appliquent mal les procédés ordinaires; telles sont, entre autres, les affections de la caisse du tympan. On peut, dans ce cas, introduire dans le conduit auditif externe une petite boulette de coton iodé bien tassé, que l'on enveloppe dans un peu de ouate, ayant soin de placer ce petit tampon de façon que la partie qui regarde l'orifice externe du conduit soit recouverte d'une couche d'ouate plus épaisse que sur l'extrémité opposée. On obtient ainsi dans le conduit auditif une atmosphère iodée qui baigne la membrane du tympan, on renouvellera le tampon au bout de vingt-quatre à trente-six heures, l'action du coton iodé étant alors épuisée. Au moyen de ce procédé, M. Gueneau de Mussy a obtenu la guérison d'un malade ar-

thritique atteint de troubles profonds de l'ouïe et chez lequel M. Tillaux avait diagnostiqué un commencement de sclérose de la membrane tympanique avec saillie exagérée de la tête du marteau : l'amélioration fut rapide et la guérison était complète après quatre à cinq semaines de ce traitement. Guidé par les bons effets des bains iodurés dans les cas d'engorgement utérin, M. Gueneau de Mussy est d'avis qu'on retirera de très grands avantages, pour les affections parenchymateuses subaiguës et chroniques de l'utérus, de l'emploi d'un tampon vaginal analogue à celui qu'il a décrit pour le conduit auditif. Il rappelle que l'on doit prescrire à la malade, lors de l'administration d'un bain ioduré, l'introduction dans le vagin d'une canule permettant l'accès de l'eau médicamenteuse jusqu'au col de l'utérus.

— M. *C. Paul* donne lecture de son rapport sur le mémoire que M. Fort a présenté dans une des dernières séances (voir le numéro du 18 février). Les conclusions sont adoptées.

— M. *Durand-Fardel* lit un mémoire sur le *massage du foie dans l'engorgement hépatique simple*. Cette affection du foie consiste dans une hyperhémie chronique de l'organe avec augmentation de volume tantôt générale, tantôt partielle : dans ce dernier cas, elle porte surtout sur le lobe gauche; on ne sent d'ailleurs ni bosselures, ni inégalités de la surface accessible à la palpation. Le malade éprouve des douleurs tantôt spontanées, tantôt déterminées par la pression sur la région hépatique; ces douleurs sont inconstantes et très rarement continues. L'ictère peut faire défaut; il n'y a ni anasarque, ni ascite : pas de cachexie. Cette maladie est susceptible de résolution, même après une longue durée, et n'entraîne jamais la mort par elle seule. Elle se montre au cours des affections du cœur et a été décrite par Andral, par Frerichs et d'autres sous le nom de foie cardiaque, foie muscade : la première de ces deux dénominations ne vaut rien, car on la rencontre dans d'autres maladies, par exemple les affections pulmonaires et la fièvre paludéenne. On soignait autrefois à Vichy toutes les lésions hépatiques par l'usage des bains et de l'eau des sources prise à l'intérieur; aujourd'hui, on ajoute à ces moyens les douches sur la région hépatique pour combattre l'engorgement du foie. Ces douches, qui seraient contre-indiquées par l'existence de phénomènes douloureux, sont des douches en arrosoir sous une assez forte pression; elles doivent être administrées avant le bain, tous les jours ou tous les deux jours, et durer de huit à douze minutes. Le traitement, qui ne peut être efficace qu'à Vichy même, sera d'un mois au moins, mais on n'emploiera pas les douches hépatiques dès les premiers jours. Sous l'influence de cette médication, on voit ordinairement l'engorgement diminuer, la dyspepsie et l'anémie disparaître; parfois on constate, d'une façon très nette, chez quelques malades, le phénomène du bénéfice consécutif au traitement par les eaux minérales : relativement peu soulagés au moment de leur départ de Vichy, ils y reviennent l'année suivante avec une amélioration notable de leur état général et local. Après deux à trois ans de ce traitement, on obtient la guérison totale ou tout ou moins une diminution considérable et définitive de tous les symptômes morbides. C'est dans ce dernier cas surtout que le massage peut rendre de grands services. Pour le pratiquer, on commence par masser doucement l'abdomen tout entier, puis les téguments de la région hépatique; on agit peu à peu d'une façon plus énergique par un massage plus profond, alternant avec une percussion à petits coups exercée par la face palmaire des doigts; enfin, on redresse le bord inférieur du foie en le malaxant à pleine main. Ce mode de traitement demande à être pratiqué avec beaucoup de douceur et de ménagements, surtout lorsque l'organe présente un certain degré de sensibilité. Le massage doit être renouvelé tous les deux jours, peu après la douche et le bain. M. Durand-Fardel ne l'a employé jusqu'ici que comme adjuvant de la douche et du traitement interne; aussi ne peut-il fixer nettement la part qui lui revient dans la guérison de l'engorgement hépatique. Il est probable que ce massage n'a pas seulement une action mécanique, mais qu'il doit s'accompagner d'effets dynamiques s'adressant à l'activité circulatoire et favorisant les phénomènes de résorption; c'est ainsi d'ailleurs qu'il semble agir avec tant d'efficacité dans le traitement de l'entorse. M. Durand-Fardel a retiré de grands avantages de l'emploi du même procédé dans une affection d'une tout autre nature : une obésité localisée aux seins et à la partie supérieure du thorax, qui se montre chez certaines femmes au moment de la ménopause et s'accompagne d'un sentiment de constriction pénible et de gêne des mouvements respiratoires.

— M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle qu'en présence de la multiplication insolite des cas de rage, qui se sont élevés au chiffre de six cas, tous suivis de mort, pour les deux premiers mois de cette année, alors qu'on n'en avait observé que douze dans tout le cours de l'année dernière, il importe de rechercher activement le traitement le plus efficace et de formuler les précautions auxquelles on doit avoir recours au moment de la morsure. On a essayé dans ces derniers temps divers médicaments : la pilocarpine a été expérimentée dans le service de M. Potain, et n'a fourni aucun résultat satisfaisant; il en a été de même de la morphine à haute dose employée par M. Brouardel. M. Bouchard a fait quelques essais avec le curare et n'en a obtenu aucun effet sensible : une première dose de 1 gramme de curare provenant d'une pharmacie de la ville fut injectée sous la peau, et resta sans action; une seconde injection de 20 centigrammes de curare préparé par la pharmacie centrale, n'a pas agi davantage; enfin, une troisième dose de 18 centigrammes de curare, provenant du laboratoire de M. Vulpian, n'a produit que des effets peu appréciables et n'a point amené de diminution des phénomènes convulsifs. Le chloral, employé en ville, semble avoir une action sédative plus marquée, de même que la cédrine et la waldivine, expérimentées par MM. Dujardin-Beaumetz, Restrepo et Nocart : les chiens auxquels on a injecté la waldivine sont devenus beaucoup plus calmes, ont cessé de pousser des hurlements et ont perdu leur aspect farouche; les mouvements convulsifs ont été moindres, et après leur mort on a constaté une congestion moins marquée de l'encéphale. Dans plusieurs des cas récents de rage, les personnes mordues ont été transportées chez des pharmaciens qui les ont cautérisées avec de l'ammoniaque, ce qui est absolument insuffisant; tous ces cas, d'ailleurs, se sont terminés par la mort. Il faut, pour prévenir autant que possible l'inoculation, faire saigner la plaie, la laver ensuite avec un liquide quelconque, fût-ce même, si l'on est loin de tout secours, avec son urine; puis la cautériser énergiquement, et, pour cela, le meilleur moyen est l'emploi du fer rouge. M. Dujardin-Beaumetz est d'avis que, dans des cas aussi urgents, les pharmaciens doivent avoir le droit, ainsi que tout individu présent au moment de l'accident, de se servir du fer rouge. La succion préconisée par M. Ménière est certes un bon moyen prophylactique, mais elle peut amener l'inoculation de la personne qui la pratique si celle-ci porte à la muqueuse buccale la plus légère érosion.

M. *Blondeau* pense qu'on fera bien avant tout d'appliquer une ligature circulaire au-dessus du point mordu.

M. *C. Paul* a vu plusieurs fois le chloral calmer les accidents convulsifs d'une façon très notable. Il pense que le caustique de Vienne sera souvent d'un emploi plus commode et plus rapide que le fer rouge; quant à la succion, il est d'avis que si l'individu mordu peut la pratiquer lui-même, il n'aura pas à hésiter entre une inoculation certaine par la plaie et une inoculation douteuse par une érosion possible de sa muqueuse buccale.

M. *Créquy* a vu guérir une jeune fille cautérisée par lui le lendemain seulement de l'accident; il pense que, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, la morsure n'aurait pas dé-

terminé d'inoculation positive, même en l'absence de tout traitement.

M. *Trasbot* rappelle qu'en effet il s'en faut de beaucoup que toutes les morsures faites par des chiens enragés soient suivies des symptômes de l'hydrophobie.

M. *E. Labbé* propose de remplacer la succion, dangereuse et souvent difficile, par l'application d'une ventouse.

M. *Delpech* demande si les pharmaciens, qui n'ont pas jusqu'ici le droit d'employer le fer rouge, ne pourraient pas se servir du chlorure de zinc ou du beurre d'antimoine. Il exprime le vœu qu'une circulaire spéciale et officielle concernant la conduite à tenir en pareil cas soit adressée à tous les pharmaciens, afin de couvrir leur responsabilité.

— A cinq heures trois quarts, la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de maladie de Basedow avec perte complète de la vision à la suite d'une inflammation de la cornée, par M. H. G. Cornwell.

Une jeune fille dont les yeux présentaient déjà une saillie exagérée fut atteinte d'une exophthalmie considérable à la suite d'une vive frayeur. Quand elle fut examinée quelques semaines après, les globes oculaires formaient une telle saillie que la paupière les laissait entièrement à découvert. La cornée et la conjonctive étaient d'une sensibilité extraordinaire. Du côté opposé, chémosis léger, pas d'opacité de la cornée, pas de gonflement du corps thyroïde et à cette époque pas de palpitations. Bientôt les deux cornées devinrent jaunâtres, sèches, se ridèrent et la vision se réduisit à la perception de la lumière. A cette période de la maladie, les palpitations se produisirent. A la suite d'un traitement dans lequel on employa successivement la quinine, l'ésérine, l'ergot de seigle, la malade fut un peu soulagée de ses douleurs, les globes oculaires s'affaissèrent et les paupières purent être abaissées, mais la vision fut définitivement perdue.

La perte de la vue à la suite d'affections de la cornée dans la maladie de Basedow est extrêmement rare. La plupart des ophthalmologistes ne font que signaler en passant un petit nombre de cas et considèrent comme suffisante l'explication de V. Græfe que l'affection cornéenne résulte de la paralysie des fibres « trophiques » du trijumeau. M. Cornwell se demande si, dans le cas précédent, la lésion de la cornée était due à la simple exposition des globes oculaires, et complètement indépendante de toute affection de la troisième paire ou du ganglion de Gasser, — ou bien si les fibres trophiques du trijumeau étaient seules atteintes et, dans ce cas, si l'œil a été incapable de résister aux influences nuisibles de l'air, etc. (*The Amer. Journal of the med. Science*, octobre 1880.)

Importance diagnostique de l'état de dilatation et de mobilité de la pupille dans l'épilepsie, par M. Land. Carter Gray.

L'auteur, rappelant les difficultés pratiques qu'on rencontre bien souvent pour établir le diagnostic de l'épilepsie quand on n'a pas été témoin des attaques, insiste sur l'importance qu'aurait un signe constant de la véritable épilepsie fonctionnelle, non subordonnée à une lésion du système nerveux : « Ce signe existe, dit-il, et consiste dans une pupille dilatée et mobile... J'entends par là, ajoute-t-il, une pupille qui passe de l'état de contraction à une vive lumière à l'état de dilatation à l'ombre, avec une beaucoup plus grande rapidité que normalement, quelquefois instantanément, passant de la dilatation au resserrement avec la même facilité, et qui est cependant modérément dilatée à une vive lumière. » Nous ferons remarquer ici que, chez beaucoup d'enfants qui ne présentent aucun indice d'épilepsie, on observe facilement des phénomènes analogues, particulièrement dans les yeux à iris clair. (*The Amer. Journ. of the med. Sc.*, octobre 1880.)

VARIÉTÉS

Nécrologie : le professeur Sanders. — L'Université d'Edimbourg vient de perdre un de ses membres les plus éminents. Frappé, il y a plusieurs mois déjà, d'une attaque apoplectique avec hémiplégie et aphasie, le professeur Sanders est mort presque subitement il y a quinze jours. William Rusherford Sanders, né en 1828, avait fait ses premières études en Angleterre et en France. Il avait, en 1844, acquis à Montpellier le diplôme de bachelier ès lettres. Sa thèse de doctorat « sur l'anatomie de la rate » est un mémoire des plus consciencieux, souvent cité dans les recueils spéciaux. Elle lui avait valu la médaille d'or de l'Université d'Edimbourg. En 1850, Sanders vint suivre à Paris les cliniques de Trousseau et des plus célèbres médecins français. Il se rendit ensuite à Heidelberg, où il s'appliqua plus particulièrement, sous la direction de Henle, à perfectionner ses études d'histologie. De retour dans sa ville natale, il fut successivement nommé conservateur du musée du Collège royal de chirurgie, puis médecin titulaire de l'hôpital royal. En 1869, il succédait à Henderson dans la chaire de pathologie générale de l'Université. Médecin consultant très recherché, professeur très suivi, Sanders a publié dans divers recueils de médecine, et en particulier dans le *Journal mensuel médical d'Edimbourg*, dans la *Lancet* et dans le *Système médical de Reynolds*, des travaux sur la *paralysie agitante*, la *dégénérescence cireuse*, l'*hémiplégie faciale*, etc. Le docteur Sanders était le beau-frère du célèbre chimiste français Gerhardt et le parent du professeur Gairdner (de Glasgow).

— Le docteur Giraud, directeur de l'asile des aliénés de Maréville, près Nancy, et frère de M. Charles Giraud (de l'Institut), vient de mourir subitement.

Victimes du dévouement médical. — *Projet de pension.* — Voici le texte de la proposition, qui vient d'être déposée sur le bureau de la Chambre des députés par M. Farcy :

« Tout citoyen français mort en concourant au sauvetage dans un incendie, tout médecin mort en soignant dans les hôpitaux une maladie épidémique, toute personne morte en essayant de sauver la vie d'un de ses semblables sera considérée comme morte au champ d'honneur, et laissera à sa veuve ou à ses enfants une pension égale à celle du soldat mort sur le champ de bataille. » (Très bien ! très bien !)

Nous avons déjà eu occasion de nous expliquer sur une proposition analogue autrefois faite par un journal de médecine. Nous le ferons de nouveau si l'occasion s'en produit.

Législation et règlements concernant les aliénés. — Le président de la République française, sur le rapport du ministre de l'intérieur et des cultes, vient de rendre le décret suivant :

Art. 1er. — Il est institué, sous la présidence du ministre de l'intérieur et des cultes, une commission chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les aliénés.

Art. 2. — Sont nommés membres de cette commission :

MM. Fallières, Martin-Feuillée, Bertauld, Camparan, Dauphin, Hérold, le docteur Roussel, Andrieux, Drumel, Dubost (Antonin), le docteur Marmottan, Maze (Hippolyte), Noirot, Sée (Camille), Waldeck-Rousseau, Berger, Chauffour, Cameseasse, Tanon, Barbier, Allou, le docteur Baillarger, le docteur Béclard, le docteur Brouardel, le docteur Lasègue, Accarias, le docteur Ball, le docteur Lunier, le docteur Foville, Dédebat, Vergniaud, Cambon (Jules), le docteur Bourneville, Leven, le docteur Loiseau, le docteur Thulié, Caron, le docteur Motet, Payelle, Pilon.

Art. 3. — MM. Fallières et Martin-Feuillée sont nommés vice-présidents de la commission.

Art. 4. — MM. Dédebat, Payelle et Pilon rempliront les fonctions de secrétaire de la commission.

Laïcisation des hôpitaux de Paris. — Deux protestations contre la décision prise par le *Conseil de surveillance de l'Assistance publique* de remplacer dans les hôpitaux les sœurs hospitalières par des dames laïques vient de paraître dans divers journaux. Le texte de ces protestations n'a pas été communiqué à la Gazette hebdomadaire.

La première est signée de MM. A. Hardy, Gosselin, Richet, Lasègue, L. Desnos, M. Raynaud, G. Bernutz, Laboulbène, A. Vulpian, A. Desprès, Depaul, Luys, Guéniot, A. Millard, Parrot, L. Bourdon, Oulmont, H. Roger, Empis, Baillarger, E. Mesnet, Péan, Marjolin, Marrotte, J. Bucquoy, E. Hervieux, Ernest Besnier, Woillez, Noël Gueneau de Mussy, Cusco, Blachez, Marc Sée, Hérard, Bergeron, Féréol, Gombault, Martineau, Xavier Gouraud, Ferrand, L. Moissenet, Charles Mauriac, Paul Berger, Edouard Labbé, Du Castel, Rathery, E. Guibout, Triboulet, Laudrieux, A. Siredey, Horteloup, H. Hallopeau, Lannelongue, de Saint-Germain, Archambault, A. Descroizilles, E. Bouchut, Jules Simon, A. Labric, Rigal, Félix Guyon, C. Potain, d'Heilly, Dieulafoy, médecins et chirurgiens des hôpitaux.

La seconde est signée de M. Delens, chirurgien de l'hôpital Tenon, et de MM. Henri Huchard, Sevestre, Rendu, Straus, Tenneson, médecins du même hôpital.

On annonce une ou plusieurs déclarations en sens contraire.

Faculté de médecine de Paris. — Le ministre de l'intérieur vient de saisir la Chambre des députés d'un projet de loi tendant à autoriser la Ville de Paris à changer l'affectation d'une partie de l'emprunt de 220 millions approuvé par la loi du 24 décembre 1874, et à autoriser la Ville de Paris à prélever sur cet emprunt de 220 millions une somme de 5 821 490 francs destinée tant au payement de sa part contributive dans les dépenses supplémentaires de la reconstruction de l'Ecole pratique et des cliniques de la Faculté de médecine qu'à l'amélioration du quartier Marbeuf.

— Les exercices pratiques et les démonstrations d'histologie ont commencé le mercredi 16 mars 1881, sous la direction de M. Cadiat, professeur agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie. Ces exercices sont obligatoires pour les élèves de seconde et de troisième années (ancien et nouveau régime). Nul élève de l'une ou l'autre des deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par le chef des travaux pratiques. Ils sont facultatifs pour les étudiants qui ont seize inscriptions.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Leplat, Raoult.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Dupeyron, Farine.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Guillemin, Dogny, Carayon, Rivière, Comte, Vivier, Alphant.

Concours du Bureau central. — Le jury du concours à trois places de médecin du Bureau central des hôpitaux, qui s'ouvre le 18 mars, se compose de MM. Bergeron, Guéniot, Lécorché, Lallier, Millard, Mesnet, Quinquaud, Rendu, Sevestre.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Pitres, professeur d'histologie et d'anatomie générale à la Faculté, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, à ladite Faculté, en remplacement de M. Mabit, décédé.

Faculté de médecine de Lyon. M. Desgranges, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1880-1881, par M. Vincent, agrégé près ladite Faculté.

Faculté de médecine. — *Cours d'accouchement.* — Le docteur Chantreuil, agrégé, suppléant M. le professeur Pajot, commencera ce cours le mardi 22 mars, à midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. M. Chantreuil traitera cette année de l'accouchement dans les différentes présentations, de la pathologie de la grossesse et des accouchements difficiles ou dangereux.

— *Cours auxiliaire de pathologie externe.* — M. Berger, agrégé, commencera son cours le 22 mars, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera des affections chirurgicales des membres.

Maladies mentales. — M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera le dimanche, 20 mars, à neuf heures et demie du matin, au grand amphithéâtre de l'hospice, un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle. Il le continuera les dimanches suivants, à la même heure. Les premières leçons seront consacrées à l'étude de l'état mental des hystériques.

Hôpital Cochin. — M. le docteur Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin, agrégé de la Faculté, recommencera ses leçons cliniques le vendredi 18 mars, à neuf heures et demie, et les continuera tous les vendredis, à la même heure.

Mortalité a Paris (10e semaine, du vendredi 4 au jeudi 10 mars 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1287, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 52. — Variole, 22. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 15. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 58. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 52. — Phthisie pulmonaire, 226. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchite aiguë, 56. — Pneumonie, 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 44 ; au sein et mixte, 27 ; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 125 ; de l'appareil circulatoire, 75 ; de l'appareil respiratoire, 95 ; de l'appareil digestif, 54 ; de l'appareil génito-urinaire, 20 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulations et muscles, 19. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1 ; infectieuse, 1 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 8.

Bilan de la 10e semaine. — Cette 10e semaine compte une augmentation de 162 décès (1287 au lieu de 1125), sans que rien en apparence vienne expliquer une telle aggravation. Parmi les affections épidémiques, la scarlatine et la diphthérie sont les seules qui aient vraiment augmenté. La scarlatine a causé 15 décès, au lieu de 6, 8 et 7 des semaines précédentes ; en accord avec ce mouvement de hausse, 61 cas d'invasion ont été déclarés au lieu de 42, 43 et 43 les semaines antérieures. Cette correspondance entre les mouvements de la mortalité et de la morbidité montre que, tout imparfaite que soit encore cette dernière et nouvelle enquête, elle permet déjà de présumer d'abord que ce n'est pas seulement la gravité de la scarlatine qui s'est accrue, mais surtout les cas d'invasion, et ensuite que l'épidémie semble plutôt en voie de développement. Quant à la distribution par quartier, ce sont, d'après les décès, ceux de *l'Hôpital Saint-Louis* et de *La Villette* qui sont le plus atteints (chacun 2) ; c'est le quartier *Bonne-Nouvelle* (5 cas), puis ceux de *l'Europe* et de *Picpus* (chacun 4), qui lui sont dénoncés par les cartes postales comme ayant présenté le plus grand nombre de cas d'invasion. Quant à la diphthérie, le nombre de décès qu'elle a causés s'est accru de 8 (58 au lieu de 50). Il convient de noter que le quartier *des Halles*, que les médecins traitants ont signalé comme comptant le plus de cas d'invasion, est aussi un de ceux qui ont le plus de décès. Cependant, comme le plus grand nombre des enfants atteints de diphthérie sont transportés dans les hôpitaux d'enfants, il n'y a jusqu'à ce jour, pour cette grave épidémie, aucune correspondance entre les cas d'invasion dénoncés chaque semaine (25 à 30) et les décès (50 à 58). Quant à la fièvre typhoïde, les décès sont stationnaires (53 et 52), mais les cas d'invasion signalés au Service ont notablement augmenté (73 au lieu de 59 et 55) ; est-ce l'enquête qui s'est faite meilleure ? ou est-ce vraiment l'épidémie qui s'est développée ?

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 24 mars 1881.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la vaccination et la revaccination obligatoires n'a pu avoir lieu mardi dernier à l'Académie de médecine : ce sera certainement pour la semaine prochaine en échange, on a entendu une intéressante communication faite par M. Parrot, au nom de M. Pasteur, sur des expériences relatives à certains microbes de la salive et tendant à apporter dans la question de la *nature de la rage* des éléments nouveaux et inattendus ; puis, des communications de deux candidats à l'Académie, MM. Gaujot et Péan : l'une sur le *traitement des corps flottants du genou;* l'autre sur l'*ablation des tumeurs par morcellement*. L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Brouardel sur les candidatures à la place vacante dans la section d'hygiène. Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : 1° M. E. Besnier; 2° M. Lunier; 3° M. Gallard; 4° M. Vallin ; 5° M. Legrand du Saulle.

La tuberculose maladie infectieuse. — Recherches expérimentales.

I

Nous avons indiqué ailleurs (*Des tuberculoses locales*, in *Gaz. hebd.*, 31 décembre 1880) les diverses phases par lesquelles a passé, dans ces dernières années, l'histoire de la tuberculose, en signalant brièvement le mouvement qui se produit à cette heure dans les esprits. Aujourd'hui que les recherches les plus précises d'anatomo-pathologie aboutissent à la négation de la spécificité anatomique du tubercule, ce critérium de la tuberculose, que l'histologie est impuissante à fournir, on le demande, comme le voulait M. Villemin dès 1865, aux données étiologiques tirées soit de l'observation clinique, soit de l'expérimentation. Au milieu des résultats les plus discordants, des assertions les plus contradictoires, un seul fait se dégage avec un réel caractère de certitude, l'inoculabilité de la tuberculose; aussi, grâce au mouvement scientifique de plus en plus puissant qui nous entraîne vers les théories parasitaires, la doctrine de la virulence, de l'infectiosité de la tuberculose semble devenir chaque jour plus populaire. C'est ainsi que nous devons mentionner, au premier rang de ses défenseurs, les représentants les plus autorisés de la pathologie générale en France et en Allemagne, comme Klebs et Cohnheim, comme le professeur Bouchard. On sait avec quelle ardeur Klebs poursuit cette campagne depuis de longues années; Cohnheim vient de se rallier aux

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Le Congrès d'Alger. — Sur la cystotomie sus-pubienne antiseptique. — Propagation de la scarlatine et de la fièvre typhoïde par le lait. — La morphiomanie à Chicago. — Documents statistiques sur l'enseignement de la médecine aux Etats-Unis. — Les antivivisectionnistes américains.

L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra dans quelques jours sa session à Alger, et tout s'annonce sous les auspices les plus agréables. Beaucoup de membres iront admirer la largeur des feuilles et les magnificences de la floraison algérienne, mais quelques-uns toutefois, sinon le plus grand nombre, trouveront matière à études intéressantes. Nous savons déjà qu'un de nos collègues, grand défenseur de la théorie éclamptique de l'érosion dentaire, nous avons nommé M. Magitot, va nous devancer de quelques jours pour aller visiter une tribu kabyle où la syphilis héréditaire règne dans toute sa beauté, espérant y trouver des armes pour combattre la théorie syphilitique de l'érosion. M. Parrot n'a qu'à bien se tenir.

M. Verneuil et ses disciples se préparent aussi à étudier sur place l'influence du paludisme sur les affections chirurgicales. « Le paludisme et ses variétés, nous écrit un de nos meilleurs amis, réfugié en ce moment à Alger, me semblent la note nosologique dominante d'une gamme malheureusement assez riche. On croirait que toutes les bactéries, tous les vibrions, micrococci et schizomicètes du monde ont envoyé des représentants de leur vilaine engeance dans tous les replis des terres africaines (peut-être vont-ils aussi y tenir un congrès!). Fièvres intermittentes, rémittentes, continues, éruptives, dysenteries, tænia, tuberculose même, encombrent les salles de l'hôpital du Dey et de celui de Mustapha. La chaleur du climat paraît propice à tous ces infiniment petits, de même qu'à des bestioles généralement plus appréciables

idées infectieuses dans son cours et dans son ouvrage de 1879. M. Bouchard les a défendues avec vigueur dans les leçons magistrales que Landouzy a si brillamment résumées dans la *Revue de médecine* (1881, n° 1). Enfin, à la Société médicale des hôpitaux, dans la discussion engagée sur les rapports de la tuberculose et de la scrofule, Rendu s'en est fait le champion, et son argumentation serrée a produit une grande impression.

La doctrine de l'infectiosité, quelque révolutionnaire qu'elle semble au premier abord, quels que soient les préjugés médicaux dont elle ait à triompher, a définitivement conquis droit de cité dans la science; si la question n'est pas encore mûre, elle mérite toute notre attention, d'autant plus qu'elle ouvre de nouveaux et larges horizons à la prophylaxie et à la thérapeutique de la phthisie.

II

La tuberculose ne serait pas une création spontanée de l'économie, reconnaissant souvent des causes banales : excès, misère physiologique ou pathologique; elle ne serait plus, directement du moins, l'aboutissant commun de toutes les diathèses épuisées. Elle se montrerait à nous sous les espèces d'une *maladie générale, virulente, infectieuse*, ne pouvant avoir qu'une origine : l'absorption d'un contage spécifique venu du dehors, qui, grâce à certaines circonstances encore mal définies, trouve dans l'économie les conditions favorables à son développement. Quelle que soit la porte d'entrée du germe, et on sait que le poumon est l'habitat favori du virus tuberculeux, il produit dans l'organe ainsi contaminé des altérations spécifiques, non par leur structure anatomique, mais par l'agent virulent qu'elles renferment. La lésion tuberculeuse ainsi constituée peut rester circonscrite à un organe, en déterminer la fonte ulcéreuse, ou même se terminer par cicatrisation lorsque les germes restent stériles dans l'économie qui leur est devenue réfractaire. D'autres fois, alors surtout que l'organisme, profondément détérioré par une affection constitutionnelle comme le diabète, diathésique comme la scrofule, dyscrasique comme la rougeole, n'offre plus de résistance à l'agent morbide, celui-ci pullule, se propage avec une extrême rapidité, et la nature infectieuse de la maladie, dissimulée dans la forme chronique de la phthisie, s'affirme dans ces processus aigus, qui ont pris le nom de granulie, de tuberculose aiguë. Nul n'ignore combien cette dernière modalité de la tuberculose revêt les allures cliniques de la maladie infectieuse par excellence, la fièvre typhoïde.

Si toutes ces lésions subinflammatoires, caséeuses, ulcéreuses, ces myriades de granulations qui font éclosion dans les organes les plus disparates sont nosologiquement identiques, ce n'est pas en raison d'une disposition morbide inhérente à l'économie, mais parce qu'elles sont le fait d'une maladie générale, dont la cause est spécifique et par suite constante dans ses effets. Aussi, à moins de détourner par un regrettable abus de mots, malheureusement consacré par l'usage, la dénomination de *diathèse* de sa véritable acception, n'existe-t-il pas plus de diathèse tuberculeuse que de diathèse morveuse ou syphilitique.

D'ailleurs on peut suivre, en quelque sorte, le microscope en main, l'agent infectieux depuis son habitat primitif jusqu'aux organes où se font ses colonisations secondaires et successives. C'est le sang qui semble servir de véhicule au contage tuberculeux; c'est le long des vaisseaux qu'on trouve les lésions tuberculeuses à leur début (traînées d'exsudats méningés, ulcérations intestinales, etc.). Des poumons, des ganglions où l'action du germe infectieux s'affirme par des lésions grossières, il pénètre, en suivant la voie des lymphatiques et du sang, dans le torrent circulatoire, et va contaminer çà et là la paroi des artérioles ou des veinules, pour y déterminer cette endovascularité, cette thrombose intravasculaire qui semblent (H. Martin) constituer la première période de la lésion tuberculeuse.

L'espace nous manque pour développer ici les arguments empruntés soit à la symptomatologie, à la marche de cette maladie qui, « à mesure qu'elle avance, présente l'image d'une sorte d'infection de toute l'économie » (Andral), soit à l'anatomie pathologique, qui permet de ranger les lésions tuberculeuses au nombre des « tumeurs d'infection » (Klebs, Cohnheim), à côté des nodules de la morve ou des gommes de la syphilis. Nous n'essaierons pas davantage de montrer jusqu'à quel point les données étiologiques, que nous a transmises une expérience séculaire concordent avec la théorie infectieuse de la tuberculose. Peut-être reviendrons-nous ultérieurement sur cette question éminemment compréhensive de pathologie générale, trop compréhensive même (rapports de la tuberculose avec les maladies générales, la scrofule, hérédité, contagiosité, etc.) pour fournir, à elle seule, une démonstration absolue. Cette preuve de l'infectiosité de la tuberculose, c'est à l'expérimentation surtout qu'il faut la demander; car, s'il est démontré que cette maladie est transmissible, et transmissible par inoculation, ingestion, d'une manière générale par absorption des produits tubercu-

---

à l'œil nu et qui deviennent ici fourmis géantes, puces mirifiques, larges punaises, moustiques féroces, formidables scorpions et poux fantasmagoriques.

» Que ces troupeaux ennemis qui attendent encore le Pasteur qui les parquera dans une bonne bergerie n'effraient pas trop cependant les touristes. On s'accoutume aux uns, on dédaigne les autres, on souffre un peu de ceux-ci, on écrabouille ceux-là, et on s'en tire à peu près. C'est encore moins désagréable que... » Ici, le lecteur voudra bien mettre le mot de la chose qui lui sera le plus désagréable : créancier, belle-mère, cor au pied, etc.

Malgré sa forme légère, tout ce badinage est au fond extrêmement sérieux; si à cette époque notre colonie est parée de toutes ses richesses végétales, comme revers à la médaille, il faut songer que maintenant aussi tous les germes morbides, les microbes, sont en pleine fermentation.

L'Afrique est toujours par excellence la terre fertile en monstres, et leur nocuité n'est nullement en rapport avec leurs dimensions. Il viendra un temps où les macrobes nuisibles, sauvages indigènes, lions, chacals, crocodiles, etc., disparaîtront devant les progrès de la civilisation; mais les microbes, depuis les palmelles jusqu'aux punaises, en passant par le parasite encore inconnu du bouton de Biskra, auront la vie plus dure; car on peut détruire les premiers par la force, mais on ne pourra se débarrasser des autres qu'en modifiant le milieu dans lequel ils vivent, condition qu'il faut ranger malheureusement parmi les impossibilités, avec le mouvement perpétuel et la quadrature du cercle.

Un dernier mot à ce propos, sous forme de conseil à nos compagnons de voyage : « N'oubliez pas les moustiquaires et la poudre insecticide ! »

— Une des causes qui ont le plus contribué à éloigner les chirurgiens de la taille sus-pubienne a été sans contredit la crainte de la stagnation du pus dans le fond de la plaie, et de ses conséquences fâcheuses pour le péritoine ou les es-

leux *seuls*, il devient difficile de placer la tuberculose ailleurs que dans le groupe des maladies zymotiques, dont elle présente d'ailleurs tous les caractères nosologiques.

III

Les faits d'inoculation, signalés par M. Villemin dès 1865, confirmés depuis par tant d'auteurs, ont eu un trop grand retentissement dans le monde scientifique pour qu'il soit utile de refaire ici l'historique de la question, exposé du reste avec détails dans l'excellente thèse d'Hippolyte Martin (1879). Du reste, il semble que pendant vingt années l'expérimentation ait en quelque sorte piétiné sur place; ce dont on ne saurait se plaindre, puisque la doctrine nouvelle a pu être ainsi passée au creuset de la critique. Mais aujourd'hui l'enquête sur l'inoculabilité, l'infectiosité de la tuberculose se continue dans un esprit plus large. Au lieu de contester les faits expérimentaux en apparence au moins contraires à l'idée de spécificité, au lieu de les récuser en alléguant l'inexpérience ou les imperfections opératoires, certains partisans de l'infectiosité cherchent à les interpréter, à leur assigner leur véritable signification.

La tuberculose est inoculable, c'est-à-dire que l'on peut, en introduisant des matières tuberculeuses sous la peau ou dans le péritoine d'animaux appartenant aux races tuberculisables, reproduire non seulement des lésions locales de même ordre, mais encore déterminer une généralisation du processus morbide, sous forme de granulie mésentérique ou pulmonaire. D'un autre côté, l'ingestion ou l'absorption de produits, de crachats tuberculeux par les voies digestives ou respiratoires donne des résultats à peu près identiques. Sur tous ces points, sauf en ce qui concerne l'action nocive du lait provenant de vaches tuberculeuses, il n'y a plus sujet à controverse, et les assertions contraires de certains expérimentateurs, qui, ne voyant dans ces processus morbides artificiels que des altérations banales, emboliques, septicémiques, s'obstinent dans un scepticisme systématique, ne trouvent plus guère créance. Mais ici commencent les divergences, et, c'est le nœud de la question, l'absorption par un procédé quelconque de matières non tuberculeuses, substances inertes ou produits pathologiques divers, ne détermine-t-elle pas de lésions analogues, une tuberculose locale, à laquelle succède, après un temps variable, une tuberculisation généralisée?

S'il en était ainsi, les particules tuberculeuses perdraient tout caractère de spécificité et il ne serait plus permis de dire que seules elles renferment un virus, un poison susceptible d'engendrer la tuberculose; les recherches expérimentales, loin de démontrer l'infectiosité, la virulence de cette maladie, légitimeraient l'opinion ancienne qui fait de la phthisie le dernier terme de la déchéance organique, de toutes les « hypotrophies ». On serait ramené à l'idée de l'auto-infection, de la spontanéité tuberculeuse d'après laquelle le poison tuberculeux naîtrait dans l'organisme même, au sein des produits pathologiques les plus variables, des lésions caséeuses en particulier.

Quelle est à cette argumentation la réponse des partisans de l'infectiosité, de la virulence spécifique? Comment interprètent-ils les résultats expérimentaux que nous venons d'indiquer? D'après eux, et nous avons montré ailleurs combien cette critique est fondée, faire du *tubercule-lésion* la caractéristique de la *tuberculose-maladie*, c'est se placer à un point de vue faux. La confusion des termes conduit ici, une fois encore, à la confusion des doctrines, comme semble l'avoir prouvé H. Martin dans une série de fort intéressantes recherches à la fois anatomo-pathologiques et expérimentales (thèse de doctorat, 1879, *Arch. de physiol.*, 1880 et 1881).

Sans doute, dit H. Martin, on peut produire une lésion locale, *anatomiquement* tuberculeuse par les procédés opératoires les plus différents, par l'inoculation de substances inertes, voire par un simple traumatisme. Mais de ce que la lésion ainsi déterminée offre les apparences histologiques du tubercule, « granulation type à cellules géantes » (Talma), il ne s'en suit nullement que l'on ait obtenu une véritable tuberculose expérimentale. Ces néoformations, identiques, au point de vue anatomique seul, aux granulations de la tuberculose, ces *pseudo-tubercules* sont loin d'avoir les caractères généraux du tubercule vrai. Processus exclusivement local, pour ainsi dire traumatique, le pseudo-tubercule n'a ni le pouvoir d'inoculabilité en quelque sorte indéfinie, ni la tendance à la généralisation qui appartiennent à toutes les « tumeurs d'infection » et en particulier à la tuberculose vraie.

La question est ainsi nettement posée et, ce semble, dans le meilleur esprit scientifique; malheureusement, il nous sera permis de le dire, elle est loin d'être résolue.

Sur le premier point, tendance à la généralisation du tubercule vrai, localisation absolue du pseudo-tubercule, les résultats constants obtenus par H. Martin sont en désaccord avec des faits contraires recueillis dans les meilleures conditions expérimentales. Il n'est guère douteux que, dans certains cas, l'injection sous la peau d'un animal de produits pathologiques divers, de pus par exemple, a été suivie d'une

---

paces celluleux péri-vésicaux. Néanmoins, la facilité plus grande de son exécution, comparée à celle de la taille périnéale, lui a ramené de temps à autre quelques partisans. Aujourd'hui que la méthode antiseptique prévient si bien la suppuration des plaies, il n'est pas étonnant de voir plusieurs chirurgiens tenter encore d'échapper aux dangers inflammatoires de la taille sus-pubienne. Depuis quelques mois, Trendelenburg, de Rostock, Bruns, de Tubingue, et Alexander Patterson, de Glasgow, ont pratiqué cette opération. Après avoir nettoyé soigneusement la vessie et la plaie, ils ont suturé la vessie au catgut, puis la plaie cutanée, en laissant ou non une sonde à demeure. Le malade de Patterson est mort de pyélite au vingtième jour. Lister lui-même a pratiqué cette opération le 25 février dernier sur deux hommes. Préalablement, la vessie fut lavée, puis distendue avec une solution phéniquée; la plaie de la vessie et celle de la paroi abdominale furent suturées; puis, pour prévenir la putréfaction de l'urine, on laissa une sonde à demeure, communiquant par un long tube en caoutchouc avec le fond d'une large bouteille dont le fond était recouvert d'une couche d'huile phéniquée.

— L'opinion publique s'est fortement émue en Angleterre depuis un an ou deux à propos d'épidémies de scarlatine éclatant sans cause appréciable dans différents endroits, Bromley et Fallowfield entre autres. Dans ce dernier pays, situé à 3 milles de Manchester, sur 37 personnes, réparties en 18 familles, qui furent atteintes de la scarlatine, 24 étaient tombées malades en trente-six heures. Cette circonstance dénotait une source infectieuse puissante et unique, et les médecins traitants, instruits déjà par l'expérience de l'influence du lait comme agent de transmission dans les maladies contagieuses, dirigèrent leurs recherches de ce côté. Or, on constata que toutes les familles atteintes prenaient leur lait à la même vacherie, tandis que les autres familles, disséminées au milieu des précédentes, mais qui se fournissaient ailleurs, étaient restées indemnes.

infiltration caséeuse du poumon. Mais était-ce bien là des néoplasmes tuberculeux, ou ne s'agissait-il pas de lésions emboliques ou septicémiques? La seule manière de trancher la question est de tâter le pouvoir virulent de ces soi-disant lésions tuberculeuses. Si, inoculées à nouveau, elles perdent rapidement toute propriété phlogogène, comme le prétend H. Martin, à l'inverse des éléments tuberculeux vrais, dont le pouvoir infectieux semble s'accroître par ces réinoculations, la distinction entre le tubercule vrai infectant et le pseudo-tubercule, non infectant, ne saurait plus être contestée. Ces inoculations « en série » seront des plus démonstratives, s'il est vrai, comme H. Martin est porté à le croire, sans encore l'affirmer d'une manière absolue, que le tubercule d'inoculation acquière des propriétés de plus en plus infectieuses quand il passe d'un organisme à un autre semblable, tandis que la pseudo-tuberculose, inoculée à nouveau, perd bientôt toute virulence.

En résumé, il serait difficile aujourd'hui de préjuger l'avenir qui est réservé à la doctrine de l'infection; mais, à défaut d'une conviction absolue, nous avons le ferme espoir que la voie nouvelle dans laquelle s'engage l'expérimentation, sous le contrôle d'une anatomie pathologique moins exclusive, sera féconde, en contribuant à reconstituer sur des bases plus larges la doctrine de la tuberculose.

Nous nous sommes servi indifféremment des dénominations « virus, germe infectieux, contage » pour désigner le poison tuberculeux. Quelle en est la nature? Existe-t-il un parasite spécifique du tubercule, une « monas tuberculosa »? Sur ce point, tout est à faire, et, dans cet ordre d'idées, nous avons eu trop de déceptions pour accueillir sans une extrême défiance les résultats de recherches aussi imparfaites que celles de Klebs et de ses élèves. (Voy. p. 183.)

L. Dreyfus-Brisac.

Sur une variété nouvelle de névrite parenchymateuse.

Les procédés qu'on met en usage depuis peu d'années pour étudier au microscope les éléments nerveux, et parmi ces procédés l'emploi de l'acide osmique, ont permis de distinguer dans la structure des nerfs un grand nombre de détails fort intéressants par eux-mêmes, mais aussi indispensables à connaître pour quiconque veut se rendre compte des modifications pathologiques que subissent les nerfs enflammés. D'autre part, l'analyse minutieuse de ces modifications inflammatoires est parfaitement propre à faciliter l'interprétation de certains phénomènes cliniques dont la nature et le mode d'évolution sont restés jusqu'à ce jour entourés d'une assez grande obscurité.

M. A. Gombault, sous-directeur du laboratoire d'anatomie pathologique à la Faculté, a cherché et est arrivé à différencier quelques-uns des processus irritatifs dont les tubes nerveux peuvent être le siège suivant les cas. Ces recherches, publiées dans les *Archives de neurologie* ou communiquées à la Société anatomique, ont une importance incontestable, et nous allons essayer d'en exposer les principaux résultats.

Il n'est pas inutile de rappeler tout d'abord que l'inflammation des nerfs, quand elle affecte primitivement les tubes nerveux en respectant le périnèvre et le névrilemme, est désignée sous le nom de névrite parenchymateuse. Il s'agit presque toujours, en pareil cas, d'un processus subaigu. Tantôt cette névrite parenchymateuse, dans les nerfs périphériques, est consécutive à d'autres lésions de l'appareil nerveux, à des lésions encéphaliques ou spinales, par exemple; c'est ce qu'on observe dans les dégénérations secondaires lorsque les centres trophiques ont été détruits; tantôt elle se déclare spontanément, loin de l'axe encéphalo-médullaire: tel est le cas du saturnisme, de l'intoxication varioleuse, etc., qui donnent lieu à des symptômes paralytiques bien connus. Enfin, il est un certain nombre de circonstances dans lesquelles l'influence d'une lésion primitive de la moelle ou du cerveau est encore problématique. Ainsi, les altérations des nerfs, dans la paralysie diphthérique, peuvent dépendre d'une modification survenue dans les parties grises de la moelle; mais il en est aussi qui se produisent d'emblée dans les racines ou les nerfs périphériques sans que les centres spinaux soient aucunement intéressés. Or, dans tous ces cas, c'est une seule et même lésion qu'on a décrite; cette lésion est le résultat d'un processus irritatif à évolution constante, en quelque sorte mathématique, qui entraîne à court délai la dégénération totale des conducteurs nerveux. On a désigné le processus en question sous le nom de dégénération wallérienne, car à Waller revient l'honneur d'avoir formulé catégoriquement la loi de la *dégénération du bout périphérique* des nerfs sectionnés.

L'importance du fait découvert par Waller est considérable, d'abord parce que de là découle la solution d'un grand nombre de problèmes physiologiques et pathologiques, entre autres celui des phénomènes trophiques; mais, de plus, il est incontestable que la possibilité de produire à volonté une dégéné-

---

La vacherie incriminée était très proprement tenue; le lait était excellent et provenait de 20 vaches toutes très bien portantes. Ces vaches étaient traitées indistinctement par trois hommes en bonne santé; deux d'entre eux demeuraient à la ferme, mais le troisième habitait au dehors une maison étroite où l'un de ses petits enfants était, au moment où l'épidémie sévit avec le plus de violence, en desquamation scarlatineuse. Cet homme portait aussi le lait aux consommateurs, mais on ne peut admettre qu'il ait transmis directement la scarlatine, car cette maladie atteignit avec la même intensité les personnes qui recevaient leur lait des mains des deux autres employés. Il faut donc que le lait lui-même ait été l'agent de la transmission et que le père du convalescent, très malpropre d'ailleurs, dont le corps et les habits étaient couverts de squames scarlatineuses, y ait introduit avant la distribution les éléments contagieux.

La même chose paraît être arrivée pour la fièvre typhoïde. Une épidémie survenue à Portsmouth semble reconnaître pour cause la propagation par le lait. L'enquête faite à ce sujet démontra que la maladie était partie d'une laiterie où une personne était atteinte de fièvre typhoïde. La garde-malade trayait les vaches, et on était obligé de traverser la pièce où était déposé le lait pour jeter les matières fécales provenant du patient.

— Chicago, qui nous envoie tant de porcs plus ou moins trichinés (on n'en tue pas moins de 40000 par jour dans cette ville), fait tous ses efforts pour se débarrasser d'une autre plaie sociale qui est encore un des fruits des progrès de la civilisation. On sait que la morphiomanie a fait dans ces dernières années de tels ravages aux États-Unis qu'on a dû instituer des maisons de santé exclusivement destinées au traitement répressif de l'état morbide particulier qu'elle engendrait, et de la manie elle-même. Le docteur Earle, médecin morphiomane (encore une nouvelle spécialité) à la *Washingtonian Home* de Chicago, a fait à ce sujet des recherches extrêmement intéressantes. Cinquante droguistes

ration nerveuse facilite singulièrement l'étude des lésions microscopiques des nerfs. Aussi, les lésions de la dégénération wallérienne ont-elles été décrites avec un soin extrême. Peut-être même a-t-on trop largement profité des grands avantages de ce moyen d'étude et négligé d'autres procédés moins rapides et plus délicats, et cependant tout aussi féconds. C'est à cet exclusivisme apporté dans l'étude des lésions expérimentales des nerfs qu'il faut attribuer l'erreur très répandue qui consiste à regarder la dégénération wallérienne comme l'unique type de la névrite parenchymateuse.

Ce qu'il y a de plus frappant dans les altérations dont il s'agit, c'est assurément l'invariabilité absolue de leur évolution. Étant donné un nerf ou, ce qui revient au même, un faisceau de tubes nerveux, tous les tubes situés au-dessous de la section qu'on vient de pratiquer sont appelés à subir des modifications identiques.

A l'état normal, chacun de ces derniers est, comme on sait, constitué par un cylindre plein, strié longitudinalement, le *cilinder axis*, que protège un manchon de myéline. Mais, tandis que le cylindre axe est ininterrompu, la myéline est disposée autour de lui sous la forme de tronçons, de segments réunis bout à bout par une soudure en forme d'anneau. Ces tronçons, appelés *segments interannulaires*, ont une longueur moyenne de 1 millimètre; ils sont munis d'un noyau ovalaire vers leur milieu et sont entourés d'une gaine commune, la gaine de Schwann.

Dès les premiers jours qui suivent la section, la myéline renfermée dans les segments du bout inférieur perd sa forme de manchon, elle se divise et se condense en un certain nombre de blocs sphériques qui, peu à peu, se désagrègent. Le cylindre axe lui-même se résout en fragments; une néoformation nucléaire plus ou moins abondante comble insuffisamment les vides, et, au bout d'une trentaine de jours, on ne trouve plus dans toute l'étendue du bout inférieur du nerf que des gaines de Schwann affaissées et semées de noyaux. C'est ce processus, parfaitement étudié par Vulpian, Déjerine et Copy, Ranvier, etc., qui a résumé presque en lui seul jusqu'à ce jour toute l'anatomie pathologique des névrites parenchymateuses.

Il est cependant bon nombre de cas dans lesquels l'assimilation absolue de toutes les névrites parenchymateuses à la dégénération wallérienne est loin d'être satisfaisante; attendu que la dégénération wallérienne est un accident irrémédiable, qui entraîne fatalement la perte des fonctions du nerf et qui est nécessairement accompagné de la dégénération des fibres musculaires sur lesquelles ce nerf s'épanouit. En réalité, cette dégénération n'est pas un processus pathologique; c'est le résultat obligé d'un traumatisme, d'une véritable décapitation. Il est, par conséquent, permis de soupçonner l'existence de certains états intermédiaires entre les conditions normales des tubes nerveux et cette sorte de nécrobiose, à laquelle, d'ailleurs, peuvent aboutir tous les processus irritatifs un peu intenses.

D'autre part, la clinique démontre qu'il y a certaines de ces névrites qui guérissent rapidement; la disparition des symptômes paralytiques ou autres en est la preuve. Il en est qui ne se compliquent jamais d'atrophie musculaire, ou du moins dans de si faibles proportions qu'il est permis de n'en pas tenir compte. La paralysie diphthérique, par exemple, ne se traduit, la plupart du temps, que par des accidents passagers, au nombre desquels l'amyotrophie ne compte qu'à titre exceptionnel, et au bout d'un temps relativement très court tout rentre dans l'ordre. Il en est de même des paralysies saturnines, des paralysies amyosthéniques consécutives aux maladies aiguës, etc. Enfin, dans les maladies chroniques de la moelle épinière, alors même que les cellules des cornes antérieures sont profondément atteintes, on a peine encore à s'expliquer comment la dégénération wallérienne peut être le seul processus de névrite parenchymateuse en cause. Il est certain tout d'abord que, si les cellules spinales sont complètement dégénérées ou anéanties, les fibres qui en émanent subissent la dégénération wallérienne; mais les lésions de ces cellules s'accomplissent ordinairement dans un laps de temps beaucoup plus long que n'en exige la dégénération wallérienne; il paraît donc étonnant que celle-ci résulte d'une perturbation trophique centrale bien trop légère pour équivaloir à une section de racine ou de tronc nerveux. A ce compte la paralysie infantile, où la presque totalité des éléments spinaux peuvent être simultanément atteints, ne guérirait jamais; tout au moins, le retour des fonctions ne s'effectuerait pas, ainsi que cela a lieu souvent, dans l'espace de quelques semaines.

Il y a donc tout lieu de croire que, dans les cas curables, la névrite parenchymateuse a des procédés plus cléments que celui de la dégénération wallérienne. Dans l'intoxication saturnine, par exemple, les symptômes paralytiques sont toujours transitoires; c'est précisément en étudiant les modifications des nerfs au cours du saturnisme chronique, que M. Gombault est arrivé à la détermination d'une variété anatomo-pathologique nouvelle et absolument différente de celle qui résulte de la section des nerfs.

---

qu'il a interrogés avaient 235 habitués, soit 5 chacun en moyenne; un certain nombre toutefois ne délivrent la drogue que sur ordonnance; d'autres en demandent un prix très élevé, et autres petites ficelles du métier, mais rien n'y fait, la manie est la plus forte.

Parmi ces 235 habitués, on compte 169 femmes, dont un tiers de prostituées. Comme nationalité, les vrais Américains l'emportent de beaucoup (160 sur 235); il y a seulement 17 Irlandais, 12 Nègres, 10 Écossais, 7 Allemands, etc. La grande majorité a de trente à quarante ans; il y a quelques exceptions remarquables. — Une femme de cinquante ans est adonnée à l'opium depuis l'âge de treize ans; une autre, âgée de soixante-cinq ans, prend 4 grammes d'extrait gommeux d'opium par jour; un vieux ménage de soixante-dix et soixante-quinze ans consomme 4 grammes de morphine par semaine lorsqu'il a de quoi l'acheter; beaucoup de jeunes gens, et même d'enfants, y ont également déjà pris goût.

C'est à la classe moyenne qu'appartient la plus grande partie des mangeurs d'opium; mais on trouve aussi des membres de la corporation parmi la haute société, dont ils se sont d'ailleurs séparés. La plupart des morphiomanes sont ou ont été mariés, mais beaucoup sont séparés de leur conjoint.

Les causes qui ont amené cette habitude vicieuse sont des plus diverses : la stimulation et surtout un certain sentiment de béatitude produit par l'opium, l'ivrognerie antérieure, le malheur en ménage, le rhumatisme, les névralgies, tous les ennuis qui peuvent naître de « la femme » et que les Américains désignent sous le terme de *female complaint*, des maladies antérieures, des plaies de guerre, pertes d'argent, etc. La plupart des malades sont devenus morphiomanes à la suite de l'emploi de la morphine dans les affections douloureuses. Les femmes prennent généralement de la morphine, les hommes de la classe inférieure de l'opium gommeux, quelques malades des deux sexes la teinture, et parfois l'élixir parégorique. Une veuve de cinquante ans en achète chez son droguiste plus de deux litres par semaine.

Comme il est rare qu'on ait à sa disposition des pièces d'autopsie provenant de sujets saturnins, M. Gombault s'est adressé à l'expérimentation. Le procédé a consisté à mélanger du blanc de céruse au son qui sert à l'alimentation des cochons d'Inde. Un certain nombre de ces animaux ayant été soumis au régime du plomb, il fut facile de préciser, à la suite de quelques tâtonnements, la quantité de substance toxique nécessaire pour provoquer chez eux des symptômes d'empoisonnement, tout en leur ménageant, bien entendu, les conditions les plus favorables de survie. Lorsqu'on suspend de temps à autre l'emploi de la céruse, on peut conserver ainsi les cochons d'Inde, pendant six mois et plus, dans un état comparable à celui de l'intoxication saturnine chronique chez l'homme. L'examen cadavérique étant pratiqué au moment que l'on choisit, les résultats en sont beaucoup plus précis que dans les cas où l'on ne connaît que très approximativement le degré d'intensité de l'empoisonnement. Inutile d'ajouter que le mode de préparation des nerfs consiste surtout dans l'usage de l'acide osmique, qui présente le double avantage de fixer les éléments mieux que tout autre réactif, et de colorer la myéline en noir avec une telle intensité que la moindre trace de désagrégation ne peut échapper à l'observation.

Il ne peut être question de reproduire ici les détails de cette anatomie pathologique microscopique que l'auteur a décrits avec un soin extrême et qui sont d'un grand intérêt pour les histologistes de profession. L'essentiel est de faire ressortir ce qui différencie les lésions dont il s'agit de celles de la dégénération wallérienne et d'établir ce qui fait qu'elles ne peuvent appartenir qu'à une affection spéciale, autonome. A première vue, on est frappé de ce fait que les tubes nerveux ne sont pas modifiés à partir d'un certain point dans toute leur étendue, ainsi que cela se passe à la suite de la section d'un nerf. Les modifications de structure, au contraire, paraissent toujours localisées, soit dans un seul segment interannulaire, soit dans une série de trois ou quatre segments consécutifs, au-delà desquels le tube nerveux, soit au-dessus, soit au-dessous de la lésion, est demeuré absolument normal. D'autre part, ces segments altérés ne présentent pas en tous leurs points la même apparence. Ils diffèrent même sensiblement les uns des autres sur une seule et même préparation, et ces différences correspondent d'une façon évidente à trois degrés ou à trois phases du processus : phase de dégénération, phase ou période d'état, phase de restauration.

Première phase. Les segments interannulaires sont plus volumineux qu'à l'état sain. La gaine de Schwann, qui les circonscrit, est distendue, boursouflée; cela tient à ce que la myéline a végété, que des masses protoplasmiques s'y sont développées en abondance, munies de noyaux dont le nombre est quelquefois considérable. La myéline elle-même est profondément altérée. Au lieu de former autour du cylindre axile une enveloppe régulière et d'une teinte uniforme, elle s'est dissoute ou émulsionnée de façon à n'être plus constituée que par de fines gouttelettes dont l'accumulation masque les autres altérations qui se sont produites dans la gaine de Schwann. Ces caractères de la lésion, en ce qui concerne seulement la myéline, suffisent déjà à différencier totalement le processus en question de celui de la dégénération wallérienne. Mais le fait capital est la persistance du cylindre qu'on voit traverser les parties malades sans subir le contre-coup du travail morbide qui s'opère autour de lui. En certains points, pourtant, il apparaît diminué de volume et dévié de son trajet rectiligne par les noyaux adjacents.

Deuxième phase. L'émulsion de myéline, les masses protoplasmiques, les noyaux disparaissent; mais le cylindre subsiste, et le tronçon du filet nerveux intermédiaire aux parties saines n'est plus représenté que par le seul cylindre axile et la gaine de Schwann qui le protège.

Troisième phase. Des noyaux se forment dans la gaine; autour de ces noyaux se condensent de petites masses de myéline qui donnent au tube nerveux un aspect moniliforme. Chacune de ces masses, en quelque sorte solidaire du noyau au voisinage duquel elle s'est développée, s'accroît dans le sens longitudinal; elles arrivent toutes ainsi au contact les unes des autres, séparées seulement par un petit étranglement qui va représenter l'anneau intersegmentaire des nouveaux segments.

De ce qui précède il est permis de conclure que le processus, localisé aux parties protectrices du cylindre, mais le plus souvent indifférent pour le cylindre lui-même, se termine par la reformation des segments interannulaires qui avaient momentanément disparu. La persistance de l'intégrité du cylindre et la localisation des phénomènes irritatifs aux parties accessoires d'un nombre restreint de segments justifient l'appellation de *névrite segmentaire périaxile* que M. Gombault attribue à cette variété de névrite parenchymateuse.

Il est encore un fait intéressant qui donne à la névrite segmentaire périaxile un cachet très spécial, à savoir que, dans le segment interannulaire, la lésion procède suivant une certaine loi. Elle envahit toujours l'une des extrémités de ce segment avant de frapper son autre extrémité ; ce qui fait que

---

Un grand nombre de dames prennent de 2 à 6 centigrammes de morphine par jour.

— Le rapport de la Commission de l'éducation, aux États-Unis, pour 1878, vient de paraître. Nous en extrayons les détails relatifs aux écoles médicales, dentaires et pharmaceutiques, et qui peuvent intéresser nos lecteurs.

Le nombre de ces écoles, déclarées officiellement pendant l'année, était de 106, comprenant 1337 professeurs de tout rang et 11 830 étudiants. L'enseignement régulier de la médecine et de la chirurgie comptait alors 64 institutions (le nombre est actuellement de 69) représentant 915 professeurs, 8279 étudiants, 2506 diplômés, 46 065 volumes dans les bibliothèques, 42 131 250 francs en terrains, bâtisses et mobilier; 5 358 675 francs en fonds de rapport, donnant 329 650 francs d'intérêt et des droits d'inscription s'élevant à 7 234 950 francs. Les éclectiques ont 6 institutions, 51 professeurs, 448 élèves, 211 diplômés, 3000 volumes, 4 025 000 fr. en meubles et immeubles et 224 000 francs de recettes pour droits d'inscription. Les homœopathes ont 11 écoles, 158 professeurs, 1215 élèves, 363 diplomés, 39 800 volumes, 8 725 000 francs en meubles et immeubles, 2 386 770 fr. de recettes.

Les écoles dentaires, au nombre de 12, ont 161 professeurs, 701 étudiants, 218 diplômés, 505 volumes, c'est-à-dire moins que d'élèves, mais cela se comprend, l'enseignement étant surtout pratique et manuel; le valeur des meubles et immeubles est de 1 700 000 francs, et les recettes s'élèvent à 1 518 350 francs.

Les écoles de pharmacie sont au nombre de 13; elles ont 52 professeurs, 1187 élèves, 380 diplômés, 5175 volumes, des meubles et immeubles pour 3 875 000 francs et 637 175 francs de recettes.

Dans le cours de l'année, on délivra 3814 diplômes de médecine et 4 diplômes honoraires. Pendant la même année, on délivra 222 diplômes en théologie, 1000 en droit, et 6367 en arts.

les parties atteintes les premières sont aussi les premières à se restaurer. D'autre part, il est fréquent, lorsqu'un segment est atteint dans sa totalité, d'observer, dans les segments qui le précèdent ou qui le suivent, des altérations localisées. Or, ces lésions ne sont pas disposées au hasard, et leur mode de répartition semble indiquer qu'on assiste à un envahissement progressif de la fibre, s'effectuant dans un sens déterminé. Aussi, pour ce qui est de la nature du processus, y a-t-il lieu de supposer que l'altération initiale peut être considérée comme un œdème inflammatoire, et cela avec d'autant plus de raison qu'elle se montre au voisinage des étranglements annulaires, c'est-à-dire au niveau du point d'entrée des liquides nutritifs. Cette marche est précisément l'inverse de ce qui se passe dans la dégénération wallérienne, puisque, selon M. Ranvier, c'est à la partie moyenne du segment que se montre l'altération au début de cette dégénération.

Tous ces faits, observés dans l'intoxication saturnine expérimentale, se retrouvent rigoureusement identiques dans la pathologie humaine.

Mais si la restauration est le mode de terminaison régulier de la névrite segmentaire périaxile, il n'est cependant pas le seul qui puisse se produire. Le cylindre axile, à un moment donné, peut ressentir plus vivement les effets du processus irritatif au sein duquel il est plongé. S'il arrive à se rompre, la dégénération wallérienne s'en suit inévitablement, et cette complication est un des faits les plus intéressants de l'histoire de cette névrite. En effet, on comprend ainsi que, dans les cas de paralysie diphthérique, de paralysie ascendante aiguë, d'amyotrophies spinales, la dégénération wallérienne ait été constatée et décrite comme la lésion essentielle des racines ou des nerfs périphériques. Mais les lésions de la névrite segmentaire périaxile existent toujours en pareille circonstance à côté de cette dernière, et il y a tout lieu de supposer que la dégénération wallérienne n'est que la conséquence de la névrite périaxile. Dans un cas de paralysie diphthérique, dont M. Gombault entretenait dernièrement la Société anatomique, il n'existait que des lésions de névrite périaxile, sans trace de dégénération wallérienne. On est donc fondé à croire que, si les lésions wallériennes s'observent dans toutes ces affections (et le fait est indiscutable), elles ne sont qu'accessoires, tandis que celles de la névrite segmentaire sont essentielles et primitives.

E. Brissaud.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Les vraies causes de la phthisie miasmatique contagieuse et de la pneumonie chronique, et leur prophylaxie, par M. le docteur A. F. Eklund, médecin de 1re classe dans la marine royale suédoise. (Rapport lu devant la Société médicale suédoise, dans son assemblée du 28 juin 1880.) (1)

Je me suis occupé durant plusieurs mois presque exclusivement de recherches microscopiques et d'études sur la vraie cause, la nature essentielle et la prophylaxie de la phthisie.

Les examens microscopiques faits à Stockholm (avec l'oculaire n° 3, de Vérick, et l'objectif n° 8) devant la fenêtre d'une salle d'étude de l'Etat, regardant le sud et très claire, portaient sur des matières expectorées parfaitement fraîches, ainsi que sur de l'urine, reçues toutes les deux de l'infirmerie de la station navale et des malades de la capitale. L'expérience clinique, le pronostic différentiel et les résultats du traitement ont décidément établi qu'il existe une différence essentielle et fondamentale entre la tuberculose contagieuse proprement dite (phthisis pulmonum tuberculosa), dont il faut attribuer la nature étique à la présence de parasites spécifiques, et les pneumonies chroniques ou les infiltrations caséeuses, scrofuleuses. Mais la dispute des unicistes, savoir des partisans de Laennec, dont les plus célèbres représentants, sont MM. les professeurs Villemin, de Paris, et L. Waldenburg, de Berlin, avec leurs adversaires, les dualistes, à la tête desquels se trouvent MM. les professeurs Jaccoud et Virchow, est loin d'être terminée. Je me proposai, en conséquence, de faire d'abord des examens microscopiques comparatifs pour découvrir si les matières expectorées dans la phthisie proprement dite contiennent des éléments spécifiques et caractéristiques propres à la différencier des matières de la pneumonie caséeuse. C'est, en effet, ce que j'ai constaté : les produits de l'expectoration dans la phthisie contiennent trois ordres de cellules spécifiques et caractéristiques, d'autant plus nombreuses que le cas est plus grave, savoir: 1° des cellules très petites, nouées, lymphoïdes, le plus souvent tout à fait remplies des bactéries de la phthisie; 2° des cellules rondes avec un, deux, trois, cinq ou plusieurs noyaux, les cellules elles-mêmes étant à peu près de la grandeur des cellules de pus ou de mucosité; ou bien des cellules blanches du sang, contenant aussi un plus ou moins grand nombre de

(1) M. le docteur Eklund a bien voulu nous faire parvenir ce rapport, que nous regrettons de ne pouvoir insérer en entier; mais ce que nous en reproduisons ici donnera une idée suffisante des études et des opinions de notre savant confrère.
(*La Rédaction*).

Les donations faites aux établissements d'instruction pendant l'année se sont élevées à 77 582 225 francs, dont les écoles de médecine n'eurent que 219 050 francs pour leur part, et encore n'en revint-il qu'un peu plus de la moitié aux établissements officiels, entre autres au *New-York medical College* pour les femmes.

L'accroissement du nombre des étudiants en médecine, de 1877 à 1878, a été de 615; ce nombre a augmenté l'an dernier de 1082.

— Nous avons dit, dans une de nos précédentes chroniques, que les adversaires des vivisections avaient perdu leur temps et leur peine pour les faire interdire en Angleterre. Les antivivisectionnistes américains n'ont pas eu plus de succès. Pendant la dernière session législative, M. Bergh présenta un projet de loi dans le but de faire défendre les expériences sur les animaux; le projet fut renvoyé à la Commission d'hygiène publique, qui le rejeta, et la Chambre adopta le rapport de la Commission, le 18 février dernier. C'est la seconde fois que cette proposition est rejetée.

L. H. Petit.

Concours pour deux emplois de professeur agrégé a l'École de médecine et de pharmacie militaires. — Un concours s'ouvrira, le 1er juillet 1881, à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, pour deux emplois de professeur agrégé en chirurgie. En conformité de la décision ministérielle récente du 4 février 1881, les médecins-majors sont seuls admis à concourir.

Service de santé de la marine. — Ont été promus : *Au grade de directeur :* M. Gestin (Robert-Héristel), médecin en chef.

Au grade de médecin en chef : M. Merlin (Louis-Baptiste), médecin professeur.

micrococcus; 3° des cellules elliptiques ou ovoïdes, plus rétrécies, mais à la fois plus longues que celles que j'ai décrites sous le numéro 2, toujours avec des micrococcus en plus ou moins grande quantité.

Je viens de dire que des bactéries spécifiques (qui se trouvent aussi libres dans l'humeur intercellulaire) sont contenues dans les cellules. Elles sont à distinguer des cellules de pus et de mucosités, ainsi que de celles qui contiennent des granules libres de graisse. Ce qui tout d'abord saute aux yeux, lorsqu'on aperçoit ces cellules, c'est la vie vraiment turbulente et comme inquiète qui s'exerce là. Que seulement deux ou trois micrococcus (qui, règle générale, sont sphériques ou très peu cylindriques, parfaitement hyalins et brillants) se trouvent dans une cellule, on les voit se jeter pêle-mêle d'un côté de la cellule à l'autre avec une violence inouïe, comme s'ils se disputaient la nourriture. Si, au contraire, les cellules sont parfaitement remplies de micrococcus, c'est un mouvement d'oscillation, d'ondulation et de rotation dans les cellules comme dans une couvée de serpents. Comme les micrococcus sont de grandeurs un peu différentes, tellement que quelques-uns, au grossissement indiqué, atteignent le volume d'une tête d'épingle et quelques autres forment des cylindres à peine perceptibles, on ne peut se défendre de la pensée que les micrococcus empruntent des substances nourricières aux cellules et aux humeurs. Ce sont vraisemblablement des schizomycètes.

Pour établir qu'ils ne se retrouvent pas dans les cellules chez des personnes saines, ni dans les sécrétions de la membrane muqueuse des narines, de la bouche, du pharynx, du larynx, de la trachée et des bronches chez des individus attaqués seulement de catarrhe, j'ai institué des expériences comparatives. Si l'on essaie de dissoudre ces micrococcus de la phthisie dans l'éther, ils continuent leurs mouvements oscillants, vibrants et tournent avec autant de vivacité qu'auparavant. En outre, ils diffèrent de diverses autres espèces de bactéries et de divers éléments histologiques, en ce sens qu'ils ne s'imbibent que très peu et très lentement, ou même pas du tout, d'une solution de rouge d'aniline.

Je considère que les cellules ci-dessus décrites ne constituent des parties intégrantes ni de la sécrétion des glandes salivaires, ni de la membrane muqueuse des bronches, de la trachée, du larynx, du pharynx, de la bouche et des narines à l'état normal.

Viennent ensuite cinq observations particulières longuement décrites; puis l'auteur continue ainsi :

Il me semblerait raisonnable, dans les expérimentations futures sur les animaux, de faire une distinction rigoureuse entre les résultats obtenus avec l'inoculation de matières expectorées fournies par des phthisiques et contenant des cellules remplies de micrococcus, et ceux que donnent l'inoculation de matières expectorées recueillies dans des pneumonies chroniques. Il faudrait aussi n'employer jamais, pour les expérimentations, d'autres animaux que ceux chez lesquels on n'a pas réussi jusqu'à présent à constater la phthisie prétendue spontanée.

Les preuves que la phthisie proprement dite est une maladie contagieuse se multiplient de jour en jour. Dans l'armée, on a observé, il y a déjà très longtemps, que les gardes des chambres des casernes et des infirmeries sont de préférence affectés. Mon expérience, fruit d'une longue suite d'années passées dans le service de la médecine militaire, m'en a souvent apporté la preuve. Cette fréquence de la phthisie pulmonaire chez les militaires en question doit être, selon moi, principalement attribuée à cette circonstance qu'il est permis aux individus phthisiques et aux individus sains de coucher ensemble et pêle-mêle dans les casernes. Les premiers souillent les planchers du produit de leur expectoration, qui se dessèche et, au balayage, se disperse dans l'air pour être respiré par les personnes présentes.

Pour prévenir un si grand mal, il est à propos d'isoler les phthisiques, de changer les gardes des casernes, les soldats des corps de garde, ainsi que les infirmiers militaires une fois par semaine ou par mois, et de veiller à une propreté constante des salles.

A un point de vue plus général, il y aurait grand avantage à drainer le sol au moyen de tuyaux de briques poreux, les uns profonds, les autres superficiels sous les maisons et autour d'elles; d'isoler les fondements des édifices par de l'asphalte, du ciment, du béton, des briques de scorie ou autres matières; de forcer les émanations du sol à s'échapper par des conduits à air, passant par les cheminées, et de les brûler même au moyen des becs de gaz. Il faudrait encore isoler les étages des maisons les uns des autres en mettant la surface inférieure des planchers en contact avec la paraffine ou l'huile de lin cuite, ou ne faire de nettoyage qu'à l'eau filtrée; obliger les loueurs d'habitation à racler, dans certains cas, les planchers des chambres et à recrépir les murs, etc.

Nous nous bornons à mentionner ces conseils parmi tous ceux que donne l'auteur et qu'il serait trop long d'énumérer complètement.

(*La Rédaction.*)

Physiologie expérimentale.

CONTRIBUTION A L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'URÉE ET DES SELS AMMONIACAUX, par MM. Ch. RICHET et R. MOUTARD-MARTIN.

I. Ainsi que tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, nous avons pu constater l'innocuité presque absolue de l'urée pure; des doses de 50 grammes, injectées dans le sang, ne déterminent pas la mort immédiate d'un chien de moyenne taille (1).

II. Nous avons cherché à connaître le poids centésimal de l'urée contenue dans le sang, une demi-heure environ après injection intra-veineuse de quantités considérables d'urée. Quoique les procédés classiques employés par nous, pour le dosage de l'urée dans le sang, ne nous aient donné que des résultats approximatifs, nous pouvons affirmer cependant que, presque aussitôt après l'injection d'urée, on ne retrouve dans le sang que la huitième partie environ de l'urée injectée. Il en est de même lorsqu'on a pris soin de faire la ligature des deux reins.

Il faut admettre que l'urée injectée dans le sang passe aussitôt dans les tissus et les liquides de l'organisme. Ainsi il se fait une élimination notable de cette substance par l'estomac et l'intestin. Dans le liquide stomacal abondant, nous avons retrouvé 14 grammes d'urée par litre; dans la salive, 5 grammes d'urée, etc. Il n'est pas douteux que cette même exsudation d'urée n'ait lieu dans la lymphe, les muscles, les parenchymes.

Nous avions déjà constaté le même phénomène d'exosmose après les injections de sucre.

III. L'élimination d'urée par le rein se fait avec une grande lenteur, comme le démontrent les chiffres suivants (nos expériences ont été faites sur des chiens, tantôt chloralisés, tantôt curarisés, tantôt non intoxiqués) :

	Urée		Durée do l'élimination.
	injectée.	éliminée.	
	gr	gr	h
Première expérience (2).....	100	30	4
Deuxième expérience.......	50	16	16
Troisième expérience.......	50	15	17
Quatrième expérience......	160	17	5

(1) Nous avons constaté, dans un cas, une persistance anormale des mouvements après la mort. Chez un chien chloralisé, mort par suite de la formation accidentelle d'un caillot dans le cœur, après injection de 120 grammes d'urée, il y a eu, quoique le cœur eût été enlevé de la poitrine, des mouvements spontanés pendant cinquante-cinq minutes après la mort.

(2) Dans cette expérience, il y a eu injection de sucre, laquelle a déterminé de la polyurie et, par conséquent, élimination plus abondante d'urée.

IV. Ce qu'il y a de remarquable, mais aussi de très difficile à expliquer, c'est que l'urée, en déterminant de la polyurie, diminue la proportion centésimale de l'urée contenue dans l'urine; de sorte que l'on arrive à ce résultat paradoxal que l'injection d'une solution concentrée d'urée augmente l'élimination d'eau plus encore que celle de l'urée. Nos expériences, sur ce point, sont très concordantes.

		Quantité d'urine en dix minutes.	Urée par litre.	Urée totale.	Différence de la proportion d'urée par litre.
		cc	gr	gr	gr
Première expérience.	Avant l'injection.	9,0	37,0	0,330	
	Après l'injection de 50 gr.....	51,4	26,0	1,340	—11,0
Deuxième expérience.	Avant l'injection.	3,5	29,5	0,103	
	Après l'injection de 50 gr.....	50,0	22,0	1,100	— 7,5
Troisième expérience.	Avant l'injection.	7,5	58,0	0,430	
	Après l'injection de 100 gr....	142,0	24,3	3,450	—33,7
Quatrième expérience.	Avant l'injection.	3,0	38,4	0,110	
	Après l'injection de 160 gr....	40,0	32,5	1,300	— 5,9

V. Si l'on injecte une quantité modérée (20 grammes, par exemple) d'urée après avoir fait la ligature des uretères, les animaux ainsi opérés meurent beaucoup plus vite qu'après la néphrotomie, pratiquée sans injection préalable. Ils périssent en seize, dix-huit, vingt heures, tandis qu'après la néphrotomie simple ils survivent généralement près de quarante-huit heures. Nous indiquons simplement ce fait sans en déduire aucune considération théorique sur le mécanisme de l'urémie. De même encore, après l'injection dans le sang d'une petite quantité de chlorhydrate d'ammoniaque, les chiens succombent très vite, si l'on a lié les deux reins, à la néphrotomie.

VI. Nous avons aussi remarqué qu'on peut introduire sous la peau des doses relativement considérables de chlorhydrate d'ammoniaque sans déterminer la mort (1 gramme à un lapin, 8 grammes à un chien). Ce fait semblerait prouver que les sels ammoniacaux neutres, s'ils ne sont pas introduits directement dans le sang par injection veineuse, ne sont pas extrêmement toxiques, et qu'on ne peut, dans l'urémie, attribuer la mort à la non-élimination des sels ammoniacaux de l'urine.

VII. La muqueuse stomacale des chiens morts ainsi d'urémie est très ammoniacale. Une petite portion de cette muqueuse mise au contact d'une solution d'urée pure la fait fermenter très activement, comme si elle contenait un ferment (soluble ou organisé). Nous reviendrons prochainement sur ce point (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 14 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Après une allocution de M. le président, il est donné lecture de la liste des *prix décernés et des prix proposés.* Voici ceux qui concernent les sciences médicales.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1880.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon :* Le prix est décerné à M. R. Ricoux (Démographie de l'Algérie). Il est accordé une mention très honorable à M. A. Marvaud (Phthisie dans l'armée), et une mention honorable à M. A. Pamard (Météorologie des environs d'Avignon).

(1) Travail du laboratoire de M. Vulpian, à la Faculté de médecine.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Prix Savigny :* Le prix est décerné à M. Alfred Grandidier (Faunes de Zanzibar et de Madagascar). — *Prix Thore :* Le prix est décerné à M. Albert Vayssière (travaux de zoologie). Un prix non décerné dans une des années précédentes est en outre accordé à M. Emile Joly (mêmes travaux).

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon :* La commission décerne trois prix : à M. J. M. Charcot (Localisations cérébrales), à M. Louis Jullien (Maladies vénériennes), à M. Sappey (Vaisseaux lymphatiques des poissons). Elle accorde trois mentions honorables : à M. J. Chatin (Organes des sens dans la série animale), à M. Gréhant (1° Mode d'élimination de l'oxyde de carbone; 2° Absorption de l'oxyde de carbone par l'organisme vivant; 3° Exhalation de l'acide carbonique par les poumons et sur les variations de cette fonction), à M. Guibout (Maladies de la peau), et cite honorablement, dans le rapport, M. Leven (travaux sur les maladies de l'estomac), M. Manassei (*Raccolta di casi clinici delle malattie della pelle e sifilitiche*), M. Masse (De l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations), M. Nepveu (Mémoires de chirurgie), M. Rambosson (Propagation à distance des affections et des phénomènes nerveux expressifs), M. Trumet de Fontarce (Pathologie clinique du grand sympathique). — *Prix Bréant :* Un prix de cinq mille francs est décerné à M. G. Colin (Recherches sur la septicémie et le charbon). — *Prix Godard :* Le prix est décerné à M. Paul Segond (Abcès chauds prostatiques et phlegmons périprostatiques). — *Prix Dugsate* (Signes de la mort) : Le prix n'est pas décerné. Il est accordé : à M. Onimus, un encouragement de mille francs; à M. H. Peyraud, un encouragement de mille francs; à M. G. Le Bon, un encouragement de cinq cents francs. — *Prix Boudet :* Le prix est décerné à M. Joseph Lister (ensemble de ses travaux).

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon* (Physiologie expérimentale) : Le prix est décerné à M. Gaston Bonnier.

PRIX GÉNÉRAUX. — *Prix Montyon* (Arts insalubres) : Une récompense de quinze cents francs est accordée à M. Birckel.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1881, 1882, 1883 ET 1885.

STATISTIQUE. — 1881. *Prix Montyon.*

AGRICULTURE. — 1882. *Prix Vaillant :* De l'inoculation comme moyen prophylactique des maladies contagieuses des animaux domestiques.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — 1881. *Grand prix des sciences physiques :* Etude comparative de l'organisation intérieure des divers crustacés édriophthalmes qui habitent les mers d'Europe. — 1882. *Grand prix des sciences physiques :* Etude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France. — 1881. *Prix Savigny* — 1881. *Prix Thore.* — 1882. *Prix da Gama Machado :* Sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — 1881. *Prix Montyon* (Médecine et chirurgie). — 1881. *Prix Bréant.* — 1881. *Prix Godard.* — 1881. *Prix Serres.* — 1883. *Prix Chaussier.* — 1885. *Prix Dusgate.* — 1881. *Prix Lallemand :* Travaux relatifs au système nerveux.

PHYSIOLOGIE. — 1881. *Prix Montyon* (Physiologie expérimentale). — 1881. *Prix L. Lacaze.*

PRIX GÉNÉRAUX. — 1881. *Prix Montyon* (Arts insalubres). — 1882. *Prix Delalande-Guérineau.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. Forest (de Cluny), à propos d'un cas de morsure sur la personne d'un enfant par un chien enragé, pratiqua des cautérisations en faisant tomber sur la plaie la goutte de soufre incandescent d'une allumette enflammée ; il recommande ce moyen lorsqu'on ne peut, comme c'était le cas, se procurer les instruments nécessaires.

M. Boissarie (de Sarlat) se porte candidat pour la 2e division des membres correspondants nationaux.

M. le président de la Société de pharmacie de la Grande-Bretagne invite l'Académie à se faire représenter par un de ses membres au Congrès international de pharmacie qui se réunira à Londres, au mois d'août 1881.

Un mémoire de M. Ferrand sur l'*Hygiène des adolescents pour la préservation de la phthisie pulmonaire* est renvoyé à la Commission du prix Desportes.

M. *Fauvel* fait hommage de son Rapport, approuvé par le Comité consultatif

d'hygiène publique, sur l'obligation de la vaccination et de la revaccination. — M. Victor, officier de santé à Rupt-sur-Moselle, proteste contre l'article 4 de la proposition de loi de M. le docteur Henry Liouville. — M. Hubert Boëns (de Charleroi) demande à l'Académie de ne pas se prononcer sur cette proposition législative avant d'avoir pris connaissance des statistiques contraires qu'il va présenter prochainement. (*Renvoi à la Commission spéciale nommée dans la dernière séance.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. Warlomont, son Rapport à l'Académie de médecine de Belgique sur *la vaccine et la vaccination obligatoire* (*Même Commission*) ; 2° de la part de M. Drozda (de Vienne) : *Studien über das Wesen der Narkose* ; 3° au nom de M. Seux (de Marseille), le *Rapport sur les travaux de l'École de médecine de cette ville en* 1879-1880; 4° de la part de M. Palle (d'Athènes), une brochure sur *la méningite épidémique*; 5° au nom de M. Schetteri (de Tarenta), un travail sur un *Nouveau spécifique contre la diphthérie.*

M. *Magne* offre, de la part de M. Galtier (de Lyon), plusieurs brochures : *Études sur la rage, De la pneumonie lobulaire des solipèdes. Études sur la morve.* Ces dernières, manuscrites, sont renvoyées à la Commission du prix Barbier.

M. *Bouley* présente un mémoire manuscrit de MM. Ferras et Toussaint (de Toulouse), intitulé : *Étude sur un cas de pustule maligne suivi de guérison.* (Commission : MM. Verneuil, Labbé, Trélat.)

M. *J. Guérin* fait hommage, au nom de M. Louis Figuier, du 24e volume de l'*Année scientifique et industrielle.*

M. *Constantin Paul* présente le *Tome VII de la 2e série du Bulletin de la Société de thérapeutique.*

Une vacance est déclarée dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Personne.

Le microbe de la rage. — On n'a pas oublié les recherches expérimentales entreprises par MM. Pasteur, d'une part, Maurice Raynaud et Lannelongue, d'autre part (voy. n° 5, p. 72), à propos de la salive d'un enfant mort de la rage, salive virulente pour les lapins et non pour les cobayes, et qui par son inoculation déterminait une maladie nouvelle caractérisée par la présence d'un organisme microscopique particulier. M. *Pasteur* avait fait toutes réserves sur l'interprétation de ses résultats; il voulait, en effet, rechercher si l'inoculation du mucus provenant d'enfants morts de maladies communes ne pourrait produire de semblables effets. En ayant fait part à M. *Parrot*, celui-ci lui procura les cadavres de trois enfants ayant succombé à des broncho-pneumonies et n'étant nullement atteints de maladies infectieuses. C'est le résultat des expériences pratiquées avec la salive de ces enfants que M. Parrot vient communiquer à l'Académie au nom de M. Pasteur : les lapins inoculés dans ces conditions ont offert le même organisme, virulent pour les lapins et non pour les cobayes; une seule salive de personne adulte, en pleine santé, recueillie à jeun, le matin, a offert le même microbe ; il n'est pas douteux qu'on pourrait le trouver souvent et que cet organisme doit être un de ceux qui habitent les premières voies digestives. La nouvelle maladie n'a aucune relation avec la rage. « J'y vois, pour ma part, ajoute M. Pasteur, un symptôme nouveau de grand avenir pour la connaissance étiologique des maladies dont la cause doit être attribuée à la présence et au développement d'organismes microscopiques. »

Ablation des tumeurs par morcellement. — M. *Péan*, candidat dans la section de médecine opératoire, après avoir passé en revue les diverses séries de tumeurs et donné plusieurs exemples d'ablation par morcellements pour un certain nombre d'entre elles, se résume en ces termes : « Le morcellement est une méthode qui doit être classée parmi celles qui conviennent le mieux à l'ablation d'un grand nombre de tumeurs; consistant à attaquer ces dernières par leur intérieur et à les diviser du centre à la surface, il est basé sur ce principe fondamental que la plupart des tumeurs sont moins riches en vaisseaux dans leur portion centrale que dans leurs couches périphériques; il se pratique avec les mêmes instruments que pour les autres méthodes opératoires, bistouris, ciseaux, thermo-cautères, ligatures, pinces, etc.; on peut le combiner suivant les indications avec les autres méthodes d'ablation ; il permet aussi de diminuer la longueur des incisions préliminaires; abrège la durée d'un grand nombre d'opérations et diminue considérablement les pertes de sang, surtout quand il est aidé de l'hémostasie faite avec les éponges et les pinces hémostatiques ; il permet enfin de mieux voir, au cours de l'opération, les organes qui sont accolés aux tumeurs et de les mieux ménager et il est indispensable pour l'ablation des grandes tumeurs qui sont en rapport avec des organes nombreux et profondément situés. Son application n'est pas indispensable pour l'ablation de certaines tumeurs, mais, pour un grand nombre d'autres, il donne des résultats supérieurs aux autres méthodes.

Traitement des corps flottants du genou. — M. Gaujot, candidat dans la section de médecine opératoire, rappelant que deux procédés sont employés pour extraire les corps flottants des articulations, l'un ouvrant l'articulation par une incision à ciel ouvert, l'autre par une incision sous-cutanée, d'après la méthode de M. J. Guérin, établit que : 1° l'extraction des corps étrangers articulaires peut être pratiquée sans faire courir trop de risques; néanmoins, elle ne doit être tentée que lorsqu'elle est justifiée par la gravité des troubles fonctionnels et l'insuffisance des moyens palliatifs; 2° l'extraction à découvert est préférable à l'extraction sous-cutanée comme étant plus facile, d'un résultat plus sûr, sans être notablement plus dangereuse, si elle est exécutée moyennant des précautions convenables avec ou sans le secours du pansement de Lister.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Un nouveau siphon stomacal : M. Debove. — Vomissements urémiques au cours d'une myélite goutteuse, M. Dumas (de Cette) ; M. Ferrand. — Scrófule et tuberculose : M. Villemin. — Malformation congénitale du cœur et rétrécissement pulmonaire : M. Féréol.

M. *Debove* présente à la Société un nouvel appareil destiné au lavage de l'estomac et qui supprime les difficultés que l'on éprouve parfois à faire déglutir aux malades le tube de Faucher. Cet appareil se compose d'un mandrin recourbé à son extrémité, et recouvert du tube en caoutchouc que l'on veut introduire jusque dans le viscère. On fait pénétrer l'extrémité du tube, soutenu par le mandrin, jusqu'à l'orifice supérieur de l'œsophage; puis, retenant le mandrin de la main gauche, on pousse le tube de la main droite : il glisse sur la tige conductrice et descend très facilement jusque dans la cavité stomacale. L'extrémité supérieure de cette sonde molle est munie d'une armature avec un pas de vis sur lequel s'adapte un autre tube de caoutchouc plus ou moins long qui complète le siphon.

— M. *Ferrand* dépose sur le bureau le mémoire de M. Desplats sur *l'emploi de l'acide phénique comme antipyrétique.* Il conclut des expériences de M. Desplats et de ses propres recherches sur l'empoisonnement par les phénols, que l'acide phénique agit comme irritant sur les premières voies, comme altérant sur l'hématopoïèse et comme stupéfiant sur le système nerveux.

Il donne ensuite lecture d'une observation communiquée par M. Dumas (de Cette), sur un cas de *vomissements urémiques au cours d'une myélite goutteuse.* Un malade qui avait eu des accès de goutte antérieurs, présenta des signes non douteux d'une affection médullaire avec gêne de marche sans parésie vraie et douleurs irradiées dans les membres; il eut, à plusieurs reprises, des vomissements dans lesquels l'analyse chimique décela la présence d'une notable proportion d'urée. Les fonctions urinaires s'accomplissaient normalement : pas de symptôme de néphrite, pas d'albumine dans les urines. L'autopsie n'ayant pu être pratiquée, le contrôle anatomique a malheureusement fait défaut. M. Dumas se demande quelle part revient, dans la production des phénomènes urémiques, à la goutte, au système médullaire et au foie ? Le sang des goutteux renferme, il est vrai, de l'acide

urique en excès, mais on ne constatait pas chez ce malade la présence de *tophi;* ne peut-on voir ici une suractivité fonctionnelle du foie, sous l'influence nerveuse, dans son rôle de producteur de l'urée ?

M. *Joffroy* fait observer que la relation entre la myélite et les antécédents goutteux du malade lui semble au moins discutable ; qu'en outre il y a dans bien des affections médullaires, ataxie locomotrice, sclérose en plaques, etc., des crises gastriques avec vomissements : pourquoi dans ce cas leur assigner une origine urémique ?

M. *Hervieux* offre à la Société son rapport sur les vaccinations pratiquées en 1878, travail dont le point de départ a été dans une communication faite à la Société par M. Gérin-Rose.

— M. *Villemin* prend la parole au sujet des *rapports entre la scrofule et la tuberculose.* Il retrace l'historique des diverses phases par lesquelles a passé la fortune de la scrofule. Modeste au début, elle ne comprenait que les engorgements ganglionnaires du cou, auxquels elle réunit bientôt toutes les autres tumeurs ganglionnaires, même celles de la syphilis et de la morve ; puis, elle accapara sous la dénomination de scrofulides la plupart des affections chroniques de la peau et des muqueuses qui paraissaient être le point de départ des diverses altérations des ganglions : la chronicité d'une lésion suffisait à la classer dans le domaine de la scrofule. On voulut bientôt mettre un peu d'ordre dans ces richesses, et l'on décrivit quatre périodes : 1° celle des adénites ; 2° des scrofulides ; 3° des lésions ostéo-périostiques ; 4° enfin, de la tuberculisation pulmonaire ou péritonéale, parfois des dégénérescences graisseuses ou du mal de Bright. Bientôt ces trésors excitèrent de jalouses convoitises, et les revendications commencèrent; ce fut tout d'abord la syphilis qui se sépara du groupe, bientôt suivie dans cette voie par la morve, le mal de Bright, certaines tumeurs cancéreuses. Aujourd'hui, c'est la tuberculose qui entre en lutte ; mais de semblables procès sont bien difficiles à juger d'une façon équitable, il faut donner assez à chacun, mais prendre garde de donner trop. On est parfois embarrassé pour prononcer la sentence, même le microscope à la main, la caractéristique anatomique faisant défaut ; aussi se trouve-t-on naturellement conduit à l'idée de spécificité, de virulence; c'est l'origine des maladies, c'est l'étiologie, contrôlée par l'inoculation, qui peut seule nous guider vers la vérité. Quelques auteurs admettent entre la scrofule et la tuberculose une certaine parenté, mais cependant chez bien des tuberculeux on ne trouve aucune trace de scrofule antérieure. C'est, dit M. Villemin, l'adénite caséeuse qui constitue le brandon de discorde : partant de ce principe que la matière caséeuse caractérise le tubercule et que, par suite, les ganglions scrofuleux sont des ganglions tuberculeux, on admit que les tuberculeux, chez lesquels on voit des ganglions caséeux, et les scrofuleux étaient atteints de la même affection. Dès lors, la tuberculose et la scrofule sont identiques ; le tubercule est une expression de la scrofule. Ce raisonnement, qui semblait logique, se trouvait en désaccord avec l'observation journalière. On s'aperçut que la tuberculose n'appartient pas plus à la scrofule que les lésions de la morve : tout le mal vient de ce qu'il n'existe pas pour ces affections de caractéristique anatomique. Le corpuscule tuberculeux de Lebert, puis la cellule géante ont été abandonnés et le follicule de Köster partage le même sort; on s'explique mal, en effet, pourquoi ce follicule, qui suffit à M. Grancher pour lui faire si justement proclamer l'identité de la granulation de Laennec et de la pneumonie caséeuse, n'a plus pour lui la même valeur lorsqu'il s'agit de réunir ou de séparer la scrofule et la tuberculose, qui le possèdent toutes deux. M. Villemin rappelle à ce propos que, dès 1867, il a lui-même lutté en faveur de l'unité de la tuberculose, proclamée par Laennec. Quant à l'adénite caséeuse, il avait un moment pensé qu'on pouvait trouver quelque différence de structure entre le ganglion caséeux scrofuleux et le ganglion caséeux tuberculeux ; aujourd'hui, il a acquis la conviction qu'il n'en est rien, la caséification ganglionnaire est de nature tuberculeuse, la strume ganglionnaire n'est que de la tuberculose ; est-il logique d'admettre qu'un ganglion profond caséeux, un ganglion bronchique par exemple, est tuberculeux, et qu'un ganglion cervical ou inguinal également caséeux, mais superficiel, est scrofuleux ? Non ; le ganglion, dit à tort scrofuleux, est simplement le résultat d'une tuberculose localisée ; le tubercule pulmonaire n'est-il pas localisé au sommet du poumon, et les travaux de M. Kiener n'ont-ils pas fait reconnaître des tuberculoses localisées dans les prétendues lésions scrofuleuses des os et des articulations ? Si l'on a admis si longtemps que les scrofuleux devenaient tuberculeux, c'est qu'on baptisait du nom de *scrofule* les lésions ganglionnaires, articulaires, ou autres qui n'étaient que des manifestations localisées de la tuberculose ; les malades ont succombé à une généralisation de leur affection tuberculeuse, ce n'étaient pas des scrofuleux. C'est dans l'étiologie, dans les résultats de l'inoculation que l'on trouvera le critérium certain : la tuberculose est inoculable, mais on n'obtiendra du tubercule que par l'inoculation de tubercule, et non, comme on l'a prétendu, en inoculant du pus ou des produits pathologiques divers.

Que reste-t-il donc aujourd'hui pour constituer le domaine de la scrofule ? Chez certains sujets il existe une irritabilité excessive de l'ensemble des tissus qui forment, pour M. Villemin, le système lymphatico-conjonctif; chez eux, le catarrhe des muqueuses se propage au chorion muqueux, amenant l'hypertrophie et la sclérose, et retentissant puissamment sur les ganglions tributaires du territoire lésé ; chez eux aussi l'irritation des téguments s'accompagne de phénomènes analogues : l'eczéma, par exemple, prend la forme impétigineuse ou lichénoïde ; c'est là la scrofule ou plutôt le *scrofulisme.* Les dermatoses scrofuleuses ne sont qu'une variété dans l'espèce, c'est la qualité du terrain qui détermine la nature scrofuleuse de la lésion. En résumé, la tuberculose est une maladie caractérisée, une entité morbide ; la scrofule n'existe pas en tant qu'espèce, il n'y a que des maladies scrofuleuses ; le scrofulisme est au système lymphatique ce qu'est le nervosisme au système nerveux. Les maladies scrofuleuses, ou l'irritabilité morbide du système de végétation, sont propres à l'enfance et à la jeunesse. Existe-t-il des rapports entre la tuberculose et le scrofulisme ? M. Villemin ne le pense pas ; il croit que les enfants scrofuleux, dans le sens qu'il assigne à ce mot, ne sont pas plus que d'autres prédisposés à la tuberculose.

— M. *Féréol* présente une pièce anatomique recueillie dans son service. C'est un cœur sur lequel on constate un rétrécissement de l'artère pulmonaire et une communication des deux ventricules. Le malade chez lequel on a trouvé cette double lésion n'avait présenté aucun symptôme morbide jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque à laquelle il fut atteint d'une bronchite avec hémoptysie qui l'obligea à se faire soigner à l'hôpital Saint-Antoine, où il ne séjourna qu'une quinzaine de jours. Il y a dix-huit mois, il entrait à Beaujon, dans le service du docteur Gombault, pour une nouvelle poussée de bronchite accompagnée d'hémoptysie et de phénomènes non douteux d'affection cardiaque. M. Gombault diagnostiqua à cette époque une malformation congénitale du cœur. M. Féréol fut peu après chargé du même service à Beaujon : il constata chez ce malade un cœur volumineux animé de battements énergiques soulevant la paroi du thorax, un facies amaigri et présentant d'une façon intermittente une teinte cyanique bleuâtre très manifeste. L'examen méthodique révélait un frémissement cataire assez intense vers la région moyenne du cœur, et un souffle rude, systolique, offrant son maximum dans le troisième espace intercostal gauche, à 2 centimètres du bord sternal. En outre, symptômes fonctionnels

non douteux de tuberculose, mais peu de signes physiques à l'auscultation. Le malade quitta l'hôpital en juin 1880, pour y rentrer de nouveau au mois de février dernier. Les signes fournis par l'examen du cœur étaient sensiblement les mêmes, mais la tuberculose pulmonaire avait fait de rapides progrès, et l'on constatait des signes de cavernes aux deux sommets. Le souffle, rude, systolique, ressemblait à celui que Roger a indiqué comme caractéristique de la communication des deux ventricules; il se propageait vers la pointe, mais on ne l'entendait plus que faiblement au foyer pulmonaire. L'épuisement augmenta peu à peu, et le malade mourut le 5 mars. A l'autopsie, on trouva un cœur volumineux, dont le ventricule droit, notablement hypertrophié, présentait une épaisseur de parois double de celle du ventricule gauche; l'artère pulmonaire, rétrécie par soudure des valvules sigmoïdes, qui formaient une sorte de dôme perforé à son sommet d'un petit orifice ovalaire; enfin, vers la base de l'infundibulum pulmonaire un pertuis anomal, admettant une sonde de trousse, et conduisant dans le ventricule gauche. Un peu d'endocardite végétante sur la valvule mitrale, les autres orifices sains. L'occlusion du trou de Botal est normale; le canal artériel est oblitéré. Tuberculose pulmonaire à la troisième période. Il est évident que le sang du ventricule droit, éprouvant une grande résistance au passage dans l'artère pulmonaire, refluait par l'orifice de la paroi interne de l'infundibulum dans le ventricule gauche, ce qui explique la cyanose observée pendant la vie. D'après l'aspect de l'orifice de communication des deux cœurs, son siège et l'apparition tardive des accidents, il semble plus que probable que cette lésion est congénitale et a déterminé consécutivement le rétrécissement pulmonaire; au cas contraire, on sait que la perforation de la cloison interventriculaire, consécutive à la sténose de l'artère pulmonaire, se produit au point de *minoris resistentiæ*, c'est-à-dire dans cette portion du septum formée seulement par l'adossement des deux endocardes.

— A cinq heures et demie, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Ouverture d'un kyste hydatique du foie par le thermo-cautère. — Nivellement sous-périosté d'un cal irrégulier. — De la contusion du testicule. — Élection.

M. *Chauvel* a observé au Val-de-Grâce un sous-officier de vingt-quatre ans dont l'hypochondre droit s'était énormément développé depuis quatre mois; le foie était volumineux; la tumeur était dure, sans frémissement hydatique; on diagnostiqua cependant un kyste hydatique du foie. Une ponction faite avec l'appareil Potain donna issue à 3 litres de liquide contenant des échinocoques. Trois mois plus tard, le malade fut pris de fièvre, une nouvelle ponction donna 750 grammes de pus.

Le 1er décembre dernier, M. Chauvel fit sur la partie saillante de la tumeur une incision de 5 à 6 centimètres allant jusqu'au péritoine pariétal. Au bout de quelques jours, on divisa le feuillet séreux, et le bistouri arriva dans le tissu hépatique sans rencontrer le kyste. M. Chauvel introduisit alors par la plaie un trocart qui fut dirigé de bas en haut et amena un peu de liquide; on laissa la plaie se refermer.

Mais le malade avait toujours la fièvre; douleur dans l'épaule droite. Le 8 janvier, la plaie sous-costale étant cicatrisée, on fit une ponction dans le huitième espace intercostal; il sortit du pus. Le 24 janvier, nouvelle ponction donnant encore du pus. C'est alors que M. Chauvel se décida à ouvrir la poche dans le huitième espace intercostal au moyen du thermo-cautère. Pulvérisation phéniquée. La poche fut incisée avec le bistouri; issue d'un flot de pus. Tube à drainage et pansement de Lister. Le lendemain, il sort encore 2 litres de pus par le tube.

Peu à peu l'écoulement purulent diminua, les vésicules hydatiques et les débris de la poche sortirent; la matité reprit ses limites normales. Le malade est guéri.

M. *Verneuil* a dû enfoncer hier l'aiguille de l'appareil Potain presque en totalité pour arriver à la collection purulente; mais, avec ou sans adhérences, il hésiterait à inciser 4 ou 5 centimètres de tissu hépatique. Il y a un moyen mixte qui est plus inoffensif : c'est l'introduction en permanence, avec un gros trocart, d'une sonde en caoutchouc rouge qui reste dans la plaie. On se sert du trocart des kystes de l'ovaire, et la sonde, laissée à demeure, est munie de baudruche. Tous les jours, on fait des injections antiseptiques qui tuent les hydatides, parfois si nombreuses. Vers le huitième jour, on enlève la sonde; il sort des flots d'hydatides mortes, et bientôt la paroi s'engage également dans la plaie. On remet ensuite le tube en caoutchouc.

M. *Després* préfère le procédé de Récamier. Le principal reproche fait aux caustiques, c'est la lenteur, et M. Chauvel n'a pas été plus vite avec sa manière de faire. Il y a douze ans, M. Boinet a guéri un kyste hydatique du foie par l'emploi de la canule à demeure. M. Després a toujours employé le procédé de Récamier et n'a eu qu'un seul décès sur sept opérés.

M. *M. Sée*. On a déjà signalé le temps long exigé pour l'emploi de la méthode de Récamier; il faut parfois trente à quarante jours pour arriver jusqu'au kyste. Dans certains cas, il faut agir plus rapidement; alors cette méthode est inapplicable. Une femme qui avait déjà été ponctionnée deux fois en ville entre à la Maison de santé avec de la fièvre et un état général très mauvais. Une intervention immédiate était indispensable. Il n'y avait probablement pas d'adhérences entre la paroi du kyste et l'abdomen; M. Sée fit construire une canule spéciale et pratiqua une ponction et une contre-ponction; injections anti-septiques.

M. *Tillaux* a au moins douze faits qui établissent qu'une contusion précède souvent l'évolution de la tumeur hydatique. Quand il s'agit d'un kyste du foie, il faut d'abord faire une simple ponction, puisqu'il y a des exemples de guérison par l'emploi de ce moyen. Si la guérison n'a pas lieu, on fait un traitement plus énergique. Il y a avantage à laisser la canule du trocart en place pendant vingt-quatre ou trente-six heures avant de la remplacer par une sonde.

On n'est jamais certain d'avoir des adhérences après l'emploi des caustiques. M. Tillaux applique la pâte de Vienne jusqu'au muscle transverse. Alors il saisit une flèche de Canquoin longue, large et sèche, et il la plante hardiment dans la poche hydatique. Cette flèche reste deux, trois ou quatre jours, et détermine une eschare à son pourtour. Il se forme donc un trou et un canal qui donnent issue au liquide du kyste et aux hydatides. On évite ainsi la canule à demeure, et la poche se vide complètement.

M. *Verneuil*. La cautérisation est destinée à produire des adhérences, mais on n'est jamais assuré d'avoir ces adhérences. On peut les produire sûrement avec la sonde en caoutchouc à demeure. La poche est parfois lente à se détacher, et M. Tillaux s'expose, avec son procédé, aux accidents septicémiques, parce que l'air entre librement dans la poche. M. Verneuil continuera à remplacer de suite la canule métallique du trocart par le tube en caoutchouc, qui intercepte mieux l'air. Il condamne absolument la cautérisation comme moyen préalable pour ouvrir les kystes du foie.

— M. *Poncet* (de Cluny) communique une observation de nivellement sous-périosté. Un soldat de vingt-trois ans entre à l'hôpital le 13 avril 1880, pour une fracture de jambe au tiers inférieur : cinquante-trois jours après l'accident, la consolidation n'était pas complète et le cal très volumineux; le bec du fragment supérieur était très saillant.

Au cent quatrième jour, la consolidation était complète, mais le cal restait dangereusement proéminent. Opération le 5 août. Bande d'Esmarch; méthode de Lister sans la pulvérisation; incision et décollement du périoste; nivellement de l'os au moyen de la gouge et du maillet; suture et application d'un drain. Le 25 août, le malade était guéri. La réunion immédiate d'un périoste décollé à un os travaillé avec la gouge et le maillet est chose nouvelle.

— M. *Monod* lit une note sur la contusion du testicule et l'hématocèle qui peut en résulter. On ne trouve que deux observations précises d'hématocèle intra-testiculaire, celle de J. L. Petit et celle de Giraldès. MM. Monod et Terrillon ont cherché à reproduire sur les chiens les lésions consécutives aux contusions du testicule; on n'obtient rien, à moins de bien fixer la glande. Alors on détermine un épanchement sanguin dans le tissu testiculaire avec une rupture de l'albuginée. Il faut une force de 50 kilogrammes pour rompre cette tunique chez le chien, le testicule étant préalablement fixé.

M. *Théophile Anger* a soigné en 1868 un jeune homme qui s'était contusionné un testicule en tombant. La glande devint grosse, douloureuse; il se forma un épanchement séro-sanguin dans la tunique vaginale; puis le malade guérit. Mais au bout de quatre à cinq semaines, le testicule s'atrophia, et après deux mois il ne restait plus rien, ni du testicule ni de l'épididyme.

M. *Monod* a trouvé dans les *Archives de médecine* une observation analogue; mais il recherche surtout l'hématocèle traumatique intra-testiculaire.

— *Élection* de la commission chargée de présenter la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire; sont nommés : MM. Monod, Nicaise et Delens.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

Anévrysme de l'aorte et du tronc innominé, ligature de la carotide et de la sous-clavière. Mort le 7e jour, par M. Ransohoff.

Les observations sphygmographiques faites dans ce cas par le docteur Keyt, avec son appareil à double inscription simultanée, ont montré qu'un anévrysme considérable peut exister sans modifier la forme du pouls ni son retard sur la systole du cœur. Ce fait, qui semble absolument contraire aux résultats obtenus par M. François-Franck sur un grand nombre de malades, s'explique simplement, comme le remarque l'auteur de l'observation, par la consistance et l'épaisseur des parois de l'anévrysme, « le retard exagéré du pouls se produisant ordinairement quand les parois du sac sont plus ou moins affaiblies et que leur résistance élastique est détruite proportionnellement à leur minceur ».

Dans ce cas, on a noté au maximum les effets de la compression des nerfs grand sympathique et récurrent droits : la transpiration unilatérale et la paralysie de la corde vocale du côté de l'anévrysme indiquaient l'existence de cette compression. Mais le point le plus intéressant est relatif à l'état du poumon : comme dans beaucoup d'autres analogies (ainsi que l'a signalé Haberston en 1864, et que Stokes l'a depuis établi), le poumon était le siège d'une inflammation chronique très accusée. L'auteur considère ces accidents congestifs et inflammatoires comme singuliers avec des anévrysmes qui compriment le pneumogastrique; mais s'il fait allusion aux vaso-moteurs du poumon, on doit trouver le fait moins extraordinaire, car les vaisseaux pulmonaires sont innervés par les branches du cordon thoracique du sympathique (voy. *Gaz. hebd.*, septembre et novembre 1879; *The American journal of the medical Scienc.*, octobre 1880).

Bronchite chronique. — Guérison par la cautérisation ponctuée du thorax, par le docteur Barth.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, chez laquelle existait depuis trois ans une bronchite contre laquelle tous les traitements les plus rationnels avaient été tentés sans succès. Placée à la Pitié dans le service de M. le professeur Peter, elle y fut soumise pendant trois mois aux médications habituelles. L'affaiblissement de la malade faisait craindre une terminaison fâcheuse quand on lui appliqua la cautérisation ponctuée des parois thoraciques. Dès la première cautérisation, le soulagement était évident. Six cautérisations furent faites à des intervalles de trois ou quatre jours. Dès la troisième, la malade pouvait être considérée comme guérie. (*France médicale*, février 1881.)

BIBLIOGRAPHIE

Le péril vénérien dans la famille, par le docteur P. Diday, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille. 1 vol. in-18. — Paris, Asselin et Cie, 1881.

« Le style, c'est l'homme » n'est que l'expression d'une vérité restreinte. L'image totale de l'écrivain, c'est le livre, où le fond et la forme se montrent ensemble, sans toujours s'appareiller. En littérature syphiliographique, c'était l'usage, il y a une quarantaine d'années, de faire passer dans l'histoire de la maladie les familiarités de langage, joyeusetés, grivoiseries, *déduicts de grant goust*, colloques salés, tout le macaronisme et tout le pantagruélisme des lieux où se contracte la maladie elle-même. Cet usage, si nous regardons bien autour de nous, se serait perdu sans M. Diday. Ceux qui aiment à rire lui en sauront gré; ceux qui y tiennent moins ne lui en voudront guère, espérons-le, s'il les a instruits. Quant à nous, qui sommes des critiques consciencieux, nous devons présenter ici *le Péril vénérien* sous les traits et le costume qu'il porte, assurés que le lecteur n'aura pas le droit de se plaindre d'un procédé honnête et que l'auteur aura lieu d'être satisfait.

Le but de l'ouvrage est marqué par la préface. Sur le sujet en question, M. A. Fournier a écrit « la plus attachante et la plus complète monographie sur *l'une des trois parties* dont se compose cette monographie ». Cette partie est la syphilis proprement dite, sortie du chancre infectant; M. Diday se propose premièrement d'étendre son étude à la chancrelle et à la blennorrhagie ; secondement, de s'attacher davantage aux cas particuliers, d'aborder par le détail les difficultés cliniques pour en rechercher la solution, « surtout une solution applicable »; enfin, «de rendre moins rigoureuses, sans les rendre moins sûres, les conditions auxquelles les vénériens sont admis au mariage ». Et, comme pour les préparer à ce qui les attend dans le corps du livre, il adresse, en manière de provision, à ceux qui ont suivi une autre voie, surtout à ceux qui cultivent beaucoup la médication hydrargirique, cette petite admonestation : « Tant qu'il ne s'agit que de légiférer, rien ne gêne. *Allez de l'avant, mes bons amis!* Quand on prend du mercure, c'est comme quand on prend du galon. En fait d'adhérents, oh! vous pouvez *tabler* sur tous les pères de famille : mais, pour les malades, comptez ce qu'il vous en restera de fidèles jusqu'au bout. Et, croyez-moi, veillez bien aux issues! Le moindre praticien, le premier médicastre de planton à votre porte va se faire, avec vos transfuges, une honnête clientèle. » Ceci n'est qu'une boutade de bon confrère; car M. Diday lui-même n'est assurément pas de ceux qui règlent leur conduite sur les profits à en retirer.

Mais voilà le ton donné. Il va se soutenir jusqu'au bout, entre la réponse de ce mari, à qui l'on demande s'il couche avec sa femme et qui répond qu'il couche avec un caleçon,

usqu'à la peinture de ce *prostatifère* qui, monté en wagon, ne rêve plus que choses ruisselantes et cascades fuyantes.

Mais venons au sujet. Le triple domaine que nous indiquions tout à l'heure est trop étendu pour que nous puissions le parcourir en entier; nous en dirons assez pour le faire connaître dans son ensemble et pour indiquer les principaux préceptes formulés par l'auteur à l'adresse successivement des *futurs*, des *fiancés* et des *époux*.

Voici d'abord la *blennorrhagie aiguë*. Pas de syphilis à craindre; mais un écoulement uréthral est aussi un cadeau à ne pas offrir, et même à refuser.

S'agit-il du futur, M. Diday renvoie le mariage, non à quatre mois, comme on le fait d'ordinaire en prévision de l'épididymite et de la cystite, mais à six mois, en prévision de complications diverses du côté des bourses, de l'œil, des articulations, etc. L'auteur, on le voit, ne commence pas par *rendre moins rigoureuses* les conditions d'admission au mariage. Il *légifère*, lui aussi, et va peut-être un peu *de l'avant*. Assurément, les complications de la gonorrhée peuvent conduire la durée totale de la maladie jusqu'à six mois et même davantage; mais si l'écoulement est absolument terminé au bout de cinq ou six semaines, si aucune « jetée métastatique » ne s'est produite ni jusque-là ni dans le mois qui suit, est-il bien nécessaire de prolonger la quarantaine ?

Du futur passons au *fiancé*. Le fiancé gonorrhéique, voilà un homme gêné ! Le copahu, le cubèbe, les injections astringentes, n'ont pas eu un succès assez rapide; le temps presse; demain, la cérémonie ! Mais il y a un moyen de salut, « un seul, mais souverain », l'injection au nitrate d'argent (dose moyenne, 5 centigrammes pour 40 grammes d'eau). L'écoulement, devenu en ce moment chronique ou subaigu, est supprimé pour un certain temps; le canal devient sec pour dix-huit ou vingt-quatre heures, « temps bien suffisant pour que le nouveau marié aborde la couche nuptiale, sinon guéri, du moins non contagieux ». Mais il faut mettre les points sur les *i*. « En chiffres nets, si les époux doivent se retirer dans leur appartement le mercredi à une heure du matin, c'est le mardi vers neuf heures du matin que l'injection aura dû être faite. »

Quant à l'*époux*, si la chaudepisse n'a pas guéri ou a repris son cours, il faut qu'il s'absente, qu'il prétexte l'obligation d'un voyage. Mais c'est difficile. S'il pouvait seulement « *satisfaire* son épouse au moyen d'un *bon à-compte*, suivi d'*atermoiements?* Faux calcul, hélas ! « Toute créancière, en pareil cas, compte sur une série de payements effectifs »; aussi, le créancier le plus souvent demeure, et il n'y a plus qu'à lui recommander « la modération » et à le soumettre aux injections d'abord, au copahu ensuite. — Autre cas : la gonorrhée a été prise après mariage. *Il faut tromper la femme*, et le médecin doit d'autant plus s'associer à ce rôle qu'il le fera toujours plus adroitement qu'un mari coupable. Et en même temps qu'il soignera la maladie locale, il fera à ce mari une leçon de diplomatie. « Son régime alimentaire, sauf la bière et le vin blanc, peut impunément être continué sans autre changement, et c'est même là une *contre-ruse* à opposer à l'inquisition de sa compagne, qui n'a jamais insinué d'une voix plus câline : « Mais prends donc ton café, mon ami ! Veux-tu essayer *cet excellent cognac de la tante Eudoxie?* » Ce n'est pas tout. « Avec ses 2 fr. 50, *sans dépareiller la douzaine de mouchoirs*, plus soigneusement que jamais comptée et recomptée, il (le coupable) se procurera au premier magasin le linge nécessaire *pour protéger le devant de chemise accusateur.* » Voilà qui est bien; ce n'est pas encore assez : comment faire avec la femme? Bien des manières se présentent de se tirer des mauvais pas... Les époux sont tête à tête; c'est l'instant de l'échéance. Le mari, tout à coup : « Bon! n'ai-je pas pris une attaque de gravelle ! Et quelle douleur dans certains moments ! Aïe ! aïe! *Je le voudrais* vraiment, ma pauvre amie, que *je ne saurais comment m'y prendre.* » Ou bien : « Mes hémorrhoïdes sont revenues! » Ou bien encore, mais ceci est un peu plus rusé : « Dès que la nature parle, rien qu'en t'approchant, *bichette*, j'ai là au cœur une palpitation. Le médecin m'a bien dit de ne pas négliger cet avertissement; mais *il n'en sera que ce que tu voudras !* » On pressent la réponse de la femme à son Curtius : « Oh! mon ami, soigne-toi! » Il y a bien encore un autre moyen, qui est de s'arranger de façon à pouvoir accuser son épouse, et, si l'on supporte « la gauloiserie » (le mot est de lui-même), que rapporte à cette occasion M. Diday, c'est en considération de la morale qui suit et qui recommande au médecin de ne pas pousser la complicité si loin.

Passons à la *chancrelle*. « Et ma femme qui revient dans quinze jours! » Vous voyez tout de suite de quoi il s'agit, et quel soin presse. Il faut que ce malheureux guérisse tout de suite, ou pour le moins devienne un être inoffensif. Pour cela, cautériser l'ulcération avec la pâte de Canquoin. Vous pouvez vous en fier à l'auteur, vous disant tout net que non seulement il a inventé ce mode de traitement, mais encore... Bref, *crede Roberto*. Mais voilà la femme revenue, et la chancrelle n'est pas partie! C'est alors le tour des cautérisations à la solution de nitrate d'argent (au vingtième), faites une fois par jour, « à l'heure la moins surveillée », afin de suspendre, modifier, neutraliser pour un temps le virus, et suivies d'un pansement à la charpie cératée. Il va de soi que les mêmes moyens pourraient servir à la femme attendant son mari; mais la première a de plus à son service d'ingénieuses audaces dont le second serait radicalement incapable. Certaine femme ayant *eu* et *fait* tout ce qu'il fallait pour infecter son mari entreprend, à l'insu de celui-ci, de surveiller chaque matin, sur l'arbre même, l'éclosion du bouton. Comment s'y prendre? Voici...; mais non, bien que racontée à l'auteur par l'héroïne elle-même, c'est trop hardi pour une gazette chaste.

Avec le chapitre du *chancre* et de la syphilis vraie, si le ton ne change pas précisément, il baisse un peu à mesure que les questions s'élèvent. Aussi bien c'est ici que se posent les problèmes les plus importants, au regard de la science comme au regard de l'intérêt social. M. Diday se trouve, dans ce chapitre, face à face avec M. Fournier; il s'attaque aux mêmes questions que son prédécesseur. Va-t-il s'accorder avec lui ou le contredire? Devant l'expérience des deux émules, si longue pour l'un d'eux, si étendue pour l'un et l'autre, cette interrogation peut piquer la curiosité. Eh bien, M. Diday est d'accord avec M. Fournier sur les points essentiels (voy. *Gaz. hebd.*, 1880, p. 187). Je prends d'abord cette question capitale de la syphilis par conception, celle qui est transmise du père à la mère par l'intermédiaire du fœtus, et dont l'auteur avait tracé l'histoire pratique en 1876, au Congrès de Clermont-Ferrand et dans les *Annales de dermatologie et de syphiliographie*. On sait en quoi consiste la difficulté d'interprétation. Est-on bien sûr que ce n'est pas le mari lui-même qui, directement, par le moyen d'une lésion cachée, peut-être ignorée de lui-même, a infecté sa femme? Or, M. Diday interroge les observations, les siennes et celles des autres, et nulle part il ne peut mettre le doigt sur le chancre. Puis, si tout commence par un chancre du mari, la maladie de la femme débutera par des accidents primitifs, et elle débute par des accidents secondaires; elle se montrerait tout d'abord à la vulve, à l'anus ou à la bouche, et elle se montre presque toujours sur d'autres régions, à la face, aux bras; ou bien, ce qui est plus significatif encore, elle se généralise d'emblée. M. Diday conclut donc, comme M. Fournier, à l'existence de la *syphilis par conception;* et il insiste tout particulièrement, avec beaucoup de clairvoyance, sur ce fait que cette infection du fœtus, dont la mère sera victime, doit être contemporaine de la conception même, et que, si un avortement avait lieu dès les premiers temps de la grossesse, et, comme il arrive souvent, passait inaperçu, une femme pourrait se trouver syphilitique dans des conditions qui causeraient bien de l'embarras à l'époux, à l'épouse et au médecin. On comprend de reste l'importance sociale et médico-légale d'une pareille éventualité.

Même accord entre les deux auteurs sur l'énorme différence d'aptitude à infecter l'enfant, qu'il y a entre la femme et le mari ; la femme syphilitique infectant presque toujours son enfant ; le mari syphilitique, presque jamais. Accord également sur la nature et le nombre de risques créés par l'hérédité, et sur lesquels nous avons assez insisté, l'an dernier, en rendant compte des leçons de M. Fournier, pour que nous n'y revenions pas aujourd'hui.

Les grands principes posés, le syphiliographe de Lyon revient à son programme, et, comme il l'avait fait pour les blennorrhagiques et les chancrelleux, étudie les syphilitiques à l'état de futurs, de fiancés et d'époux. Là, il se sépare assez nettement du syphiliographe de Paris quant à la durée de la quarantaine à imposer aux syphilitiques et à la durée également du traitement mercuriel. Cette durée, nous l'avons dit, doit être, selon M. Fournier, *de trois à quatre ans à partir de l'accident initial*. M. Diday la limite à environ dix-huit mois, mais en recommandant expressément de tenir compte, pour chaque cas particulier, du mode d'évolution de la maladie. On sait qu'il ne reconnaît au mercure qu'une vertu purement *palliative;* sans désapprouver absolument la méthode du *traitement intermittent* préconisée par M. Fournier, il regarde comme excessive et décourageante cette hydrargyrisation de quatre ans, dont les intermittences peuvent se trouver traversées et gênées par les intermittences de la maladie elle-même, par ces *poussées* qui coïncideront peut-être avec la fin d'une période de traitement, et, par cela même, avec une période d'accoutumance, et trouveront les malades insensibles à l'action continuée du mercure. Pour lui, il s'en fie aux anciennes supputations, qui, en tenant compte des accès ou des poussées ordinaires, assignaient deux ans à la durée du traitement mercuriel. Nous croyons devoir nous borner à signaler les dissidences sur lesquelles notre expérience propre ne nous permet pas de prononcer un jugement.

En conséquence de sa manière d'envisager cette grave difficulté, M. Diday partage les futurs en deux catégories : les *ajournés* et les *éliminés* (purgatoire et enfer). C'est l'application du système des évolutions diverses et des faits particuliers. Au purgatoire ceux qui retombent souvent (par exemple à chaque renouvellement de saison) dans la céphalée, la névrose musculaire, etc.; ceux qui voient persister ou se reproduire avec ténacité les plaques muqueuses des orifices, surtout de la bouche et de l'arrière-bouche, menaçant particulièrement d'infecter la femme; ceux chez lesquels l'usage du mercure sans interruption pendant six mois a endormi un ennemi dont on ne sait pas ce que sera le réveil; ceux surtout qui ont été atteints de lésions syphilitiques graves, telles que des paralysies oculaires ou faciales, des contractures musculaires, des rétinites, etc. (ces derniers n'attendront pas moins de quatorze mois écoulés sans récidive). A l'enfer deux classes seulement d'individus (le saint Pierre de Lyon n'est pas dur) : ceux qui sont atteints de syphilis galopante, et ceux chez lesquels la syphilis se manifeste par des accidents tertiaires.

N'y a-t-il donc pas aussi un paradis? Si fait, et M. Diday l'ouvre à d'assez douces conditions : à ceux, par exemple, qui, *au moment de la cérémonie*, seront exempts de tout symptôme de syphilis depuis au moins quatre ou cinq mois. Et non seulement il les y admet, mais encore il les y pousse, pour *les aider à trouver la guérison* dans la pratique d'une bonne hygiène et dans les joies de la famille. Tout sera-t-il joie dans cet intérieur? Assurément, l'auteur se garderait de l'affirmer, les intervalles des poussées diathésiques ne se limitant pas à cinq mois; mais il paraît bien ressortir de l'ensemble du passage que cette pratique s'applique uniquement aux cas de syphilis légère.

Il y a dans ce livre deux parties que nous avons négligées ; nous n'avons touché qu'en passant aux maladies vénériennes de la femme, et nous n'avons rien dit de la syphilis infantile. Avec la première question, nous aurions dépassé de beaucoup l'espace dont nous pouvons disposer : obligé d'opter entre les deux sexes, en matière de cette nature, nous nous sommes attachés au nôtre. Cela peut passer pour une galanterie et, à ce titre, nous servir d'excuse. Sur la seconde question, les recherches et les opinions de l'auteur sont trop connues pour qu'il nous ait paru nécessaire de les exposer de nouveau, même dans leur forme rajeunie. Nous nous bornerons donc à une remarque finale ou plutôt à un *avis au lecteur*, que ce compte rendu rend peut-être utile et que, dans tous les cas, nous tenons à exprimer. Si donc quelque lecteur médecin, si quelque homme *du monde* ne fréquentant pas trop ce qui n'en est que la demi-partie, allait s'effaroucher, se scandaliser peut-être, des allures littéraires de ce livre, peut-être les apaiserons-nous d'un mot. Sous les gémissements piteux de « Monsieur, » sous le caquetage rusé de « Madame, » sous la crudité des mots et des historiettes, nous leur promettons un fonds solide d'observations personnelles, d'expérience clinique et, par-dessus tout, de bonne foi. On a pu le voir dans cette analyse même; on en jugera mieux encore en se reportant à l'ouvrage lui-même.

A. Dechambre.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

C'est à Londres qu'aura lieu cette année le septième Congrès médical international, sous le patronage de la famille royale et sous la présidence de sir James Paget.

Nous faisons connaître aujourd'hui, dans ce qu'ils ont d'essentiels, les statuts et le programme de ce Congrès, dont l'organisation a été en grande partie confiée à M. le docteur W. Mac Cormac. On peut s'en fier à l'activité et à l'esprit d'initiative de ce savant confrère.

La septième session du Congrès médical international s'ouvrira à Londres, le mardi 2 août 1881, au *College of Physicians*, Pall Mall, où les comités chargés de cette fonction recevront les membres de quatre heures à sept heures du soir. Les séances scientifiques commenceront le mercredi 3 août et finiront le mardi 9 août. L'inscription des membres du Congrès et la distribution des cartes d'entrée se feront le 2 août et les jours suivants, pendant la durée du Congrès, au bureau du comité d'admission au *College of Physicians*, Pall Mall; de neuf heures du matin à cinq heures du soir. On peut se faire délivrer ces cartes à l'avance en envoyant au comité d'admission le montant de la cotisation et une demande revêtue d'un caractère authentique.

La cotisation est fixée à une guinée (26 fr. 25) et doit être versée au moment de l'inscription et avant de pouvoir assister aux séances.

Les travaux du Congrès seront répartis entre quinze sections et il y aura une exposition d'objets et d'appareils scientifiques intéressants au point de vue de l'art médical. Nous ferons connaître ultérieurement le programme des questions qui seront discutées dans chaque section.

Il a été nommé un président, un vice-président et un secrétaire général du Congrès et, dans chaque section, un président, des vices-présidents et des secrétaires ; mais il sera procédé aux élections définitives par le Congrès lors de sa réunion, le 3 août. Il sera en outre procédé à l'élection d'un certain nombre de présidents honoraires du Congrès. Les différentes sections éliront aussi des présidents honoraires.

La première assemblée générale du Congrès aura lieu le mercredi 3 août, à dix heures du matin, à St. James's Hall, Regent Street. Le même jour, à trois heures, les sections se réuniront dans les salles qui leur seront désignées pour commencer leurs travaux. Le Congrès se réunira par la suite deux fois par jour : de dix heures à une heure, pour les séances des sections, et de quatre heures à cinq heures et demie pour les assemblées générales. Toute section désirant une prolongation de séance pourra se réunir de deux heures à trois heures et demie.

Les assemblées générales se réuniront pour délibérer sur toutes les questions générales qui intéressent le Congrès et pour recevoir les communications offrant un intérêt scientifique plus général que celles qui sont faites aux sections.

Les sujets de discussion adoptés par les différentes sections seront exposés par un membre désigné par le bureau de la section. Les membres chargés d'entamer la discussion devront poser des conclusions qui serviront de base aux débats.

Les membres du Congrès qui se proposent de donner lecture de leurs communications à une section quelconque devront en informer les secrétaires de cette section en leur envoyant un résumé de leur travail avant le 30 avril 1881. Ces résumés seront regardés comme confidentiels et ne seront pas publiés avant la réunion du Congrès. Tout membre du Congrès désireux de proposer un sujet de discussion qui ne figure pas au programme des travaux devra en donner avis au secrétaire général vingt et un jours au moins avant l'ouverture du Congrès. Le bureau de chaque section décidera s'il y a lieu d'adopter les sujets qui lui sont proposés et à quelle époque ils seront discutés. Il ne sera pas reçu des communications ayant déjà été publiées.

Tous les discours et communications faits soit aux assemblées générales, soit aux sections, devront être immédiatement remis aux secrétaires. Le comité exécutif procédera, après le Congrès, à la publication des procès-verbaux et se réserve pleins pouvoirs pour le choix des travaux à publier soit en entier, soit en partie.

Les langues officielles sont l'anglais, le français et l'allemand. Aucun orateur ne pourra avoir la parole plus de dix minutes; cependant, les membres chargés d'ouvrir les débats et ceux qui liront les communications auront droit à quinze minutes.

Il est à désirer que la durée de la discussion d'un sujet quelconque ne dépasse pas une heure.

Les statuts, programmes des travaux et résumés des communications seront publiés en anglais, en français et en allemand.

Les communications et discours figureront aux procès-verbaux dans la langue dans laquelle ils ont été rédigés. Les débats seront imprimés en anglais. Afin d'obtenir une plus grande exactitude et de faciliter la publication des procès-verbaux, les orateurs sont priés de remettre aux secrétaires des sections, avant la fin de chaque séance, le résumé écrit de leurs discours.

Les demandes de renseignements relatives aux travaux des différentes sections devront être adressées aux secrétaires de ces sections. Toutes les autres communications devront être adressées à M. William Mac Cormac, Esq., secrétaire général honoraire, 13, Harley Street, Londres.

Le programme des questions scientifiques proposées pour la discussion dans chacune des sections sera publié ultérieurement.

A. L.

Laïcisation des hôpitaux de Paris. — A la séance du Conseil municipal de samedi 19 mars, M. Quentin a donné lecture d'une lettre signée par MM. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié; Peter, professeur à la Faculté de médecine, médecin de la Pitié; Brouardel, professeur à la Faculté de médecine, médecin de la Pitié; Cornil, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de la Pitié; Legroux, médecin de l'hôpital Laënnec, professeur agrégé de la Faculté; Damaschino, médecin de l'hôpital Laënnec, professeur agrégé de la Faculté; Nicaise, chirurgien de l'hôpital Laënnec, agrégé de la Faculté de médecine; Benjamin Ball, professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, qui certifient que les surveillantes et sous-surveillantes laïques sont parfaitement aptes à remplir les fonctions actuellement confiées aux Sœurs de charité dans les hôpitaux.

Société française de tempérance. — La Société a tenu sa séance solennelle le 20 mars, sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut. Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le président, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, celui de M. Guignard sur le concours de 1881, et le rapport de M. Durand-Fardel, sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Élie Berthet, une médaille de vermeil et un prix de 500 francs; 112 diplômes d'honneur, 18 médailles d'argent, 338 médailles de bronze, 42 livrets de caisse d'épargne de 25 francs, 13 collections de la première série de ses bulletins, 8 exemplaires du compte rendu du Congrès de 1878, un exemplaire du tome 1er de la 2e série de ses bulletins, 30 collections de l'année 1880 du *Bon Conseiller*, et 160 abonnements pour l'année 1881 à ce journal mensuel.

Hygiène publique. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adresser une circulaire aux préfets pour leur rappeler qu'aux termes de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, l'ordonnance d'un médecin prescrivant l'emploi de substances vénéneuses doit énoncer en toutes lettres la dose desdites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament.

École de médecine de Toulouse. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et d'histoire naturelle s'ouvrira le 3 novembre 1881.

École de pharmacie de Nancy. — M. Thouvenin, licencié ès-sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle et de micrographie (emploi nouveau).

Hôpitaux de Marseille. — A la suite de brillants concours, ont été nommés : médecins-adjoints, MM. les docteurs Richaud et Fallot; chirurgien-adjoint, M. le docteur Gamel.

Mortalité a Paris (11e semaine, du vendredi 11 au jeudi 17 mars 1881). — Population probable : 1988806 habitants. — Nombre total des décès : 1158, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 44. — Variole, 31. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 20. — Diphthérie, croup, 47. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 57. — Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 81. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 59. — Bronchite aiguë, 62. — Pneumonie, 108. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 37; au sein et mixte, 28; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 88; de l'appareil circulatoire, 68; de l'appareil respiratoire, 79; de l'appareil digestif, 39; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 2. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 7.

Bilan de la 11e semaine. — Dégrèvement de 129 décès sur la semaine précédente. Cette atténuation porte (faiblement) sur l'ensemble des maladies épidémiques de l'enfance (la coqueluche excepté), mais non sur les décès par bronchite et par pneumonie, qui continuent leur mouvement de hausse (62 décès par bronchite au lieu de 38 et 56 des semaines antérieures; 108 par pneumonie au lieu de 80 et 95)! Le dégrèvement porte aussi sur l'athrepsie enfantine (gastro-entérite enfantine), qui compte 68 décès au lieu de 78, et sur la plupart des autres maladies locales. La diphthérie a un peu diminué (47 au lieu de 50 et 53 des semaines précédentes), mais elle est encore présente dans la grande majorité des quartiers de Paris.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire, leçons faites à la Faculté de médecine, par le professeur S. Jaccoud. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 10 fr.
Cartonné. 11 fr.

Manuel d'hygiène publique et industrielle ou résumé pratique des attributions des membres des conseils d'hygiène, par E. Dupuy. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 7 fr. 50

De l'hémorrhagie dans l'opération de la taille, par le docteur Rameau. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Essai sur les températures locales dans les affections chirurgicales, par le docteur Parizol. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Maladies cancéreuses, observations par le docteur Gérard von Schmitt, médecin et chirurgien du collége de New-York, agrégé de Saint-Pétersbourg. In-8. Paris, O. Berthier. (*Franco.*) 1 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 31 mars 1881.

Académie de médecine : Vaccination et revaccination obligatoires.

Dans la discussion sur la vaccination et la revaccination obligatoires, qui a commencé mardi, l'Académie a commencé à s'engager dans une voie qui n'est pas de son domaine. Il serait injuste de lui en faire un reproche, puisqu'elle y a été poussée par une invitation directe de M. le ministre de l'instruction publique, lui demandant son avis « sur la proposition de loi de M. Liouville ». En conséquence, M. Blot est venu, au nom de la commission nommée dans la séance du 15 mars, montrer, d'un côté, par toutes sortes de documents décisifs, les immenses bienfaits déjà réalisés par la vaccination et la revaccination, et, de l'autre, appuyer (avec de certaines réserves toutefois) le projet de loi qui tend à les rendre obligatoires. Et voilà ce qui n'est pas à sa place.

Les conclusions du rapport, il n'est pas indifférent de le rappeler, ont été adoptées à l'unanimité pour la partie relative aux services rendus par la vaccine, et à l'unanimité moins une voix pour celle qui concerne l'obligation. Le dissident était M. Depaul, qui est monté à la tribune pour défendre son opinion. Il l'a fait avec sa fermeté habituelle ; mais l'honorable académicien a, ce nous semble, forcé la note de la lettre ministérielle en présentant comme à peu près superflue la partie scientifique du rapport de M. Blot, et en voulant concentrer tout le débat sur l'obligation. « On ne fera jamais assez, dit-il, l'éloge de la vaccine ; mais qui peut la déprécier? *Là n'est pas la question.* » Qui déprécie la vaccine? Personne de l'Académie, peut-être ; mais des gens du monde ou des députés, quelques médecins même. On l'a bien vu il y a quelques semaines à la Chambre, quand la proposition Liouville est venue en première lecture. Il était donc nécessaire d'opposer à d'aveugles dénigrements les affirmations éclairées de l'Académie ; et nous sommes convaincus, pour notre part, qu'elles auront auprès des Chambres une autorité salutaire.

Au contraire, que pèsera devant des législateurs l'opinion d'un corps scientifique sur le caractère vexatoire du projet, sur l'autorité des pères de famille, sur la difficulté de trouver une sanction efficace, sur l'impossibilité de la surveillance ou l'opposition persistante des réfractaires, sur la caducité probable de la loi? Ce sont choses législatives ou administratives, mais aucunement académiques. Tout ce qu'un corps *savant* peut *savoir*, tout ce qu'il peut dire en cette qualité, c'est que la vaccine est excellente ; c'est que ses effets s'épuisent assez vite, et que nombre d'individus non revaccinés sont comme s'ils n'étaient pas vaccinés du tout; qu'une seconde vaccine restitue l'immunité; que vaccination et revaccination sont donc une seule et même chose, et qu'on leur doit d'avoir été préservés d'épidémies meurtrières; que les dangers attachés à l'opération sont très faibles et peuvent être évités; finalement, qu'il serait à désirer que tout le monde fût vacciné et revacciné au moins une fois.

Voilà tout ce que l'Académie devrait répondre à M. le ministre de l'instruction publique, en y joignant tout au plus, pour le cas où le projet de loi serait adopté, quelques renseignements relatifs aux détails d'exécution et puisés dans les données acquises de la science et dans l'expérience des choses de la vaccine en France et à l'étranger : par exemple, ceux qui concernent l'âge opportun pour la revaccination, l'emploi du vaccin animal, l'organisation du service de la vaccine dans les départements, etc. C'est ainsi, sans doute, que l'entendait M. Liouville en sollicitant à son tour l'avis de l'Académie « au point de vue sanitaire ». Un tel document aurait cet avantage qu'il ne serait exposé, dans aucune conjoncture, à subir un échec devant les pouvoirs législatifs et que, si l'obligation était rejetée, il pourrait encore servir de thème à des améliorations reconnues nécessaires et que, M. Depaul réclame aussi bien que personne.

Ce que ne devrait pas faire une Académie, ayant caractère officiel, est permis à un simple journal. La *Gazette hebdomadaire* a dit, dans son dernier mémoire, ce qu'elle pense du principe de l'obligation. L'occasion lui sera offerte par la discussion actuelle de revenir sur les oppositions que ce principe rencontre et sur les défauts qu'on lui reproche.

— Avant la discussion sur le projet Liouville, l'Académie avait entendu (?) la lecture d'un mémoire de M. Gibert (du Havre), sur un cas de transfusion du sang. D'un autre côté,

M. le docteur Roussel (de Genève) a présenté à la Société de thérapeutique (voy. p. 203) et montré dans les services d'hôpitaux un nouvel appareil, à l'aide duquel il a pratiqué, de 1856 à 1877, *cinquante transfusions*, sans avoir jamais produit aucun accident.

— Le scrutin pour l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène a donné le résultat prévu. M. Ernest Besnier a été nommé au scrutin, avec une majorité de 57 voix.

— Les quelques lignes publiées, à la page 177 du dernier numéro, au sujet d'une lettre de M. Pasteur, communiquée à l'Académie par M. Parrot, et que nous n'avions pas sous les yeux, n'en expriment pas le sens d'une manière parfaitement exacte. Mais ce sens est très fidèlement rendu dans le compte rendu de la séance, auquel nous renvoyons le lecteur (p. 186).

Conservation des substances alimentaires par l'acide salicylique.

(Deuxième article.)

Nous avons vu, dans un précédent article (*Gaz. hebd.*, p. 163), que des doses *très faibles* d'acide salicylique peuvent être absorbées pendant un temps assez long sans devenir nuisibles à la condition que les fonctions du rein, qui d'ordinaire élimine rapidement ce produit, restent toujours normales, à la condition que l'on ne fasse prendre le médicament qu'à des adultes (les enfants paraissent le supporter moins facilement), à la condition surtout que les aliments et les boissons dont l'acide salicylique empêche la fermentation ne soient pas eux-mêmes altérés. Nous avons reconnu, de plus, qu'il n'y aurait point *falsification* si, de très faibles quantités d'acide salicylique étant mélangées à une boisson alimentaire pour la conserver, le vendeur faisait connaître la qualité du produit salicylé et surtout s'il n'employait pas l'acide salicylique pour masquer l'altération volontaire qu'il fait subir à ces produits, pour frauder ainsi le Trésor et réaliser un gain illicite. Afin de juger avec impartialité ce que peut valoir le salicylage des substances alimentaires, nous avons dû faire une enquête assez longue et assez minutieuse pour rechercher si toutes ces conditions se trouvaient toujours réalisées. Or, cette enquête nous a révélé un certain nombre de faits qui prouvent combien il est difficile de réglementer, sans être très sévère et par conséquent sans léser bien des intérêts, ces questions d'hygiène publique.

L'acide salicylique sert aujourd'hui à la conservation de la bière, des vins, des viandes, des légumes, du poisson, du beurre, des conserves, etc., etc.

En ce qui concerne la bière, l'acide salicylique, disent ses partisans, permet de brasser en tout temps; il maintient la bière toujours claire; il la conserve toujours parfaite, quelque défavorable que soit la température de la cave où elle est débitée. La quantité d'acide salicylique nécessaire, pour arriver à un bon résultat, varie suivant le mode de préparation. Elle doit être « diminuée ou augmentée suivant que la bière aura été brassée dans des conditions plus ou moins bonnes ». Il suffit, ajoute-t-on, de mélanger 5 à 10 grammes d'acide salicylique par hectolitre de bière pour assurer sa conservation; l'addition du produit antifermentescible doit se faire au moment de l'expédition. Ainsi traitée, la bière se conserve presque indéfiniment. A tous ces arguments les brasseurs de profession répondent qu'ils n'ont pas besoin de se servir d'acide salicylique pour la préparation non plus que pour la conservation de leur bière. Bien préparée pour l'exportation, celle-ci ne tourne presque jamais, ne devient ni *plate* ni *filante*, si l'on emploie, pour la conserver, les procédés industriels connus et, en particulier, le refroidissement à l'aide de la glace. Il n'est pas un brasseur d'Alsace ou de Lorraine, de Strasbourg ou de Tantonville qui fasse usage d'acide salicylique. Les soins apportés par eux à la fabrication de leur bière la rendent suffisamment inaltérable. Lorsqu'elle ne paraît pas assez forte pour être exportée, ou qu'un accident de fabrication la rend facilement altérable, elle est débitée sur place et se conserve toujours assez longtemps pour être vendue meilleur marché aux consommateurs habituels des brasseries alsaciennes ou lorraines. Lorsqu'elle est mauvaise, on ne la met pas en vente. Cette bière, bien préparée, conservée dans des fûts convenables et bien traitée par ses débitants, ne peut que perdre par l'addition salicylique. Ajouté en petite quantité, il n'entrave point, nous ont dit les brasseurs que nous avons consultés, les fermentations secondaires ou tertiaires qui l'altèrent. Ajouté en proportions plus considérables il *tue* la bière, la rend plate et indigestible. La bière doit, en effet, pour être bonne, rester vivante grâce aux ferments qu'elle contient. Annihiler complètement l'action de ces ferments revient à remplacer la bière par une boisson fade et malsaine. Sans doute il est un assez grand nombre de fabricants ou d'entrepositaires qui débitent à Paris ou dans les grandes villes des boissons qui n'ont de la bière que l'apparence extérieure. Ce sont des petites bières dont l'altération est très rapide, mais dont la composition et la fabrication sont très défectueuses. Est-il bon de favoriser, aux dépens des brasseurs consciencieux et honnêtes, ceux qui, ayant obtenu à moins de frais une boisson moins saine et moins agréable au goût, la conserveront longtemps à l'aide de l'acide salicylique? Nous nous contentons de poser la question.

Le salicylage des vins soulève une question plus complexe, et, par conséquent, plus difficile à résoudre. Il est parfaitement vrai que certains vins ne se conservent que très difficilement. Il est non moins vrai que les agents les plus actifs de leurs altérations sont les ferments tels que le *mycoderma vini*, le *mycoderma aceti*, le *mycoderma cerevisiæ*, les *mucor mucedo*, des *penicellium*, des *aspergillus*, etc. Le chauffage des vins tue ces parasites et permet leur conservation presque indéfinie. Mais les procédés de chauffage, si bien étudiés et si justement préconisés par M. Pasteur, nécessitent des appareils assez dispendieux et une installation qui n'est pas à la portée de tous les vignerons. L'addition au vin d'acide salicylique à des doses relativement faibles (10 à 12 grammes par hectolitre) a pour résultat, dit-on, d'empêcher ces altérations du vin. L'agent antiseptique tue les ferments dont le développement altère le vin. Il peut, disent les partisans du salicylage, rendre les plus grands services à l'industrie. Mais voici que les adversaires de cette méthode lui adressent les objections suivantes : On ne peut impunément, disent-ils, sans tuer la bière, lui ajouter une trop forte proportion d'acide salicylique. Les vins en tolèrent des doses considérables. Pour peu que le vin soit un peu sucré ou un peu riche en tannin — nous en avons fait nous-même l'expérience il y a peu de jours encore, — le goût de l'acide salicylique disparaît presque complètement, et sans qu'il soit possible de reconnaître immédiatement la fraude, on arrive ainsi à ajouter à un litre de vin 2 et même 3 grammes d'acide salicylique. Or, voici ce qui

nous a été affirmé : L'Espagne nous fournit des vins très sucrés et très peu riches en alcool. Ces vins ne se conserveraient pas sans addition d'acide salicylique. On leur ajoute donc une certaine dose de ce liquide antifermentescible ; on introduit en France ces vins, qui ne payent plus qu'un droit dérisoire ; on s'en sert ensuite pour des coupages. Mais ils tendent incessamment à se décomposer ; malgré leur salicylage préventif ils s'altèrent sous la plus légère influence. Il faut, dès lors, à chaque manipulation nouvelle, ajouter une nouvelle dose d'acide salicylique. Le commerçant qui expédie ces vins, préparés pour des coupages indéfinis, les a salicylés. Celui qui les reçoit et qui craint leur altération les salicyle encore ; le débitant qui sait qu'il possède un sel capable d'entraver les décompositions qui rendraient sa marchandise invendable ajoute une nouvelle dose d'acide salicylique. Et c'est ainsi que l'on a pu saisir et présenter au comité consultatif d'hygiène des bouteilles renfermant des doses de 2 et 3 grammes d'acide salicylique. L'industrie des vins de raisins secs, si florissante aujourd'hui, fait surtout usage des agents antifermentescibles, et ceux qui vendent ces vins de médiocre qualité ne se font pas faute de doubler et quelquefois de décupler les doses indiquées comme nécessaires, parce qu'ils craignent qu'elles ne soient pas suffisantes.

Nous reproduisons ici les arguments qui nous ont été fournis par ceux qui ont provoqué ou approuvé la décision que vient de prendre le ministre du commerce. L'abus du salicylage des vins, disent-ils, a dû nécessiter une mesure radicale. Ce ne sont plus des doses minimes qu'absorberait chaque jour celui qui consommera ces vins salicylés. Du jour où l'on aura autorisé cette industrie, les vins les plus mauvais, les plus facilement altérables seront salicylés à haute dose. Et dès lors il ne deviendra plus possible de permettre la mise en vente de boissons annoncées comme étant salicylées à un degré déterminé et portant des étiquettes qui préviendront l'acheteur. Si l'on saisit un échantillon de ces vins, le débitant donnera le nom du marchand en gros chez lequel il s'est fourni. Celui-ci prouvera qu'il n'ajoute à son vin que 10 à 12 grammes d'acide salicylique par hectolitre. Les intermédiaires se défendront d'avoir augmenté cette dose. Le débitant niera le plus souvent qu'il a lui-même salicylé sa marchandise. Et il arrivera qu'aucun tribunal ne pourra condamner la fraude parce qu'il lui sera impossible de déterminer à quel moment a commencé la falsification. N'est-ce point ce que l'on constate toutes les fois que l'on saisit et que l'on analyse à grand'peine les boites de conserves alimentaires, si souvent cependant falsifiées et nuisibles à la santé publique ? N'est-ce point ce qui arrive lorsque des viandes conservées à l'aide de borax en contiennent des proportions trop considérables ? Un boucher craint l'altération trop rapide de sa marchandise : il l'arrose d'une solution de borax. La même opération est recommencée à son insu ou avec son assentiment par ses aides, par tous ceux qui croient s'apercevoir que la viande va se gâter. Le liquide antiseptique coule dans les régions déclives, s'y accumule, s'y évapore, laissant le borax en nature. La viande est mise en vente et, dans les parties basses, dans les rognons par exemple, on trouve une proportion de borax dont l'absorption peut devenir préjudiciable à la santé.

On comprendra aisément les motifs qui nous engagent à ne pas insister plus longuement sur cette question. Le salicylage des aliments (beurre, viandes, poissons, etc., etc.) paraît, il est vrai, plus inoffensif ; mais, au point de vue administratif, il n'est pas démontré qu'il doive être toujours toléré. Nous n'avons point, d'ailleurs, une expérience suffisante de ces procédés de conservation pour les juger définitivement. Mais, après avoir lu l'arrêté ministériel qui interdit la mise en vente des produits salicylés, et écouté les doléances de ceux qui se trouvent plus particulièrement frappés par cette interdiction absolue, nous avons cru devoir étudier d'un peu près, aux points de vue hygiénique et sociologique, cette question si intéressante de la conservation des substances alimentaires par un produit antifermentescible dont l'action est indéniable, mais dont les effets sur l'organisme sont encore mal définis. Or, cette étude n'a pu nous permettre de nous associer aux protestations que l'on a fait valoir au nom de l'hygiène et des résultats thérapeutiques que donne l'administration des salicylates et de l'acide salicylique. Elle n'a pu nous conduire qu'aux conclusions suivantes : 1° s'il paraît prouvé que l'acide salicylique, ingéré à petites doses et pendant quelques semaines ou quelques mois, est presque toujours inoffensif, rien ne démontre que son absorption continuée pendant de longues années ne puisse, *chez certains sujets*, déterminer des accidents ; 2° s'il paraît démontré que le salicylage des vins et des aliments (beurre, viandes, poissons, etc.) puisse rendre à l'industrie d'assez grands services, de nombreuses expertises ont fait voir que les doses indiquées comme nécessaires et suffisantes ont souvent été dépassées, que des fraudes graves ont pu être commises, grâce à l'emploi de l'acide salicylique ; que, par conséquent, le ministre du commerce a dû se préoccuper de réprimer ces abus ; 3° si l'arrêté qui interdit absolument la vente de tous les produits salicylés est peut-être trop rigoureux, au moins paraît-il nécessaire de limiter l'emploi de cet agent à la conservation de certains aliments, de rendre obligatoire, comme l'a demandé M. Pasteur, l'indication sur des étiquettes spéciales de la qualité du produit mis en vente et de limiter à une dose assez faible, en frappant d'une peine sévère les contrefacteurs, l'introduction dans les aliments d'une substance dont on ne peut affirmer ou nier l'innocuité absolue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

De la paralysie alcoolique, par M. le docteur E. Lancereaux, membre de l'Académie de médecine ; leçon recueillie par M. L. Gauthier, interne des hôpitaux.

(Fin. — Voyez les numéros 8 et 11.)

Les observations qui précèdent ont, comme vous avez pu vous en apercevoir, messieurs, une physionomie tout à fait spéciale et véritablement frappante. Non seulement nos malades sont atteints de paralysie des membres, mais ils présentent à des degrés divers des troubles gastriques, se plaignent de rêves effrayants, d'insomnie, éprouvent aux extrémités des membres des sensations diverses de picotements, de fourmillements, de brûlure, coexistant avec une analgésie ou une hyperalgésie symétrique. Ajoutons qu'ils présentent en outre, des désordres vaso-moteurs : rougeur ou pâleur des membres, sueurs limitées aux extrémités, œdèmes occupant de préférence le dos des pieds et des mains, etc. Or, ces derniers phénomènes se rattachant manifestement à l'intoxication alcoolique, il y a toute raison de croire que les premiers, c'est-à-dire les accidents paralytiques, se rapportent aussi à cette même intoxication. Mais ce qui prouve bien que telle est l'origine de ces accidents, c'est la physionomie toute particulière de la paralysie qui nous occupe, laquelle ne peut se lier qu'à une cause spéciale. Effectivement, cette paralysie, beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme, puisque sur

15 cas, 12 se rapportent à des femmes, présente un caractère qui n'a fait défaut dans aucune de nos observations; elle est symétrique, c'est-à-dire qu'elle se localise en même temps et au même degré sur les muscles homologues des deux côtés, non seulement aux membres inférieurs, mais encore aux membres supérieurs. Des extrémités où elle débute elle gagne peu à peu, en diminuant d'intensité, la racine des membres; l'affaiblissement est toujours plus accusé aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, dont les fonctions sont généralement peu compromises. Les muscles extenseurs sont, dans la grande majorité des cas, plus fortement atteints que les fléchisseurs, d'où résulte une attitude spéciale des pieds et des mains des malades. La contractilité électro-musculaire, explorée dans quelques cas, était sinon abolie, du moins manifestement diminuée, circonstance qui rapproche la paralysie en question de celle que l'on observe dans l'intoxication saturnine. Deux de nos malades offraient en outre, une anesthésie très marquée au courant faradique, qui ne leur paraissait douloureux que quand il donnait lieu, chez l'homme sain, à une sensation presque insupportable.

En somme, les caractères spéciaux des accidents paralytiques dans les faits qui précèdent, et la coexistence constante de ces accidents avec les phénomènes d'une intoxication chronique par l'alcool, mettent hors de doute l'existence d'une relation entre les paralysies que nous avons observées et l'alcoolisme. La généralisation de cette paralysie, la perte de la contractilité électro-musculaire, l'absence de contracture, tels sont les caractères qui la distinguent des lésions circonscrites de la moelle épinière (compression, tumeur, sclérose annulaire) et d'une sclérose systématisée.

Les symptômes de l'ataxie locomotrice sont trop différents de ceux de la paralysie des buveurs pour qu'il soit nécessaire de faire ici le parallèle de ces deux affections. Cependant il y a quelquefois au début de la paralysie alcoolique des phénomènes d'incoordination motrice et d'anesthésie plantaire qui pourraient donner le change à un observateur non prévenu; mais bientôt la marche des accidents rendent le diagnostic évident : le délire, les hallucinations ne permettent pas une plus longue confusion.

Quelques mots maintenant sur l'état anatomique de la paralysie alcoolique. Déjà deux des observations qui précèdent nous renseignent sur cet état. Celle qui suit aidera à le mieux connaître, nous en possédons d'ailleurs plusieurs autres analogues.

Obs. V. *Alcoolisme chronique avec paralysie des extrémités des membres; mort par tuberculose pulmonaire.*

La nommée G..., Marguerite, âgée de quarante-huit ans, blanchisseuse, entre le 1er mai 1880 au n° 13 de la salle Sainte-Geneviève.

Cette femme se plaint de tousser depuis quelques mois et d'éprouver dans les mollets et les pieds de vives douleurs la nuit. Sa mère est morte il y a dix ans d'une affection dont elle ignore la nature. Son père a disparu il y a déjà longtemps et elle ne sait ce qu'il est devenu. Réglée à douze ans, cette femme n'a jamais été mariée et n'a jamais eu ni enfant, ni fausse couche. Elle a cessé d'être menstruée depuis longtemps. Venue à Paris à l'âge de vingt-cinq ans, elle a toujours exercé la profession de blanchisseuse. Bien nourrie, elle habite une grande chambre, au premier, donnant sur la rue. Comme antécédents pathologiques, elle n'a eu qu'une fièvre typhoïde, à l'âge de douze ans, et la scarlatine, il y a vingt-cinq ans. Depuis plusieurs années, elle a remarqué que son appétit avait beaucoup diminué. Elle dit boire environ un litre de vin par jour, avoue que depuis huit ans elle prend tous les matins, à jeun, un verre de vulnéraire, et que souvent, elle recommence dans la journée et boit aussi fréquemment du bitter; elle nie avoir jamais eu l'habitude de prendre de l'absinthe.

Cette malade fait remonter au mois de novembre dernier le début de l'affection actuelle. C'est à cette époque qu'elle a commencé à tousser. Elle s'est amaigrie très rapidement et depuis longtemps elle a chaque nuit d'abondantes sueurs généralisées; le matin elle éprouve des nausées et rejette avec effort un liquide filant, blanchâtre ou verdâtre. Elle ne dort pour ainsi dire pas, et lorsqu'elle vient à sommeiller, elle ne tarde pas à être éveillée par des rêves effrayants : tantôt il lui semble tomber dans des précipices; tantôt elle voit des serpents énormes. Elle a des crampes dans les jambes ; depuis un mois elle éprouve dans les mollets, et surtout dans les chevilles, des fourmillements, des picotements nocturnes très douloureux. Sa figure est pâle, amaigrie, triste, l'œil hagard, les lèvres sont tremblantes. Les veinules cutanées des joues sont le siége d'une dilatation assez marquée.

La malade est fortement émue par notre examen, et surtout par les questions relatives à ses habitudes. Ses pieds, ses mains, son front se couvrent de gouttelettes de sueur au moment de notre interrogatoire, la force musculaire est notablement diminuée : elle a beaucoup de peine à monter dans la salle; ses mains ne peuvent serrer que très faiblement les nôtres; elle marche en écartant les pieds l'un de l'autre et en les traînant un peu, mais il ne paraît pas y avoir d'incoordination motrice. Elle sent très bien le sol quand elle marche; la sensibilité tactile est du reste partout conservée.

La sensibilité à la douleur est accrue dans d'énormes proportions aux membres inférieurs jusqu'au-dessus des genoux; le plus léger pincement, un simple contact en appuyant un peu, font jeter des cris à la malade. Elle crie d'appréhension, en voyant approcher de ses membres une épingle avec laquelle elle croit qu'on va la piquer. Quand, pour constater la limite de la zone hyperesthésiée, on l'a pincée plusieurs fois de suite, elle entre dans un état de violente excitation, nous suppliant de la laisser tranquille et finissant par éclater en sanglots. Les points de la peau qui ont été pincés, même très légèrement, deviennent aussitôt le siége d'une vive rougeur qui persiste au moins une heure. Les membres supérieurs présentent, surtout à la face dorsale, une hyperesthésie analogue, mais moins prononcée, qui remonte jusqu'au tiers supérieur des avant-bras. La sensibilité thermique est aussi altérée aux extrémités, en ce sens que le contact d'objets qui, pour des personnes saines, donnent simplement lieu à des sensations de froid et de chaud, déterminent chez la malade une vive douleur : une sensation de brûlure ou de froid excessif.

La pression sur les apophyses épineuses est aussi très douloureuse sur toute la longueur du rachis. Les deux régions ovariennes, mais surtout la gauche, sont le siége d'une vive sensibilité à une pression même légère. Enfin l'examen de la poitrine par la percussion est si pénible, surtout pour les parties supérieures (fosses sus-épineuses et creux sous-claviculaires) que cette exploration arrache des cris à la malade. Submatité dans les deux fosses sus-épineuses, plus marquée à gauche; diminution de la sonorité et sensation de résistance au doigt sous la clavicule gauche. L'expiration dans la fosse sus-épineuse droite est rude et prolongée, mais en même temps il existe des craquements humides. Dans la région correspondante à gauche, on entend du souffle caverneux et du gargouillement qui occupent même la partie supérieure de la fosse sous-épineuse. Râles caverneux à bulles nombreuses sous la clavicule gauche. En avant et à droite, respiration presque normale. Expectoration assez abondante de crachats purulents nummulaires.

Les bruits du cœur ne sont pas altérés, mais faibles et assez lents. Le foie déborde le rebord costal d'au moins deux travers de doigt. L'urine ne renferme ni sucre ni albumine. Extrait thébaïque 10 centigrammes; régime lacté. Les jours suivants, la malade ne dort pas mieux, elle continue d'être tourmentée; elle rêve que des chiens lui dévorent les pieds et les mains, voit des serpents, des bêtes à cornes. Les sensations douloureuses des extrémités augmentent plutôt qu'elles ne diminuent. En même temps, la faiblesse musculaire s'accentue au point que la malade ne peut presque plus marcher.

Le 10 mai, la dose d'extrait thébaïque est portée à 15 centigrammes; le sommeil est meilleur, mais les visions effrayantes persistent. Le 13, sueurs nocturnes toujours abondantes. Inappétence. Toux fréquente pénible, expectoration abondante nummulaire. Le 17, la malade ne peut faire que trois ou quatre pas sans être soutenue, ses jambes fléchissent sous elle. Il lui est presque impossible de saisir de petits objets : une épingle, une allumette par exemple; elle est prise assez rapidement de tremblements quand elle tient son verre à la main. Vers le 20 mai, il lui devient complètement impossible de marcher même avec un appui. Elle reste dès lors constamment couchée, peut à peine soutenir ses pieds au-dessus du plan du lit et les tient constamment dans une extension forcée sur la jambe, le talon relevé; cette attitude est plus marquée à gauche.

Dans le mois de juillet, l'état de la motilité reste le même. La

malade maigrit et pâlit progressivement. Le 9, œdème pâle, mou, bilatéral du dos des pieds. Vers la fin du mois *phlegmatia alba* du membre inférieur droit. En août, la malade éprouve une dyspnée constante avec exacerbations paroxystiques. Elle se plaint de points douloureux très pénibles vers le sommet de la poitrine. Les sensations de picotements et de fourmillements ont beaucoup diminué, ainsi que l'hypéralgésie. Même état de la motilité.

20 août. — L'examen de la contractilité faradique des membres inférieurs montre que les muscles des cuisses se contractent, mais faiblement, sous l'influence d'un courant d'intensité moyenne. Pour obtenir une légère contraction dans le mollet gauche, il faut monter presque jusqu'en haut le cylindre creux de la bobine. A droite, même, on n'obtient pas de contraction appréciable, mais il est vrai que l'œdème très considérable du membre peut empêcher une contraction faible d'être perçue.

La malade, toujours très excitée par le pincement, ne sent presque pas passer le courant électrique. Ce n'est qu'avec un courant intense que l'on provoque une légère sensation douloureuse. Dans les derniers jours d'avril, l'œdème du membre inférieur gauche augmente beaucoup et l'on sent manifestement un cordon sur le trajet de la veine crurale. Amaigrissement très rapide et affaiblissement graduel de la malade. Fièvre hectique. Sueurs générales et profuses. Diarrhée depuis le milieu d'août. Le 8 septembre au soir, râle trachéal. La malade meurt le 9, à six heures du soir.

L'*autopsie* n'a pu être pratiquée que le 11 au matin, lorsque le cadavre présentait déjà des traces manifestes de putréfaction.

Adhérences très solides du sommet des deux poumons. Le sommet du poumon gauche est criblé de cavernes anfractueuses communiquant entre elles remplies de pus liquide et dont la paroi en plusieurs points est uniquement constituée par la plèvre fortement épaissie. Excavations semblables, mais moins étendues au sommet droit. Dans toute leur étendue les poumons sont farcis de noyaux lobulaires de pneumonie tuberculeuse et de granulations disposées le long des vaisseaux en forme de grappes. En outre, il existe sous la plèvre viscérale, des deux côtés, un abondant semis de granulations grises, volumineuses, dures, à peine jaunâtres à leur centre. Le larynx et la trachée sont sains.

Le cœur, de volume normal, est surchargé de graisse à sa base. Son tissu est mou, la fibre musculaire un peu décolorée. Les cavités cardiaques ne contiennent qu'une petite quantité de sang demi-liquide, gelée de groseille. Les valvules mitrale et sigmoïde sont saines; l'aorte n'est pas altérée.

L'estomac est de volume normal, la membrane muqueuse présente dans la région pylorique une teinte grisâtre et quelques arborisations vasculaires qui rougissent à l'air. La dernière portion de l'iléon renferme des ulcérations miliaires arrondies qui paraissent occuper les follicules isolés. Le cœcum est le siège d'une ulcération arrondie de l'étendue d'une pièce d'un franc. A ce niveau, il existe, sous le péritoine, des granulations grises assez nombreuses.

Le foie est volumineux, il est augmenté dans tous ses diamètres; mais plus épaissi encore qu'élargi. Son tissu est fortement stéatosé. Les reins ont les dimensions normales; leur substance corticale offre une teinte jaunâtre très marquée. Les organes génitaux sont sains, sauf quelques brides celluleuses cloisonnant le cul-de-sac recto-utérin.

Le crâne est mince, fragile. Le diploë a presque entièrement disparu. Pas de lésions de la dure-mère, cependant la présence d'un très grand nombre de granulations de Pacchioni. A l'incision de cette membrane, il s'écoule une quantité très notable de liquide céphalo-rachidien. La pie-mère ne présente nulle part de granulations tuberculeuses ni d'exsudat inflammatoire; dans la convexité des hémisphères, elle est en quelques points épaissie et opaline.

Le cerveau est petit, de consistance ferme; on n'y constate à la coupe aucune lésion non plus que dans le cervelet et la protubérance. Le canal rachidien ne présente pas d'altération. — Les enveloppes de la moelle sont normales; celle-ci paraît absolument saine à l'œil nu. Les fibres nerveuses des racines antérieures et postérieures des diverses régions examinées au microscope, après dissociation, ne présentent d'autre modification qu'un léger état variqueux de la myéline, probablement d'origine cadavérique.

Il en est autrement du nerf tibial postérieur et de la branche cutanée péronienne dont les fibres dissociées sont également examinées à l'état frais. La myéline d'un grand nombre des fibres de ces nerfs était segmentée en gouttes bien distinctes, arrondies, de volume inégal. Ces nerfs renfermaient, en outre, des gaines vides revenues sur elles-mêmes. Enfin, sur quelques fibres, les noyaux de Schwann étaient évidemment plus rapprochés les uns des autres qu'à l'état normal.

Les muscles des membres et surtout ceux des jambes étaient, à l'œil nu, décolorés, jaunâtres, mous, friables. L'examen microscopique a porté sur des fibres dissociées du couturier et du soléaire. Pour le premier de ces muscles, un grand nombre de fibres avaient conservé leur aspect normal, mais d'autres, presque aussi nombreuses, étaient altérées; leur striation avait disparu, leur aspect était trouble; beaucoup étaient cassées; enfin elles étaient toutes comme bourrées de granulations très réfringentes, de volume inégal, accumulées surtout au voisinage du noyau. Le myolemme ne présentait pas de prolifération nucléaire évidente. Ces lésions de stéatose parenchymateuse existaient de même dans le soléaire, mais beaucoup plus avancées. Ici les fibres granuleuses cassées l'emportaient en nombre sur les fibres saines.

Ce fait, dans lequel l'alcoolisme a eu pour conséquence la tuberculose et la mort, nous apprend que la paralysie des buveurs se lie à une altération des nerfs et des muscles; mais d'ailleurs, cette altération existait déjà dans plusieurs des observations précédentes. Effectivement, dans tous les cas suivis de mort, la moelle était intacte à l'œil nu; et l'examen des coupes microscopiques qui ont été faites de cet organe n'ont permis de constater aucune altération appréciable. Les racines spinales ont paru saines. Les nerfs des membres paralysés ont, au contraire, présenté des altérations évidentes, semblables à celles que l'on observe après les sections nerveuses, mais ne portant que sur une partie des fibres du nerf. Plusieurs muscles des jambes présentaient, chez nos malades, un léger degré de dégénérescence granulo-graisseuse; cette dégénérescence était très avancée dans un cas, mais il y avait en même temps des tubercules pulmonaires et une thrombose veineuse, lésions qui avaient pu contribuer à aggraver l'altération musculaire.

Ces quelques faits nous conduisent donc à considérer la paralysie alcoolique comme ayant une origine périphérique, une symptomatologie et une marche distinctes, et même des caractères anatomiques spéciaux.

Quelques mots maintenant sur l'historique de cette affection. Magnus Huss (*Ueber Alcohol ismus chronicus*) parle peu des accidents paralytiques. Dans l'article *Alcoolisme* du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, 1864, j'ai rapporté en quelques mots deux cas de paraplégie alcoolique qu'il m'avait été donné d'observer, et plus tard, en 1865, j'ai publié dans la *Gazette hebdomadaire*, une observation de cirrhose alcoolique du foie accompagnée de paralysie des membres.

En 1866, le professeur Leudet, de Rouen (*Archives gén. de méd.*, 1867, t. I, p. 5), signale également la paraplégie des buveurs dans un mémoire sur la forme hyperesthésique de l'alcoolisme chronique. Dans l'année 1872, deux médecins distingués de Londres, les docteurs Wilks (*The Lancet*, 13 mars 1872, p. 32) et Lockhart Clarke (*The Lancet*, 1872, p. 427), publient chacun quelques faits se rapportant à cette même affection. Le docteur Wilks qui s'applique à faire ressortir la fréquence de cette paraplégie chez la femme, pense que les huiles essentielles dissoutes dans l'alcool sont de nature à augmenter l'action nuisible de ce dernier, ce qui est entièrement conforme à notre manière de voir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

DE LA POSSIBILITÉ DE RENDRE LES MOUTONS RÉFRACTAIRES AU CHARBON PAR LA MÉTHODE DES INOCULATIONS PRÉVENTIVES, par M. *Pasteur*, avec la collaboration de MM. *Chamberland*

et *Roux*. — Cette première communication est consacrée à un examen critique des expériences de M. Toussaint relatives au virus-vaccin charbonneux. Tout en consacrant avec sa haute autorité la découverte de M. Toussaint, M. Pasteur revient sur les inconvénients du procédé suivi, puis il passe à la communication suivante.

Le vaccin du charbon, par M. *Pasteur*, avec la collaboration de MM. *Chamberland* et *Roux*.

Dans la lecture que j'ai faite à l'Académie le 28 février dernier, nous avons annoncé qu'il était facile d'obtenir le microbe charbonneux aux degrés les plus divers de virulence, depuis la virulence mortelle, c'est-à-dire qui tue, cent fois sur cent, cobayes, lapins, moutons, jusqu'à la virulence la plus inoffensive, en passant d'ailleurs par une foule d'états intermédiaires. La méthode de préparation de ces virus atténués est d'une merveilleuse simplicité, puisqu'il a suffi de cultiver la bactéridie très virulente dans du bouillon de poule à 42-43 degrés et d'abandonner la culture, après son achèvement, au contact de l'air à cette même température. Grâce à cette circonstance que la bactéridie, dans les conditions dont il s'agit, ne forme pas de spores, la virulence d'origine ne peut se fixer dans un germe, ce qui arriverait infailliblement à des températures comprises entre 30 et 40 degrés et au-dessous. Dès lors la bactéridie s'atténue de jour en jour, d'heure en heure, et finit par devenir si peu virulente qu'on est contraint, pour manifester en elle un reste d'action, de recourir à des cobayes d'un jour. Cette virulence si faible, si près de s'éteindre, nous a portés naturellement à multiplier les expériences, afin d'arriver, s'il était possible, à des atténuations encore plus grandes. Nous y sommes parvenus en prenant pour point de départ la bactéridie la plus virulente que nous ayons eue jusqu'à présent entre les mains. C'est précisément celle dont j'ai parlé dans ma lecture du 28 février, provenant de la germination de corpuscules-germes de quatre ans de durée. Cette bactéridie a pu être maintenue sans périr plus de six semaines à 42-43 degrés. L'expérience a commencé le 28 janvier. Dès le 9 février, sa culture ne tuait plus les cobayes adultes. Trente et un jours après, le 28 février, une culture faite à 35 degrés, préparée à l'aide du flacon toujours maintenu à 42-43 degrés, tuait encore les très jeunes souris, mais non les cobayes, les lapins et les moutons (1). Le 12 mars, c'est-à-dire quarante-trois jours après le 28 janvier, une culture nouvelle ne tuait plus ni souris ni cobayes, pas même les cobayes nés depuis quelques heures seulement. Nous avons été ainsi mis en possession d'une bactéridie qu'il est impossible de faire revenir à la virulence...

Les considérations et les faits suivants ne sont pas moins dignes d'intérêt. Dans ma lecture du 28 février, j'ai fait observer que le microbe charbonneux se distingue de celui du choléra des poules par l'absence probable, dans les cultures de ce dernier, de germes proprement dits. Toutes les cultures, en effet, du microbe du choléra des poules finissent par périr, soit qu'on les conserve au contact de l'air, soit qu'on les enferme dans des tubes clos en présence de gaz inertes, tels que l'azote et le gaz carbonique. Le microbe du charbon, au contraire, se résout dans ses cultures en corpuscules brillants, formant poussière, qui sont de véritables germes... Ce sont eux que nous avons vus se multiplier dans les terres autour des cadavres charbonneux, ensuite ramenés par les vers de terre à la surface, où ils souillent les récoltes et deviennent les agents de propagation de la terrible maladie dans les étables ou sur les terres de parcage.

Nous arrivons ainsi à nous poser la question suivante, si digne d'être méditée quand on la considère du point de vue élevé des principes de la philosophie naturelle : tous ces virus charbonneux atténués qui nous occupent sont-ils capables, eux aussi, de se résoudre en corpuscules-germes, et, si la réponse est affirmative, quels sont les caractères de ces derniers? Reviennent-ils d'emblée à la virulence des germes de la bactéridie virulente d'où on les a tirés par la méthode d'atténuation précédemment exposée? sinon, se confondent-ils avec ceux d'une bactéridie sans virulence aucune? Ou bien, enfin, ces germes, multiples dans leur nature, fixent-ils et pour toujours les virulences de leurs bactéridies propres, ajoutant ainsi aux connaissances médicales et aux grandes lois naturelles ce principe nouveau de l'existence d'autant de germes qu'il y a de sortes de virulences dans certains virus animés? C'est cette dernière proposition qui est exacte. Autant de bactéridies de virulences diverses, autant de germes dont chacun est prêt à reproduire la virulence de la bactéridie dont il émane.

(1) Les souris sont plus sensibles au charbon que les cobayes.

M. *Bouley* fait remarquer que M. Toussaint n'a pas persisté longtemps dans sa première interprétation des faits qu'il avait observés. De lui-même il a reconnu qu'elle était erronée, et la rectification qu'il en a faite se trouve inscrite dans l'un des procès-verbaux des séances de l'*Association pour l'avancement des sciences*, dont la dernière session se tenait à Reims au mois d'août dernier.

Sur la fermentation de l'urée. Note de M. *Ch. Richet*. — Dans une note communiquée à l'Académie (séance du 28 février 1881), les auteurs avaient énoncé ce fait que la muqueuse stomacale des chiens morts d'urémie transforme rapidement l'urée en carbonate d'ammoniaque (à une température de 35 degrés). En poursuivant cette étude, ils ont constaté que l'estomac de divers chiens, morts de toute autre manière, a absolument le même effet. Des estomacs d'hommes, de lapins développent aussi très bien la fermentation ammoniacale de l'urée pure. Il est probable que cette fermentation est due à un ferment organisé, la *torula*, décrite par M. Pasteur et M. Van Tieghem. Les autres tissus organisés ont une action analogue sur la fermentation. Il n'est pas douteux que cette fermentation de l'urée n'ait lieu dans l'estomac des animaux vivants, quand, par suite de l'exosmose de l'urée, cette substance se trouve dans les liquides gastriques. Par conséquent, la formation de l'ammoniaque dans l'urémie semble due à la fermentation intra-stomacale de l'urée par des organismes microscopiques.

Propriétés physiologiques et thérapeutiques de la cédrine et de la valdivine. Note de MM. *Dujardin-Beaumetz* et *A. Restrepo*.

Au mois de décembre dernier, M. Tanret communiquait à l'Académie les résultats de l'analyse de deux fruits de la Colombie, le cédron (*Simaba cedron*, J. E. Pl.) et le valdivia (*Picrolemna valdivia*, G. Pl.), souvent confondus sous le nom de *noix de cédron;* M. Tanret donna le nom de *cédrine* et de *valdivine* aux principes actifs retirés par lui de ces fruits. Nous avons étudié chez les animaux et chez l'homme l'action physiologique et thérapeutique de ces deux substances, et voici les résultats de nos expériences.

La valdivine possède des propriétés toxiques au plus haut degré; à la dose de 2 à 4 milligrammes, en injection hypodermique, elle détermine la mort d'un lapin de 2 kilogrammes, et celle d'un chien de taille au-dessus de la moyenne à la dose de 6 milligrammes. La caractéristique de son action est la lenteur avec laquelle elle se produit; en effet, la mort n'a lieu que de cinq à dix heures après l'injection, même si la dose injectée est plusieurs fois mortelle. Chez les chiens, la valdivine provoque des vomissements violents, presque continus; les lapins ne vomissent pas, mais quatre ou cinq heures après l'injection ils tombent dans un état de profonde torpeur, qui persiste jusqu'à la mort, mort qui survient lentement et n'est point précédée de convulsions.

Chez l'homme, par la voie stomacale, la valdivine, à la dose de 4 milligrammes, provoque souvent des vomissements au bout d'une demi-heure; par la voie hypodermique, cette action est plus lente et moins constante. Administrée contre les morsures de serpent et contre les inoculations de rage, la valdivine n'a jamais empêché la terminaison fatale. Cependant M. Nocard, qui l'a expérimentée à Alfort sur des chiens enragés, à la dose de 4 milligrammes par jour, a observé d'une manière constante la suppression complète des accès. Les animaux soumis à ce traitement restent insensibles à tout ce qui se passe autour d'eux et meurent sans avoir eu de convulsions. A l'autopsie, on constate une congestion beaucoup moins vive des organes génitaux que chez les animaux enragés non traités.

La valdivine ne paraît avoir aucune action sur les fièvres intermittentes.

La cédrine est beaucoup moins toxique que la valdivine; il en faut environ 10 centigrammes pour déterminer la mort d'un lapin de petite taille; à la dose de 4 milligrammes en injection hypodermique, elle produit des vertiges chez l'homme. Pas plus que la valdivine, la cédrine n'a d'action sur les morsures de serpent; toutefois, elle possède des propriétés fébrifuges incontestables,

quoique son action soit plus lente et moins sûre que celle du sulfate de quinine.

La valdivine et la cédrine ne produisent pas sur les grenouilles, même à doses élevées, de phénomènes toxiques.

(*A suivre.*)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. Noblet (de Châteauronard) relatif au *Traitement de l'angine couenneuse par le perchlorure de fer.*

L'Académie reçoit : 1° de M le docteur Chabannes (de Vals), une brochure sur *La vaccination et la revaccination obligatoire* ; 2° de M. le docteur Logerais (de Pougues), une étude sur le *Traitement des dyspepsies par les eaux de Pougues* (*Commission des eaux minérales*); 3° de M. le docteur Bazin (de Saint-Brice) un *Rapport sur la vaccine de Seine-et-Oise en* 1880 (*Commission de vaccine*) ; 4° des lettres de MM. Vigier, Marty et Baudrimont, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente : 1° au nom de M. le docteur Souligoux, une *Étude sur les alcalins* ; 2° le tome V du *Catalogue des pièces du Musée Dupuytren*, dressé par M. le docteur Houel ; 3° de la part de M. Husson (de Toul), une *Note sur l'absinthe* et une *Note sur les caractères de la viande saine et de la viande altérée* ; 4° au nom de M. le docteur Rumbold (de Saint-Louis), *The hygiene and treatment of catarrh* ; 5° de la part de M. le docteur Labor's (do Dublin), *The Report of the president medical superintendent of Richmond district lunatic Asylum of Dublin for the year* 1880 ; 6° au nom de M. le docteur Oidtmann (de Linnich), deux mémoires intitulés : *Die Niederlage der Impfzwanges und der Impfschutz* et *Sturz der Impfschutztheorie.*

M. le docteur *J. Rochard* fait hommage, de la part de M. le docteur Bérenger-Féraud, d'un ouvrage ayant pour titre : *Traité clinique des maladies des Européens aux Antilles* (*Martinique*).

M. le docteur *F. Guyon* offre ses *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, professées à l'hôpital Necker.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente un appareil, dit *pulmomètre gymno-inhalateur*, imaginé par M. le docteur Burq afin d'apprécier la force de l'expiration et de l'inspiration et, au besoin, pour faciliter l'inhalation des médicaments.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale. La liste de présentation est ainsi formée : en première ligne, M. Besnier ; en seconde ligne, M. Lunier ; en troisième ligne, M. Gallard ; en quatrième ligne, M. Vallin ; en cinquième ligne, M. Legrand du Saulle. — Au premier tour de scrutin, sur 90 votants, majorité 46, M. Besnier obtient 43 voix ; M. Gallard, 25 ; M. Lunier, 15 ; M. Vallin, 3 ; M. Legrand du Saulle, 1 ; M. Cusco, 1 ; et 2 bulletins blancs. — Au second tour, sur 89 votants, majorité 45, M. Besnier obtient 57 voix ; M. Gallard, 29 ; M. Lunier, 3. — En conséquence, M. Besnier est proclamé membre titulaire de l'Académie.

Inoculations de salive. — M. *Vulpian*, à propos des expériences rapportées par M. Pasteur dans la séance précédente concernant les accidents produits par l'inoculation à des lapins de la salive provenant d'enfants morts d'hydrophobie rabique et d'enfants ayant succombé à des bronchopneumonies, informe l'Académie qu'il a réussi à provoquer la mort assez rapide d'un lapin, en lui faisant subir une injection sous-cutanée de salive normale provenant d'adultes sains. Rappelant d'autres expériences de même ordre, il établit, en résumé, que de la salive normale, provenant d'adultes sains, peut déterminer par injection sous-cutanée, chez les lapins une affection mortelle due au développement et à la multiplication des microbes. Toutefois, les résultats ne sont pas constants. Dans deux expériences, les lapins ne sont pas morts et n'ont pas même présenté de troubles morbides appréciables.

Transfusion dans un cas de fièvre typhoïde. — M. le docteur *Gibert* (du Havre), donne lecture d'une observation de transfusion du sang dans un cas de fièvre typhoïde grave, compliqué d'hémorrhagie intestinale. Le malade, à la suite de cette hémorrhagie, qui s'était manifestée par l'expulsion par l'anus d'environ 1500 grammes d'un sang coagulé et d'une extrême fétidité au milieu d'une excitation cérébrale très vive, était dans un état d'affaiblissement et de prostration tels qu'il « présentait tous les signes de l'agonie ». Le malade a guéri. Nous publierons cette observation dans le prochain numéro. (Ce mémoire est renvoyé à une Commission composée de MM. Alph. Guérin, Maurice Raynaud et Vulpian.)

Vaccination et revaccination obligatoires. — Au nom de la Commission nommée pour préparer un projet de réponse à la demande d'avis adressée officiellement à l'Académie, à propos de la proposition de loi de M. le docteur Henry Liouville concernant la vaccination et la revaccination obligatoire, M. *Blot* donne lecture d'un intéressant rapport résumant les divers points de la question, bien des fois déjà examinée dans les colonnes de la *Gazette hebdomadaire*, en s'appuyant sur les travaux si nombreux envoyés chaque année à ce sujet à l'Académie, et sur les résultats et les exemples fournis par le service de vaccine. Les conclusions de ce rapport sont les suivantes :

1° Considérant que la vaccination est, sauf exceptions extrêmement rares, une opération inoffensive quand elle est pratiquée avec soin et sur des sujets bien portants ; 2° que, sans la vaccine, les mesures indiquées par l'hygiène (isolement, désinfection, etc., etc.) sont, à elles seules, insuffisantes pour préserver de la variole ; 3° que la croyance au danger de vacciner et de revacciner, en temps d'épidémie, n'est nullement justifiée ; 4° qu'enfin la revaccination, complément nécessaire de la vaccination, pour assurer l'immunité contre la variole, doit être pratiquée dix ans, au plus tard, après une revaccination réussie et répétée aussi souvent que possible, quand elle n'a pas été suivie de cicatrices caractéristiques, *l'Académie pense qu'il est urgent et d'un grand intérêt public qu'une loi rende la vaccination obligatoire ; quant à la revaccination, elle doit être encouragée de toutes les manières et même imposée par des règlements*

d'administration dans toutes les circonstances où cela est possible. — Les considérants scientifiques qui précèdent ces conclusions ont été adoptés à l'unanimité par la Commission; quant à la conclusion relative à l'obligation elle-même, elle n'a eu qu'un seul opposant.

M. *Depaul* déclare être prêt à signer des deux mains les conclusions du rapport, sauf en ce qui concerne l'obligation de la vaccination et de la revaccination. La loi proposée lui paraît odieuse et vexatoire, car elle usurpe le droit du père de famille sur ses enfants et violente la liberté individuelle. De plus, il la considère comme impuissante, car les sanctions pénales qu'elle édicte sont sans importance : l'amende sera payée sans difficulté par les personnes riches, les pauvres se feront donner un certificat d'indigent pour s'y soustraire; quant à l'affichage à la porte de la mairie, ce n'est, dit-il, que ridicule et le bulletin de vaccine qui devra être soumis à toute réquisition des agents de l'autorité ne l'est pas moins. Comment constater les contraventions à la loi, dans les grandes villes principalement, où l'on peut si aisément se soustraire à des recherches de ce genre? Aura-t-on recours à la délation? D'ailleurs, les lois semblables en vigueur dans les pays étrangers existent bien sur le papier, mais elles ne sont pas exécutées.

Qu'y a-t-il donc à faire en France pour propager davantage la pratique si utile de la vaccination? Il vaut mieux doter le service de la vaccine, dont les allocations sont si insuffisantes, 200 000 francs pour toute la France, soit 3 ou 4 centimes par vaccination; créer des centres de vaccine, afin de se servir de vaccin frais, vérifier soigneusement les résultats obtenus, rémunérer honorablement les médecins vaccinateurs, créer des inspecteurs pour assurer la régularité du service. Il ne faut pas s'effrayer des statistiques exagérées qui ont été produites à propos de la mortalité par la variole parmi les nations chez lesquelles la vaccination est ou n'est pas obligatoire; la question est trop complexe pour se prêter à des comparaisons de ce genre; c'est ainsi qu'on veut comparer l'épidémie variolique de 1870-71 sur la population parisienne et dans l'armée allemande qui investissait la capitale; mais les conditions hygiéniques étaient trop diverses pour que l'obligation de la vaccination puisse être invoquée en pareil cas. A ce sujet, M. Depaul rappelle les 80 000 vaccinations qu'il a pratiquées et les heureux résultats que le service de vaccine de l'Académie a produits sous sa direction dans ces difficiles circonstances. Il termine en reprochant au rapport de la Commission de n'être pas conséquent avec lui-même en ne demandant pas également comme la loi proposée, la vaccination obligatoire et il conclut en affirmant que la loi ne peut apporter que des troubles dans la population et qu'il y a tout avantage à ne pas la mettre au jour et à ne pas nous infliger les inconvénients qu'elle entraîne avec elle.

Dans la prochaine séance, M. Fauvel doit répondre à ce discours; MM. J. Guérin, Hervieux et Trélat sont également inscrits pour prendre la parole.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

De la contusion du testicule. — Cure radicale des hernies non étranglées. — Du morcellement des gros polypes utérins par la voie vaginale. — Sur la ligature de l'artère iliaque externe.

M. *Poncet* rapporte deux observations d'orchite traumatique suivie d'atrophie testiculaire. Un malade entre à l'hôpital le 21 février pour une orchite traumatique à gauche; il sort guéri le 3 mars. Le 20 mars, il n'y a plus d'induration, mais le testicule est d'un quart plus petit que l'autre.

Deuxième observation : le 1er février, un infirmier se contusionne le testicule contre un poteau en fer; il en résulte une épididymite. Le 23 mars, on remarque que le testicule a diminué de volume. Dans les deux cas, il n'y avait pas d'épanchement dans la tunique vaginale.

M. *Monod* : Dans les *Archives de médecine* de 1879, M. Rigal a étudié l'atrophie du testicule au moyen d'expériences faites sur les chiens.

M. *Terrillon* lira bientôt à la Société de chirurgie un mémoire sur l'épididymite traumatique.

— M. *le Secrétaire général* donne lecture d'un mémoire de M. *Reverdin* (de Genève) sur la cure radicale des hernies non étranglées. Deux fois, il a fait l'opération en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques. Une incision conduit sur le sac; on fait la ligature du collet avec le catgut, et on résèque le sac. Puis, au moyen de points de suture séparés, on rapproche les deux piliers de l'anneau; ce rapprochement est difficile à obtenir. Aussi, M. Reverdin pratique au-dessus du pilier interne des incisions libératrices pour rapprocher plus facilement. Les résultats ont été assez bons.

Chez un premier sujet, il s'agissait d'une hernie irréductible et douloureuse; elle était grosse comme le poing et ne pouvait supporter la pelote inguinale. M. Reverdin fit l'opération avec la méthode de Lister. Le malade guérit. Il mourut plusieurs mois après de péritonite tuberculeuse; on put s'assurer de la fermeture complète de l'anneau.

L'autre malade avait une épiplocèle douloureuse et irréductible par adhérence, à gauche. L'anneau inguinal était très élargi. Opération : résection de l'épiploon et sections pour rétrécir l'anneau. Le malade guérit et supporte facilement un bandage.

— M. *Pozzi* lit un travail sur le morcellement des gros polypes utérins par la voie vaginale (commission composée de MM. Guyon, Desprès et Monod).

— M. *Farabeuf* fait quelques remarques sur la ligature de l'artère iliaque externe. Il blâme les incisions verticales, qui risquent d'entamer le péritoine, et il fait ressortir l'incommodité des incisions trop rejetées vers le flanc. L'incision verticale ouvre, en effet, parfois le péritoine. D'un autre côté, quand on fait l'incision dans le flanc, on ne peut écarter facilement le paquet intestinal. Dans le procédé de Bogros, on incise près de l'arcade, on recherche l'épigastrique qui sert de guide, mais on risque de blesser les veines et les artérioles.

M. Farabeuf adopte le procédé de Marcellin Duval. Ce procédé a pour vrai père A. Cooper, qui fait l'incision en un point autre que celui qu'indique Malgaigne. A. Cooper a exécuté son procédé neuf fois sur le vivant; il faisait partir son incision du niveau de l'anneau inguinal externe (*abdominal ring*), mot anglais que Malgaigne a traduit par anneau inguinal interne; c'est une erreur historique à corriger.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Troubles trophiques et transfert de la sensibilité par irritation après l'élongation des nerfs : M. Quinquaud. — Lésion expérimentale d'un pédoncule cérébral : M. Laborde. — Influence du jeu des instruments à vent sur les voies respiratoires : M. Burcq. — Goutte d'origine végétale : M. Mégnin. — Anesthésie guérie par l'application de vésicatoires : M. Malécot. — Galvanomètres à aiguille fixe et à cadre mobile : MM. d'Arsonval et Marcel Deprez. — Altération des nerfs dans le pemphigus : M. Leloir. — De la différenciation physiologique : M. Delaunay. — Emploi et propriétés du vert de méthyle en histologie : MM. Balbiani et Henneguy. — Altération des os dans l'ataxie locomotrice : M. R. Blanchard. — Etude de la sensibilité acoustique : M. Gellé.

M. *Quinquaud* présente des cobayes offrant des troubles trophiques très marqués à la suite de l'élongation du sciati-

que : les deux doigts innervés par ce nerf sont tombés spontanément. Les nerfs trophiques semblent donc être atteints comme les nerfs sensitifs par l'élongation.

Après avoir élongé le nerf sciatique du côté droit, chez un cobaye, jusqu'à production d'anesthésie, M. Quinquaud a élongé le nerf du côté opposé, de manière à produire également l'anesthésie de ce côté; il a constaté alors que la sensibilité revenait dans le membre droit et qu'il pouvait même y avoir de l'hyperesthésie. Si c'est le nerf gauche qui a été élongé le premier, on fait cesser l'anesthésie en élongeant le nerf droit. Pour que l'expérience réussisse, il ne faut pas élonger le nerf jusqu'à obtenir une anesthésie persistante, et il faut opérer sur de jeunes animaux. L'auteur pense que le phénomène qu'il a observé vient à l'appui de la théorie de la dynamogénie de M. Brown-Séquard, et il propose de lui donner le nom de *transfert de la sensibilité par irritation*.

— M. *Laborde* montre également à la Société quelques cobayes ayant présenté des troubles trophiques à la suite de l'élongation du nerf sciatique, et chez lesquels la sensibilité commence à revenir deux mois après l'opération.

M. *Laborde* présente un chien auquel il a piqué l'un des pédoncules cérébraux, il y a dix jours, à l'aide d'un trocart, et sans provoquer de désordres graves : l'animal tourne constamment en marchant du côté de la lésion.

— M. *Burcq* a fait de nombreuses recherches sur l'influence du jeu des instruments à vent sur les voies respiratoires. On admet généralement, depuis Benoiston (de Châteauneuf), que la phthisie est beaucoup plus fréquente chez les musiciens de l'armée que chez les autres soldats : l'auteur s'est déjà élevé, il y a déjà vingt ans, contre cette assertion. Il résulte des nombreux relevés qu'il a faits de la mortalité par la phthisie, dans la population civile et militaire, que la meilleure prophylaxie contre la phthisie est l'usage du chant et des instruments à vent, qui, en développant les poumons, leur donnent une plus grande force de résistance.

M. Burcq présente un instrument, construit d'après ses indications, qui permet de graduer les efforts d'inspiration et d'expiration, de manière à développer le poumon par une sorte de gymnastique.

— M. *Mégnin* a trouvé dans les articulations des pattes d'une perruche de nombreux cristaux d'urates, identiques à ceux qu'on rencontre dans la goutte. Cette affection est du reste assez fréquente chez les animaux de volière, qui ne peuvent prendre beaucoup d'exercice; ces animaux ne se nourrissant que de grain, le fait observé par M. Mégnin prouve bien que la goutte n'est pas incompatible avec un régime purement végétal.

— M. *Malécot* communique l'observation d'une femme qui, à la suite d'un coup de couteau dans la région axillaire, eut une anesthésie complète des régions scapulaire et sous-claviculaire, du creux axillaire et de la partie supérieure du bras; la malade eut aussi de la parésie dans quelques doigts. L'anesthésie disparut progressivement par l'application successive de vésicatoires, d'abord sur le trajet du nerf médian, puis sur la cicatrice même dans le creux de l'aisselle. M. Dumontpallier, dans le service duquel était la malade, pense qu'il y a eu, dans ce cas, action sur la moelle par réflexe d'origine périphérique; c'est ce qui l'a conduit à appliquer des vésicatoires.

— M. *d'Arsonval*, en son nom et au nom de M. *Marcel Deprez*, son collaborateur, présente de nouveaux galvanomètres basés sur des principes entièrement nouveaux.

Ces appareils, beaucoup plus sensibles que les appareils actuellement connus, sont d'une construction infiniment plus simple. Le fil de cocon est supprimé; l'appareil oscille sur des couteaux à la façon d'une balance.

Enfin, l'appareil n'est plus influencé par le voisinage des corps magnétiques ou aimantés. Il est par conséquent à l'abri des perturbations provenant des masses de fer que l'expérimentateur peut avoir sur lui, ou du passage des voitures. On peut affirmer en toute sécurité que, si l'appareil dévie, c'est bien parce qu'il est traversé par un courant. Ajoutons que l'appareil n'a pas d'oscillations et qu'il est presque instantané dans ses indications. Ces résultats sont obtenus en modifiant un galvanomètre dû à M. Deprez.

Dans le nouvel appareil, le système magnétique *est fixe, et c'est le courant qui est mobile*. La partie mobile de l'instrument est donc un fil de cuivre ou d'aluminium, c'est-à-dire un métal *non magnétique*. La terre, par conséquent, n'a plus sur lui d'action directrice, et les corps magnétiques sont dans l'impossibilité de l'influencer.

M. *d'Arsonval* montre, par une série d'expériences et la sensibilité et l'exactitude des nouveaux appareils qui lui permettront de faire, dans des conditions exceptionnelles d'exactitude, des recherches d'électro-physiologie.

— M. *Leloir* présente des préparations de nerfs cutanés chez un malade atteint de *pemphigus diutinus*. Les nerfs, pris au niveau des bulbes, renferment un certain nombre de fibres offrant toutes les lésions de la névrite dégénérative atrophique : augmentation de la myéline en gouttelettes, disparition du cylindraxe, formation d'une couche claire se colorant en jaune par le picro-carmin, prolifération des noyaux.

— M. *Delaunay* expose les conclusions de ses recherches sur la différenciation dans l'espèce humaine, suivant les sexes, les âges, les constitutions, etc.; cette différenciation existe au point de vue anatomique, physiologique, pathologique et thérapeutique.

— M. *Henneguy*, au nom de M. *Balbiani* et au sien, fait une communication sur le mode d'emploi du vert de méthyle en histologie. Il existe deux sortes de vert de méthyle, l'un dit vert à l'iode, et l'autre vert lumière; ce dernier doit être seul employé. Introduit dans la technique histologique par Calberla en 1877, le vert de méthyle est un des réactifs colorants les plus sensibles; il s'emploie dissout dans l'eau pure ou additionnée de quelques gouttes d'acide acétique. La coloration se fait très rapidement pour les tissus animaux ou végétaux, soit à l'état frais, soit durcis par l'alcool ou l'acide osmique, plus lentement pour les tissus traités par l'acide chromique. Lorsqu'on a soin de ne pas employer des solutions trop fortes, seuls les noyaux des cellules se colorent et principalement les noyaux des éléments jeunes. Ceux de quelques éléments, tels que les cellules nerveuses, les vésicules germinatives des œufs avancés, ne se colorent pas.

Le vert de méthyle rend les plus grands services pour l'étude de la structure intime du noyau des cellules, soit à l'état de repos, soit à l'état de division, dont il colore uniquement la substance chromatique de Flemming; pour celle des organismes inférieurs, infusoires, rhizopodes, etc., dont il rend le noyau très apparent, et pour celle de la spermatogenèse, comme l'a déjà indiqué M. Balbiani dans ses leçons sur la génération des vertébrés.

Les préparations colorées par le vert de méthyle se conservent très bien dans la glycérine additionnée de quelques gouttes de la solution de vert. On peut également monter ces préparations dans le baume de Canada, en les colorant d'abord fortement de manière à enlever l'excès de coloration par l'alcool.

Enfin, le vert de méthyle donne avec le carmin le picro-carminate, l'éosine, la purpurine, etc., des doubles colorations très belles, surtout pour le testicule, l'ovaire, les centres nerveux, qui renferment des éléments ne se colorant pas par le vert.

— M. *R. Blanchard* fait connaître le résultat de nouvelles recherches sur les modifications des os dans l'ataxie. On pouvait se demander si les lésions ne différeraient pas, sui-

vant que les malades présenteraient des fractures spontanées ou l'usure des épiphyses. M. Blanchard a vu que dans l'un et l'autre cas la lésion était identique et demeurait telle qu'il l'a décrite précédemment. On se rappelle, en effet, que sur les os d'ataxiques, d'après les observations de M. Blanchard, les canaux de Havers se dilatent, par suite de la résorption du tissu osseux à leur pourtour, et que cette résorption va du centre à la périphérie de l'os.

Dans les cas où la lésion est très avancée, les canaux de Havers les plus voisins de la surface de l'os peuvent eux-mêmes s'élargir et communiquer avec l'extérieur par de vastes lacunes. La surface de l'os se montre alors dentelée et déchiquetée.

— M. *Gellé* présente les acoumètres électriques qu'il emploie depuis deux années. Dans l'étude de la sensibilité acoustique d'un sujet, il est important de noter comment sont perçus les sons graves et les sons aigus, et, de plus, on estime la capacité auditive par l'intensité du bruit nécessaire pour éveiller la sensibilité du nerf acoustique.

Le diapason, dont on se sert d'habitude, a le grave inconvénient de débuter par un son d'intensité maximum qui va s'éteignant plus ou moins vite, ce qui ôte toute rigueur scientifique à cette exploration.

L'important est d'avoir comme étalon un son constant, soutenu et simple et de pouvoir le modifier à volonté de ton et d'intensité; s'il est possible de mesurer ces variations; l'acoumètre ne laisse rien à désirer. M. Gellé dispose ses appareils de telle sorte qu'il est possible d'apprécier suffisamment dans la pratique (et avec une exactitude scientifique en employant les appareils de d'Arsonval) le ton et l'intensité du ton lancé dans l'oreille du sujet. Un diapason *la*₃ (pour les sons aigus) et le diapason-compteur (pour les graves) sont intercalés dans un courant de pile ; un téléphone de Bell conduit le son à l'oreille.

On obtient ainsi un ton grave ou aigu, continu, égal, constant, durable, qu'on produit ou qu'on éteint à volonté. De plus, en éloignant ou rapprochant la bobine à chariot, interposée dans le circuit, l'observateur peut *ad libitum* modifier l'intensité de ces sons et même les éteindre : il a donc ces deux facteurs de l'audition dans la main, le ton et l'intensité; il peut les mesurer sur la tige graduée qui indique les déplacements du chariot.

Grâce à la précision de cette méthode d'exploration de la sensibilité acoustique, l'auteur a pu constater comment et en quoi l'audition de la voix humaine diffère de celle des sons précédents.

Il est, en effet, fréquent de rencontrer dans la pratique des gens doués de la faculté d'ouïr très finement les sons graves et les sons aigus, mais qui font répéter leurs interlocuteurs, et constatent l'insuffisance de leur oreille pour la parole. Il ne suffit pas de présenter à l'organe en étude un son égal, et toujours le même, plus ou moins intense, et de constater qu'il est bien perçu, pour conclure que la fonction est intacte et que la voix parlée sera entendue. Rien de complexe comme le son de la parole humaine : c'est une succession rapide de sons d'intensité et de tonalité variées, avec des silences, des poses, des points d'orgues imprévus ; c'est la mobilité même de l'expression sonore. S'il y a des sujets incapables de soutenir une pareille variabilité des sensations sonores, bien qu'ils entendent d'ailleurs excellemment les sons simples, mêmes faibles, c'est que leur oreille est inhabile à se prêter à ces modifications, ou bien que les sons trop vite cessés lui échappent.

La durée de l'excitation est un élément important de la sensation ; mais plutôt n'est-ce pas l'accommodation de l'organe qui est en défaut ? L'auteur a essayé d'étudier ces phénomènes au moyen de ses diapasons-électriques.

Voici comment il procède : chez un sujet intelligent, qui se plaint d'entendre moins bien la conversation, on constate d'abord l'intégrité et même la finesse de l'audition des sons graves et aigus les plus faibles, puis, sans le prévenir, on fait brusquement et immédiatement succéder au premier son intense le même son très affaibli, en portant la bobine au point limite de l'audition, marqué d'avance. Or, il se passe un temps très appréciable entre l'émission du deuxième son faible et le moment où le sujet annonce l'entendue.

Au moyen d'un signal de Marcel Deprez, le temps peut être calculé. On a pu l'évaluer à plusieurs secondes en quelques cas. Le malade s'en rend parfaitement compte.

A quoi tient ce retard dans la sensation du deuxième son ? Ce n'est pas la durée qui lui manque pour être perçue : il finit par l'être, bien que tardivement.

L'organe de transmission est-il seul susceptible d'être incriminé? L'accommodation est lente et paresseuse. Est-ce défaut des muscles de la chaîne ? Est-ce qu'il y a obstacle physique à leur fonction ?

De cette analyse il semble qu'on peut conclure que l'audition des sons aigus ou graves annonce un état statique relativement bon de l'oreille ; mais la mauvaise adaptation aux sons rapides et variés de la voix parlée paraîtrait surtout indiquer un état dynamique anormal, une accommodation insuffisante.

SÉANCE DU 26 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Composition de l'urine dans la fièvre typhoïde et la méningite tuberculeuse ; urine bleue : M. A. Robin. — Recherches sur l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans l'hypnotisme chez les hystériques : MM. Charcot et Richer. — Constitution du sang des crustacés marins : M. Pouchet. — Elongation des nerfs : M. Mathias Duval. — Influence de l'asphyxie sur la circulation de la région bucco-labiale : MM. Dastre et Morat. — Surdité provoquée chez le cobaye : M. Gellé.

M. *A. Robin*, par le simple examen des urines, a pu préciser la nature de l'affection chez deux malades pour lesquels le diagnostic présentait une certaine difficulté. L'urine du premier sujet, âgé de quinze ans, était trouble, sa densité était 1018 ; l'urée y était à peine augmentée ; elle renfermait de l'albumine et beaucoup d'indican. Celle du second sujet, également âgé de quinze ans, était rouge, claire, sa densité était 1032, elle ne renfermait ni albumine, ni indican, mais beaucoup d'urée et d'uro-hématine. L'auteur diagnostiqua une fièvre typhoïde pour le premier malade, une méningite tuberculeuse pour le second ; la suite confirma le diagnostic.

Dans sept cas de méningite tuberculeuse, M. Robin avait déjà constaté les caractères que présentait l'urine du deuxième malade ; sur soixante-neuf cas de fièvre typhoïde, il n'avait rencontré presque jamais d'uro-hématine dans l'urine, mais, au contraire, beaucoup d'indican. On ne trouve d'uro-hématine dans l'urine, au début de la fièvre typhoïde, que lorsqu'il y a complication pulmonaire ou hémorrhagique, ou érysipèle de la face, et quand l'affection a dès l'origine le caractère franchement inflammatoire.

M. Robin montre de l'urine bleue, rendue par un garçon de douze ans, atteint de néphrite interstitielle ; l'urine a déjà cette coloration dans la vessie par suite d'une décomposition de l'indican.

— M. *Richer*, au nom de M. *Charcot* et au sien, communique le résultat de leurs recherches sur l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans l'hypnotisme provoqué chez certaines hystériques. Toutes les hystériques ne sont pas, en effet, susceptibles de présenter ce phénomène ; il n'apparaît que dans l'un des modes de l'hypnotisme, auquel M. Charcot a donné le nom de *léthargie hystérique provoquée*, par opposition à la catalepsie et au sommeil magnétique. Il suffit de malaxer légèrement les muscles du sujet hypnotisé pour obtenir une contracture permanente qui ne cesse que lorsqu'on produit la contracture des muscles antagonistes. Les muscles, les ten-

dons et les nerfs sont beaucoup plus excitables qu'à l'état normal. Le réflexe tendineux est exagéré, et, lorsqu'on le provoque à la jambe, il se produit aussi au bras du même côté. Quand le réflexe a été provoqué deux ou trois fois de suite, on obtient une contracture des muscles. Si l'on excite directement un nerf, le nerf cubital par exemple, on n'observe la contraction que des muscles innervés par ce nerf. En excitant un muscle, on amène sa contracture et celle des muscles synergiques. Enfin, en touchant les muscles de la face, on n'obtient pas de contracture permanente, mais seulement une contraction persistant pendant le temps que dure l'excitation. MM. Charcot et Richer ont pu, chez leurs hystériques, confirmer toutes les observations faites par Duchenne (de Boulogne) au moyen de l'électricité.

M. *Prévost* (de Genève) dit qu'en anémiant la moelle, chez un lapin, par compression de l'aorte, on provoque au début une exagération du réflexe tendineux, qui se produit également du côté opposé.

— M. *Pouchet* a constaté que le sang des crustacés marins renferme une grande quantité de chlorure de sodium, qu'il se coagule très rapidement et que le coagulum ne se redissout pas. On ne l'empêche pas de se coaguler en le battant. Le sang renferme deux sortes d'éléments figurés : des globules amiboïdes et d'autres plus gros, ovoïdes, remplis de granulations, formées d'une substance analogue à l'hémoglobine, mais incolore. Ces globules ne paraissent pas se segmenter. On peut retirer beaucoup de sang à une langouste sans que l'animal paraisse souffrir; un homard, au contraire, meurt rapidement.

M. Pouchet a observé un petit crustacé marin du genre polyphème, dans le système sanguin duquel circulaient un grand nombre de vibrions et de bactéries.

— M. *Mathias Duval*, en examinant la moelle d'un chien, tué quelques heures après l'élongation du sciatique, n'a rien trouvé qui pût faire soupçonner un arrachement des racines sensitives. C'est évidemment dans le ganglion des racines postérieures qu'il faudrait rechercher les lésions qui amènent la dégénération des tubes nerveux observée par M. Marcus.

— MM. *Dastre* et *Morat* ont fait connaître, dans deux notes antérieures, l'influence de l'asphyxie sur les mouvements du cœur et sur l'état de la circulation périphérique. Ils ont signalé un antagonisme remarquable qui existe entre les vaisseaux du revêtement cutané (pavillon de l'oreille, pulpes digitales, régions glabres et transparentes de la peau) qui sont dilatés par l'asphyxie, et d'autre part les vaisseaux de l'intestin qui, dans le même temps, se resserrent.

La région bucco-labiale est éminemment propre à ce genre d'observations, et elle permet d'analyser le mécanisme de l'action vaso-motrice asphyxique. Les vaisseaux de cette région se comportent comme ceux du tégument cutané; l'asphyxie les congestionne. L'observation du phénomène est subordonnée pratiquement à une condition importante, l'état de jeûne de l'animal. Quels sont les agents? Quel est le mécanisme de cette dilatation? L'expérience suivante répond de la manière la plus simple à ces questions : avant de pratiquer l'asphyxie, on coupe le sympathique cervical d'un côté. La congestion asphyxique se manifeste alors sur la muqueuse bucco-labiale, seulement du côté où le sympathique est intact; la muqueuse reste pâle du côté où le nerf a été coupé; le contraste est frappant.

Les travaux de Brown-Séquard et de P. Bert ont démontré l'action excitante du sang asphyxique sur les tissus. En ce qui concerne le système nerveux, Luchsinger a établi que l'action excitante du sang asphyxique porte primitivement sur l'axe encéphalo-rachidien. Notre expérience prouve que la congestion bucco-labiale d'origine asphyxique est subordonnée à l'intégrité du sympathique cervical chez le chien. La conclusion qui s'impose, c'est évidemment que les nerfs dilatateurs buccaux suivent la voie du sympathique, pour aller de l'axe rachidien à la bouche.

Voilà donc un troisième genre de preuve ajouté à ceux qui ont déjà été donnés par MM. Dastre et Morat, des propriétés vaso-dilatatrices du grand sympathique. Ils ont montré ces propriétés par l'excitation directe du cordon cervical isolé du vague. Ils ont ensuite manifesté cette action dilatatrice par la voie réflexe, en agissant sur le vague isolé du sympathique et sur quelques-unes de ses branches. Ils la manifestent enfin, aujourd'hui, par l'excitation asphyxique des centres nerveux.

— M. *Gellé* présente un cobaye chez lequel il a détruit le limaçon des deux côtés; l'animal n'a présenté aucun trouble moteur, mais il est devenu complètement sourd douze jours après l'opération.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Action thérapeutique du Sarracenia purpurea : M. Constantin Paul. — Nouveau mode de préparation des peptones : M. Petit. — Appareil pour la transfusion du sang : M. Roussel.

M. *Constantin Paul* désire appeler l'attention de la Société sur une plante du Canada, le *Sarracenia*. Cette plante, nommée *attrape-mouche* par Tournefort, possède des feuilles offrant la forme d'un long cornet recouvert d'un opercule qui se ferme lorsqu'un insecte pénètre à l'intérieur du pétiole conique; l'insecte tombe alors à la partie la plus déclive du cornet, et là serait digéré par un liquide spécial que sécrète cette plante carnivore. L'espèce la plus employée en thérapeutique est le *Sarracenia purpurea*, dont on a utilisé le rhizome et les feuilles. C'est en 1861 que les vertus antivarioliques du sarracenia furent vantées par Chalmers Miles et Morris; il n'avait été employé jusque-là que contre la migraine et la dyspepsie par le docteur Porcher (de Charlestown). Le principe actif de cette plante serait un alcaloïde, la sarracénine, dont l'existence est aujourd'hui contestée; quoi qu'il en soit, on prescrit le sarracenia en infusion à la dose de 2 grammes de poudre pour 200 grammes d'eau. M. C. Paul n'a retiré aucun effet de son usage dans la variole; mais, guidé par les recherches d'un médecin de la marine, M. Foucaut, et par celles de M. Leroy de Méricourt, il a employé l'infusion de sarracenia dans trois cas de goutte et de rhumatisme noueux; les accès de goutte semblent s'être éloignés, et les symptômes morbides avoir subi un amendement assez notable. Il ne peut encore tirer de conclusions certaines, mais il signale le fait afin que de nouvelles expériences viennent jeter quelque lumière sur la question.

M. *Blondeau* a employé l'infusion de sarracenia dans un cas de goutte chronique, il n'en a retiré aucun avantage, mais il n'a observé non plus aucun mauvais effet de ce remède pouvant contre-indiquer son emploi.

M. *Féréol* pense que les propriétés carnivores de cette plante pourraient justifier de nouvelles tentatives relativement à son action thérapeutique contre les dyspepsies.

— M. *Petit* emploie un mode nouveau, du moins quant aux doses, pour la préparation des peptones; il préfère la peptone pepsique à la peptone pancréatique à cause de l'odeur désagréable que conserve souvent cette dernière. Il emploie pour préparer la peptone chlorhydro-pepsique : 1 kilogramme de viande de bœuf hachée et 10 grammes de pepsine de porc; il acidifie la liqueur avec l'acide chlorhydrique et la maintient douze heures à l'étuve à 50 degrés. On filtre alors la solution, qui ne doit plus précipiter par l'acide nitrique, et on la neutralise par le carbonate de soude. Ces peptones ont le désavantage de communiquer au vin et aux élixirs une saveur aigrelette; aussi M. Petit a-t-il préparé des peptones avec l'acide tartrique, afin d'éviter cet inconvénient; les solutions obtenues par ce moyen renferment une faible proportion de crème de tartre, ce qui ne gêne en rien leur administration.

Les peptones ainsi obtenues sont conservées sous forme de cachets ou de poudre renfermée dans des flacons bien bouchés; cette poudre de peptone solide se dissout facilement dans le bouillon, auquel elle ne communique aucun mauvais goût. M. Petit a préparé de plus, au moyen du sublimé, du chlorure de sodium et des peptones, une solution renfermant du *peptonate de mercure*, c'est-à-dire le sel mercurique uni à une substance albuminoïde; cette solution présente l'avantage de pouvoir être employée en injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis, sans avoir à redouter une action irritante locale.

M. *Dujardin-Beaumetz* a employé à diverses reprises les peptones solides à la dose de 10 à 20 grammes dans du bouillon; il n'a eu qu'à se louer de cette préparation. Quant au peptonate de mercure, qu'il conviendrait mieux d'appeler *peptone mercurielle*, il a constaté son efficacité comme antisyphilitique, mais les injections hypodermiques ont été suivies d'indurations dans le tissu cellulaire sous-cutané.

M. *J. Michel* a employé les injections de peptone mercurielle chez un syphilitique qu'il soignait avec M. Fournier; ces injections, lorsqu'elles étaient faites sous la peau, s'accompagnaient de douleurs vives et d'induration persistante, mais la douleur était bien moindre et l'induration ne se produisait pas, lorsqu'on les pratiquait en enfonçant profondément l'aiguille creuse de la seringue de Pravaz. On injecta ainsi progressivement des doses de plus en plus élevées, jusqu'à 3 centigrammes, sans obtenir d'amélioration bien notable: il est vrai qu'il s'agissait d'un cas d'ataxie syphilitique.

M. *Dumontpallier* se demande dans quel but on cherche à revenir aux injections sous-cutanées mercurielles dans le traitement de la syphilis, alors que ce moyen douloureux et dangereux au point de vue des accidents locaux consécutifs avait été justement abandonné, et alors qu'on a sous la main une préparation aussi parfaite que la liqueur de Van Swieten.

M. *J. Michel* répond que, dans le cas dont il a parlé, il y avait urgence d'agir vite et de façon énergique. C'est ce qui avait engagé M. Fournier et lui à recourir aux injections hypodermiques.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit que cette méthode est précieuse lorsqu'une intervention rapide est nécessaire et qu'on peut craindre que les malades n'ingèrent pas leurs médicaments: on aura ainsi à sa disposition un moyen sûr d'action auquel on pourra recourir dans les hôpitaux militaires, ou dans les services de vénériens, comme le Midi, Lourcine ou Saint-Lazare. Certes, l'injection est douloureuse, mais elle possède une rapidité d'action supérieure même à celle des frictions mercurielles.

M. *Constantin Paul* rappelle que Liégeois avait constaté une action locale énergique des injections hypodermiques lors de syphilides végétantes. Il pense que la méthode des injections peut rendre de grands services chez les dyspeptiques ou chez les femmes syphilitiques au cours d'une grossesse accompagnée de vomissements répétés. Quant aux albuminates de mercure administrés par la bouche, ils sont en général mal supportés, à cause de l'acidité de la solution.

M. *Dumontpallier* croit que l'on oublie trop les vieilles méthodes; pour lui, il fait usage du procédé de Trousseau: le calomel à doses fractionnées permet d'obtenir la salivation en vingt-quatre heures et de tâter, si besoin est, la nature syphilitique d'une lésion; puis, le diagnostic étant confirmé, on institue le traitement par la liqueur de Van Swieten, et plus tard par l'iodure de potassium. Si l'on peut redouter des supercheries de la part des malades, on leur fera avaler devant soi le médicament, et on les obligera à parler ensuite, afin d'être certain de l'ingestion complète du remède.

— M. *Roussel* (de Genève) présente devant la Société un appareil pour la transfusion du sang. Cet appareil, dont il est l'inventeur, présente sur ceux de Mathieu ou de Colin cet avantage que l'on n'opère pas à ciel ouvert et que le sang extrait de la veine n'est nulle part en contact avec une paroi métallique susceptible de hâter la coagulation de la fibrine du sang ou de modifier sa composition. En effet, cet appareil entièrement en caoutchouc, se compose d'une ventouse annulaire destinée à s'appliquer sur la veine d'où l'on doit tirer le sang et qui porte à son centre une lancette mobile que l'on règle à volonté pour obtenir une incision plus ou moins profonde. La partie centrale de la ventouse annulaire, à laquelle la lancette forme bouchon, communique par un premier tube avec un récipient plein d'eau tiède, et peut, par un second, bifurqué à son extrémité, être mise en rapport avec la veine du malade. Ce second tube porte sur son trajet une ampoule de caoutchouc d'une contenance de 10 grammes de liquide et qui, par le jeu alternatif de deux soupapes, permet d'établir une aspiration sur le liquide du récipient ou sur le sang qui sort de la veine incisée, et de projeter ce liquide ou ce sang vers l'extrémité bifurquée du tube. Un robinet sert à établir ou à supprimer la communication avec le récipient qui contient l'eau tiède; un clamp spécial peut fermer alternativement chaque branche de bifurcation du tube terminal: chacune de ces branches se termine par une petite canule en caoutchouc durci. Pour pratiquer la transfusion, on place la ventouse sur la veine du sujet qui fournit le sang, on aspire l'eau tiède du récipient, de manière à remplir tout l'appareil, puis on ferme le robinet d'arrivée de cette eau; on introduit alors une des deux canules dans la veine du malade mise à nu et incisée en bec de flûte, et l'on ferme la bifurcation correspondante du tube. On pratique à ce moment la saignée par un léger choc sur la lancette, et on renouvelle l'aspiration; celle-ci s'exerce alors sur le sang, qui se précipite dans la cavité centrale de la ventouse: lorsque ce sang vient sortir rutilant par la branche libre de bifurcation, on la ferme à son tour, ouvrant par ce fait la première, et à partir de ce moment on injecte 10 grammes de sang au malade à chaque pression de la poire de caoutchouc, qui joue le véritable rôle d'un cœur intermédiaire. On doit injecter ainsi en moyenne de 150 à 300 grammes de sang.

M. Roussel a obtenu des succès constants au moyen de cet appareil; il a même constaté à diverses reprises qu'on peut par la transfusion du sang relever l'état général et obtenir la guérison d'amputés ou de blessés menacés d'une mort imminente par les progrès de l'adynamie ou de la cachexie: les phénomènes généraux s'amendent, la plaie reprend un bon aspect, la suppuration redevient louable, et la cicatrisation marche rapidement. Il a pu obtenir par le même procédé, qu'il regarde comme absolument inoffensif, de véritables résurrections chez des individus empoisonnés ou asphyxiés par submersion et en état de mort apparente.

— A cinq heures trois quarts, la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Du mode d'action du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par M. le professeur Vulpian.

C'est en 1877 que M. G. Sée a communiqué à l'Académie les observations sur le traitement de l'arthritisme aigu par le salicylate de soude, préconisé par MM. Buss et Stricker. Aujourd'hui, l'accord est unanime. Aucun médicament ne possède, dans le rhumatisme aigu, une action comparable à celle du salicylate de soude. Cette action se fait souvent sentir au bout de vingt-quatre heures. Dans la plupart des

cas, c'est au bout de quatre à cinq jours que la fièvre tombe et que les douleurs se calment.

Toutes les formes du rhumatisme ne sont pas justiciables du salicylate de soude. Le médicament échoue dans le rhumatisme blennorrhagique, même dans les formes polyarticulaires. Il a peu d'efficacité dans le rhumatisme subaigu; il échoue dans le rhumatisme chronique, dans le rhumatisme noueux (rhumatisme d'Heberden); dans les névralgies rhumatismales, dans les paralysies et les affections cutanées relevant de la même diathèse. Il n'a aucune influence sur les manifestations viscérales et principalement sur les affections rhumatismales du cœur, la pleurésie, les paralysies.

Quoi qu'il en soit, l'action du salicylate sur les accidents articulaires aigus du rhumatisme est un fait considérable en thérapeutique et dont on a tout d'abord cherché à se rendre compte. Les hypothèses se sont multipliées.

M. G. Sée affirme que le médicament ne saurait être considéré comme un antipyrétique; il n'éteint ou ne modère la fièvre que secondairement. Toujours son action se porte primitivement sur les jointures, sur la douleur arthritique.

On n'est pas plus fondé à invoquer, soit une action diurétique, soit une dénutrition, soit une influence spéciale sur de prétendus ferments.

En résumé, de toutes les hypothèses avancées pour expliquer l'action du salicylate de soude, aucune ne réunit un faisceau de preuves satisfaisantes.

Celle que propose M. le professeur Vulpian aura-t-elle plus de succès? Il pense que les effets curatifs du salicylate sont dus à l'action de ce sel sur les éléments anatomiques. On ne peut pas considérer le salicylate comme un analgésique; il n'a aucune action sur la sensibilité, et on l'a administré maintes fois sans succès pour calmer des céphalalgies, les douleurs lancinantes du *tabes*. Nous venons de dire qu'il ne modifie en rien les souffrances du blennorrhagique rhumatisant.

Le salicylate de soude agit-il sur les vaisseaux par l'intermédiaire des vaso-moteurs, de manière à déterminer une action constrictive? Diminue-t-il l'apport du sang à la synoviale enflammée? Mais cette action localisée n'aurait pas de raison d'être. Rien ne peut la démontrer. Rien n'autorise à admettre que le salicylate de soude produit le resserrement général des vaisseaux. Il est aussi difficile, d'un autre côté, de supposer que le salicylate produise une dilatation générale des vaisseaux, de façon à répartir dans toute l'économie l'hyperhémie primitivement locale des tissus articulaires affectés tout d'abord par la maladie. Ces éléments deviendraient, par l'incorporation du sel, réfractaires à l'irritation rhumatismale. Ceux d'entre eux qui ont été déjà atteints sont rapidement modifiés par le médicament, et les éléments sains acquièrent une immunité particulière. (*Journal de pharmacie*, janvier 1881.)

Une cause rare de l'ileus, par M. Friedlænder.

En présentant les pièces anatomiques d'un cas d'ileus à la Société médicale de Berlin, Friedlaender faisait remarquer que sa cause était évidemment un corps solide qui remplissait la partie de l'intestin située immédiatement au-dessus de la valvule de Bauhin. Dans le reste, du tube digestif, on constatait au milieu des liquides un grand nombre de concrétions du même genre mais plus petites, et dans l'estomac une série de grosses masses pesant ensemble 960 grammes. Les concrétions sont irrégulières, allongées ou sphériques, brunâtres; la tranche en est brillante, striée. L'estomac est le siège d'une gastrite chronique hyperplasique.

Ce cas rappelle beaucoup un fait de Langenbuch, dans lequel une énorme concrétion de l'intestin grêle fut extraite par la laparotomie, sans que l'on put arriver à se rendre compte de sa nature. Dans le cas particulier, grâce à une enquête très minutieuse, on put arriver à découvrir la vérité.

Les concrétions étaient de la laque. Il suffit de la dissoudre dans l'alcool, ce qui est très facile pour en constater les principaux caractères.

Mais comment ce corps avait-il pénétré dans le tube digestif? Ici nous cédons la parole à l'auteur, crainte de paraître exagérer.

L'individu était un buveur, et absorbait l'alcool sous toutes formes, même — il était menuisier — *sous forme de vernis*. L'alcool était immédiatement resorbé dans l'estomac, la laque se précipitait et se déposait: d'où les grosses concrétions de l'estomac, dont une, pénétrant dans l'intestin, occasionna la mort. Cette habitude du malade était connue pendant sa vie. On sut plus tard que les apprentis ébénistes de Berlin, Postdam (peut-être ailleurs!!) sont très sujets à cette habitude et que les patrons ne leur confient que des quantités bien mesurées du vernis. (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 1.)

Une nouvelle méthode d'inhalation permanente, par M. Feldbausch.

Cette méthode est un perfectionnement de la fameuse cigarette de camphre de Raspail; elle n'en est pas moins intéressante. Elle consiste à introduire dans les cavités nasales de petits tubes ou des capsules contenant un morceau de flanelle ou de papier buvard imbibé de la substance à inhaler. L'auteur affirme que ces petits engins sont à peu près invisibles et ne défigurent pas les malades. On comprend immédiatement l'utilité d'un pareil procédé qui peut donner, en effet, une inhalation permanente; on comprend aussi qu'il est facile de doser la substance médicamenteuse, de la varier, de la changer au gré du médecin. Feldbausch a utilisé sa méthode pour faire inhaler de l'acide phénique, dans les cas de bronchite catarrhale, il en a obtenu de bons résultats. Il rappelle que Moritz (*Petersb. med. Zeitung*, 1876) a déjà publié des faits du même genre: ce dernier opérait en pulvérisant des solutions phéniquées dans l'atmosphère de la chambre des malades et en y suspendant des draps imbibés de la même solution. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 47.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

De la syphilis des verriers, hygiène et prophylaxie par la visite sanitaire, par le docteur Guinand. In-8° de 64 pages.— G. Masson. Paris, 1881.

On comprend facilement comment les verriers sont très exposés à contracter la syphilis buccale, et cela pour plusieurs raisons: nous n'avons pas besoin d'insister sur les moyens directs de contagion par la canne de soufflage et par la bouteille ou le gobelet commun où ils boivent fréquemment. Le point important à relever, c'est que la canne de soufflage n'est jamais un outil personnel; qu'une canne qui pour le moins passe dans trois mains sert souvent à plusieurs équipes, à des suppléants, à des ouvriers d'un four voisin, etc. Ajoutons que la canne passe souvent de l'un à l'autre quand elle est encore chaude et humide. Voilà la cause de contagion, mais à côté d'elle il existe bien d'autres particularités spéciales au verrier et qui l'exposent plus qu'un autre à contracter la syphilis buccale.

1° La bouche est un des organes les plus exposés aux accidents secondaires, et cela même chez ceux qui n'ont aucune raison pour avoir cette partie du corps plus particulièrement atteinte.

2° Chez les verriers, par le fait même du soufflage, la muqueuse labio-gingivale est souvent irritée, elle est le siège fréquent

de solutions de continuité qui favorisent l'inoculation du virus syphilitique.

3° Enfin l'irritation constante de la muqueuse facilite la production d'accidents secondaires souvent même longtemps après qu'ils ont disparu et les éternise, comme cela a lieu chez les fumeurs et chez tous ceux qui ont une cause quelconque d'irritation. Il en résulte que : 1° la cause et la contagion est facile; 2° Que l'état constant de la muqueuse favorise l'éclosion, le développement et la durée des accidents, toutes circonstances qui aident à développer le mal chez les verriers. Cette transmission de la syphilis chez les verriers fut prouvée pour la première fois par Rollet en 1858. — A Rive-de-Gier, on a observé plusieurs épidémies dues à ce mode de contagion; la première, en 1862, vingt personnes atteintes. En 1863, à Faymereau (Vendée). A Montluçon, en 1867, la syphilis atteignit plus de trente personnes, et se présenta avec un caractère de gravité tout à fait exceptionnel. Outre les petites épidémies que nous venons d'énumérer, l'auteur cite encore plusieurs faits particuliers, desquels la maladie s'est répandue sur d'autres ouvriers ou dans les fabriques. Quels sont les meilleurs moyens d'empêcher ces accidents? L'embout de Viennois, qui était un assez bon préservatif, a été mis de côté presque aussitôt par les ouvriers. Reste donc la visite sanitaire méthodique; elle doit remplir plusieurs indications: 1° être faite complètement; 2° séparer l'ouvrier qui porte le moindre accident; 3° guérir aussi vite et aussi complètement que possible les inflammations de la bouche de nature non syphilitique qu'on trouverait chez les ouvriers.

Manuel de chimie médicale et pharmaceutique, par M. A. Riche. Troisième édition, 1 vol. in-12 de 850 pages, avec 125 figures dans le texte. — Germer-Baillière. Paris, 1881.

Cette nouvelle édition de l'ouvrage de M. Riche met son livre au courant des découvertes les plus récentes, surtout de celles de la chimie biologique dont les progrès, quoique encore trop restreints, ont été cependant remarquables. C'est, en effet, surtout sur cette partie qu'ont porté les additions et là qu'il importe de voir quel a été l'effort de l'auteur. Les travaux et les publications de M. Wurtz, surtout le savant *Dictionnaire de chimie* publié sous sa direction, ont vulgarisé la connaissance des formules atomiques et de la théorie dont ces formules sont l'application; on pouvait donc croire qu'une édition nouvelle d'un ouvrage de chimie médicale emploierait la notation atomique, qu'on demande aux examens de la Faculté de médecine; cependant M. Riche a conservé les anciennes formules avec la notation en équivalents. — Quelles ont été les causes de cette décision? Elles sont multiples, d'après l'auteur :

« S'il était besoin de me justifier, dit-il, je citerais les paroles que prononçait M. Berthelot le 12 juillet 1880 à l'Académie des sciences : « Une seule loi demeure applicable aux éléments avec » un caractère absolu et universel: c'est l'invariabilité des rapports » de poids suivant lesquels les éléments se combinent entre eux, » c'est-à-dire la notion même des équivalents. C'est aujourd'hui le » seul fondement inébranlable de la science chimique. » Outre cette raison purement scientifique et qui prouve le désaccord des maîtres, M. Riche en invoque une autre, plus pratique peut-être: c'est que dans la plupart des cours supérieurs l'enseignement de la chimie se fait en employant les formules en équivalents; il en est ainsi à la Sorbonne, dans plusieurs cours, au Collège de France, au Muséum, à l'Ecole polytechnique, à l'Ecole des arts et métiers, à l'Ecole centrale, à l'École de pharmacie. Nous objecterons qu'à la Faculté de médecine les formules atomiques sont exigées aux examens et que cette seule considération suffira souvent à empêcher les étudiants de se servir du livre de M. Riche.

Nous savons bien qu'un tel argument ne saurait prévaloir contre des raisons de l'ordre scientifique : cependant il a sa valeur, car plus les sources où l'on peut puiser sont nombreuses, mieux cela vaut, surtout quand ces sources sont bonnes et c'est là assurément le cas du livre de M. Riche. Nous nous serions probablement abstenu de soulever cette discussion si M. Riche lui-même n'avait en quelque sorte semblé vouloir y répondre par avance en faisant remarquer que, pour éviter l'inconvénient de ne plus s'entendre, il a mis en tête de chaque corps le poids de l'atome ou de la molécule du corps, et que dans plusieurs paragraphes (36, 50 et 80 *bis*) il a donné sur la théorie atomique les explications nécessaires et suffisantes. Eh bien, qu'il nous permette de lui dire qu'il n'a pas fait assez pour un manuel dans lequel il s'adresse à des élèves et non à des savants; il eût put sans inconvénient, croyons-nous, donner en note les formules atomiques sans les faire intervenir dans la théorie et permettre ainsi aux travailleurs de trouver dans son livre des éléments suffisants de comparaison.

C'était surtout sur ce point théorique que nous voulions appeler l'attention de nos lecteurs. Que nous servirait-il, en effet, de passer en revue les différents chapitres du livre? Nous écririons bien des pages et nous produirions le mauvais résumé d'un manuel, ou bien il faudrait à chaque chapitre répéter une louange banale dont l'auteur pas plus que le lecteur n'a que faire.

Cependant, nous ne pouvons nous borner à ces généralités sur la nouvelle édition du livre de M. Riche; car, en nous plaçant au point de vue exclusivement médical, il est une partie sur laquelle nous devons insister, tant parce qu'elle a été l'objet de soins tout spéciaux que parce qu'elle nous est, à nous médecins, d'une utilité immédiate : c'est la toxicologie; nous ne nous occuperons pas des symptômes qui forcément sont très écourtés, mais nous dirons que deux points sont développés avec tout le soin qu'ils méritent : 1° la recherche des substances toxiques dans l'organisme et toutes les manifestations chimiques que réclame cette délicate opération; 2° les modifications intimes que subissent, sous l'influence des poisons, les substances qui composent nos tissus et les liquides de l'organisme. Sous ce rapport, nous ne saurions trop recommander la lecture de la toxicologie de l'arsenic, du phosphore, du plomb, etc., etc.

Le chapitre consacré aux alcaloïdes est un des plus important de l'ouvrage. M. Riche, et en cela il a fait preuve d'une grande connaissance des nécessités de son public, M. Riche a compris que, pour des médecins, il ne fallait pas se borner à ranger les alcaloïdes dans leur série chimique et à montrer par leur analyse ou par leur synthèse à quelle famille ils appartiennent : il a su, se plaçant au point de vue médical et pharmaceutique, résumer toutes les connaissances utiles sur ces corps si importants; le médecin trouvera dans ce passage toutes les données utiles et suffisantes pour l'éclairer dans l'usage et la recherche de ces corps.

Que dirons-nous de la chimie biologique que M. Riche a résumée dans 150 pages? qu'il y a rappelé tout ce qu'on sait; que tous les procédés nouveaux de recherche clinique y sont mentionnés? Ce seraient là autant de redites inutiles, car un manuel qui ne saurait rappeler ces notions importantes perdrait son utilité, et c'est là justement le mérite de l'édition actuelle de la *Chimie* de M. Riche, que rien n'a été négligé pour qu'elle reste aussi longtemps que possible suffisante aux praticiens comme aux élèves.

VARIÉTÉS

LA LAÏCISATION DES HÔPITAUX.

Ce n'est pas sans quelque hésitation que la *Gazette hebdomadaire* aborde l'examen de cette question, qui, à peine soulevée, divise déjà le corps médical et provoque les plus aiguës discussions. Sans aucun doute, le service hospitalier comporte de nombreuses améliorations; il s'agit seulement de savoir si ces améliorations rencontrent dans l'organisation actuelle de sérieux obstacles. Nous ne connaissons ici ni congréganistes, ni libres-penseurs, et c'est au point de vue des intérêts divers des malades que nous nous placerons exclusivement.

Les avis des personnes les plus compétentes, c'est-à-dire des médecins des hôpitaux, se sont partagés sur la question, et il convient tout d'abord de relever quelques erreurs, involontaires sans nul doute, que nous trouvons dans l'avant-dernier numéro du *Progrès médical* (19 mars 1881), journal qui paraît avoir pris la direction du parti de la laïcisation. Il s'agit de la protestation signée par un certain nombre de médecins et qui a été publiée le 10 mars.

Rétablissons donc les chiffres et leur valeur. Ceux de nos lecteurs qui voudront contrôler cette rectification devront consulter les listes des médecins et chirurgiens honoraires ou en exercice des hôpitaux, celle des médecins et chirurgiens du bureau central, et avoir en même temps sous les yeux l'article du *Progrès médical* que nous avons signalé.

Les 69 adhérents à la protestation des 8 et 10 mars se répartissent ainsi :

56 (et non 51) médecins ou chirurgiens chefs de service.
9 (et non 8) médecins ou chirurgiens honoraires.
4 médecins ou chirurgiens du bureau central.

D'autre part, « en réunissant les médecins des hôpitaux et ceux du bureau central aux chirurgiens des hôpitaux et à ceux du bureau central, nous trouvons, dit le *Progrès médical*, 155 médecins ou chirurgions en exercice. » Il y a encore ici une erreur : les médecins en exercice sont au nombre de 93 (dont 14 du bureau central) et les chirurgiens en exercice au nombre de 43 (dont 10 du bureau central) ; cela fait seulement 136 *et non pas* 155.

Poursuivons. Sur ces 136 personnes (*et non* 155) auxquelles les protestations ont été présentées, 60 (*et non* 55) ont signé. Nous avons donc, non pas, comme le dit le *Progrès médical*, un peu plus du tiers du corps médical (*en exercice*) des hôpitaux, mais 60 sur 136 (soit la moitié moins 8) qui ont adhéré aux protestations des 8 et 10 mars.

Telle était la situation exacte le 15 mars. Une nouvelle liste d'adhérents aux protestations comprend :

12 médecins ou chirurgiens titulaires.
8 médecins ou chirurgiens honoraires.
6 médecins ou chirurgiens du bureau central.

De telle sorte que, à l'heure actuelle, nous comptons parmi les signataires :

68 médecins ou chirurgiens titulaires.
17 médecins ou chirurgiens honoraires.
10 médecins ou chirurgiens du bureau central.

Groupons ces chiffres et nous voyons que, sur 136 médecins ou chirurgiens *en exercice*, 78 ont signé, tandis que 56 n'ont pas adhéré ou protesté par écrit. La majorité plus 8 est donc acquise à la protestation parmi les médecins et chirurgiens en exercice.

Cette majorité est encore plus accentuée parmi les médecins et chirurgiens honoraires, puisque sur 18 médecins 13 ont adhéré, et sur 7 chirurgiens 6 ont adhéré.

En résumé, le corps médical des hôpitaux (médecins et chirurgiens titulaires et honoraires) a protesté par 95 voix contre 66 en faveur du maintien des religieuses « au seul point de vue du service et de l'intérêt des malades ».

Telle est la vérité qui ressort des chiffres. Il était bon de la montrer et de ne pas laisser répéter que les deux tiers des médecins et chirurgiens n'ont pas signé la protestation, tandis que, tout au contraire, les deux tiers moins 11 voix (ou la moitié plus 15 voix) ont jugé convenable de faire connaître leur opinion défavorable au changement projeté.

Rapprochez ces 95 signatures des 8 signataires qui ont, le 16 mars, non pas demandé la laïcisation, mais seulement déclaré qu'ils sont « satisfaits de l'intelligence et du dévouement du personnel placé sous leurs ordres » et que « l'on *peut* rencontrer chez les surveillantes et sous-surveillantes laïques les qualités professionnelles indispensables à l'accomplissement de leurs devoirs » ; vous pourrez alors apprécier exactement quelle est, sur la mesure projetée, l'opinion du corps médical des hôpitaux.

Le *Progrès médical* s'étonne de trouver parmi les protestataires des israélites, des protestants, des libres-penseurs « qu'on ne se serait guère attendu à voir figurer sous la bannière du cléricalisme ». Il suppose « une coalition d'influences diverses, une sorte de contagion épidémique », là où il n'y a, au contraire, qu'une manifestation indépendante dictée par des considérations étrangères à toute idée de secte ou de parti. Cette réunion de gens dont les opinions religieuses ou philosophiques sont si différentes n'est-elle pas la meilleure preuve de leur sincérité ?

Il y a fort heureusement dans le monde éclairé, et dans le corps médical en particulier, une foule de gens qui aiment à se dégager de tout parti pris, à juger par eux-mêmes sans subir les mots d'ordre ; se défiant par instinct de toute déclamation stérile, appréciant en toutes choses la mesure et les convenances et que révoltent les procédés autoritaires, d'où qu'ils viennent. Ces esprits modérés dont nous tiendrons à honneur d'être l'interprète, n'attribuent pas au service hospitalier, tel qu'il est actuellement organisé, une perfection idéale. Ils reconnaissent sans difficulté la valeur des hospitalières laïques et le dévouement dont elles ont fait preuve en mainte occasion. Ils voudraient qu'on jugeât avec une égale impartialité, en dehors de tout esprit clérical ou anticlérical, les services rendus par les congrégations qu'on veut expulser aujourd'hui et vis-à-vis desquelles on paraît décidé à employer des procédés sommaires qui leur paraissent regrettables. En définitive, fera-t-on mieux? Si nous en étions sûr, nous serions à l'instant contre les congréganistes ; mais examinons.

L'administration des hôpitaux emploie aujourd'hui, en chiffres ronds, 3000 personnes. Dans ce chiffre figurent 400 congréganistes de différents ordres. Le traitement qui leur est affecté est de 200 fr. par an. Elles ont le logement et le réfectoire. Il ne nous paraît pas facile de remplacer du jour au lendemain un pareil personnel. On nous parle d'écoles d'infirmières. C'est assurément une institution utile et qu'il faut encourager ; mais on imagine difficilement qu'on trouvera dans cette catégorie d'élèves un personnel pouvant remplir dès à présent les fonctions de surveillantes ou de sous-surveillantes. Ces écoles sont destinées à donner quelques notions élémentaires, indispensables à ceux qui veulent soigner le malades. On peut y former de bonnes infirmières ; mais les fonctions plus élevées de surveillantes, même de sous-surveillantes demandent de tout autres aptitudes. Il s'agit de diriger un service, de s'y faire obéir. Cette autorité, acceptée chez la religieuse par le personnel du service, le sera-t-elle aussi facilement quand elle aura pour représentant une personne que son caractère, ses habitudes ne séparent en aucune forme de ses subordonnés ? Remarquons bien qu'il ne s'agit pas de 400 infirmières, mais bien de 400 surveillantes ou sous-surveillantes. Où les trouvera-t-on ? On ne nous parle que d'écoles d'infirmières. Ce n'est pas là qu'on peut s'adresser.

Les surveillantes actuellement en exercice appartiennent pour la grande majorité à une catégorie de personnes fort supérieures, par leur façon d'être, leur instruction, leur intelligence, à celle des infirmières. En admettant que l'appel qui sera fait soit entendu et réunisse du premier coup un nombre suffisant d'employées, encore faudra-t-il qu'elles passent par une sorte de noviciat, qu'elles soint initiées aux habitudes d'un service, aux exigences du milieu tout nouveau pour elles où elles sont appelées à vivre ; mais tout cela demande du temps, des ménagements de toute sorte, et c'est peut-être compter un peu trop sur l'abnégation des congréganistes que de supposer qu'elles se prêteront à tous ces atermoiements, et qu'elles se feront docilement les institutrices de celles qu'on destine à les remplacer. Nous ne sommes pas dans le secret des dieux ; mais nous croyons qu'on évitera difficilement de grands embarras lorsqu'il s'agira de généraliser la laïcisation des services.

On nous assure que, pendant un certain temps, les futures surveillantes et sous-surveillantes suivraient les visites, prendraient l'habitude de l'hôpital, de manière à ne prendre possession de leurs fonctions qu'à la suite d'une sorte de stage. Cette sorte d'initiation, pour laquelle on ne compte pas sans doute sur l'assistance amicale des titulaires actuelles, lèverait, si elle était réalisée, une grande difficulté. Seulement on pourrait bien en rencontrer d'autres, au cas surtout où les dites titulaires ne jugeraient pas opportun d'ajourner une solution inévitable pour elles. L'administration a peut-être pris ses précautions à cet égard. Il serait bon qu'elles les fît connaître.

Nous ne pouvons pas aborder ici toutes les questions que soulève cette transformation du service hospitalier.

Il est évident qu'on accepte l'augmentation considérable de frais qu'elle entraînera.

Les congréganistes reçoivent un traitement de 200 francs. Celui des surveillantes est de 500 francs. Le traitement des

sous-surveillantes de 350 francs; à nombre égal, la différence sera sensible. Il faut en outre assurer par des pensions de retraite l'avenir de toutes ces nouvelles employées. Il est difficile de croire que les installations actuelles des communautés pourront suffire aux logements particuliers des laïques, surtout si elles sont mariées ou mères de famille.

On voit que nous sommes sans parti pris; que nous ne nous occupons que du côté essentiellement pratique, de ce qui affère particulièrement aux intérêts des malades et à ceux de l'administration, et c'est pour cela que nous sommes inquiets d'une précipitation qui n'est pas de mise dans une mesure aussi importante.

Il reste un point délicat, sur lequel nous ne voulons pas insister. Si la mission exclusive du médecin est de guérir ou de soulager, celle de l'administration, représentant la société et souvent la famille, a d'autres intérêts à ménager. Il faut que toute pression religieuse soit écartée des hôpitaux; mais il faut aussi que les appels des mourants soient entendus. Serait-ce trop de demander que les futures surveillantes laïques soient susceptibles de comprendre ce double devoir?

B.

Traitement a domicile. — MM. les médecins du Xe arrondissement sont prévenus que le dimanche 14 avril 1881, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Charles), le samedi 2 avril 1881, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et samedis suivants, à la même heure. Les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées aux maladies des femmes.

Faculté de médecine. — Prix Corvisart (médaille d'or et 400 francs) : *De la paraplégie.* — Le prix a été décerné à M. Charles Mouzon, né à Blevaincourt (Vosges), externe dans le service de M. le professeur G. Sée.

Projet de loi Farcy. — La Chambre ayant prononcé l'urgence sur cette proposition (secours aux individus morts victimes de leur dévouement), une commission a été nommée. Elle se compose de MM. Chevallay, Truelle, Labuze, Farcy, Rénazet, Greppo, Armez, Dréo, Turigny, Labitte et Rathier. Quatre de ces commissaires, MM. Farcy, Greppo, Armez et Turigny, ont signé la proposition.

Nécrologie. — Le docteur Tachard, ruiné par de fausses spéculations, après avoir possédé, dit-on, un patrimoine considérable, vient de se suicider. Il était âgé de soixante-dix ou soixante et onze ans.

— M. Cotreuil, maître répétiteur au lycée Louis-le-Grand, et étudiant en médecine, a succombé aux suites d'une fièvre typhoïde contractée dans l'exercice de ses fonctions d'externe, à l'hôpital de la Charité.

Asiles d'aliénés et quartiers d'hospices. — Il a été traité, en 1877, dans les quarante-six asiles publics départementaux, 34 142 malades, et dans la maison nationale de Charenton, 745; dans les quartiers d'hospices, 7534; dans les asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, 12 574. Mentionnons encore 2317 aliénés traités dans les asiles privés qui n'admettent pas d'indigents. Le total des aliénés a donc été de 57 312. L'accroissement est continu depuis 1873 (52 478). (*Lyon médical.*)

Bal a la Salpêtrière. — Le jeudi de la mi-carême, un orchestre a fait danser les aliénées de la Salpêtrière dans une grande salle décorée à cet effet.

Bal d'enfants. — Un autre bal a eu lieu le même jour dans les salons de l'hôtel Continental. Il était composé des enfants des familles qui soutiennent de leurs dons l'œuvre de la Société protectrice de l'enfance. Toutes les danseuses et tous les danseurs (qui étaient souvent du même sexe) étaient costumés. M. et Mme Marjolin en faisaient les honneurs.

Association des médecins du département de la Seine.

L'assemblée générale aura lieu le dimanche 3 avril, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard, président. Cette assemblée a pour objet : 1° la lecture du compte rendu de l'année 1880 par le secrétaire général; 2° l'élection d'un président et de deux vice-présidents. — Candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale : *président*, M. Béclard; *vice-présidents*, MM. Noël Gueneau de Mussy et Richet.

Tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1880.

Recettes. — Rentes 3 pour 100 et 5 pour 100, 25 086 fr. 60 c.; cotisations, 16 900 fr.; admissions, 372 fr.; dons et legs, 14 375 fr.; reliquat de l'année 1879, 188 fr. 40 c. Total, 56 922 fr.

Dépenses et emploi. — Secours à sept sociétaires et à quarante veuves ou enfants de sociétaires, 29 100 fr.; secours à vingt-six personnes étrangères à l'Association, 3875 fr.; recouvrement des cotisations, 500 fr.; frais d'impression, 1136 fr. 20 c.; ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses, 229 fr. 25 c.; achats de rentes, 21 881 fr. 80 c. Total, 56 722 fr. 25 c.

Balance. — Recettes, 56 922 fr.; dépenses, 56,722 fr. 25 c. Reste, 199 fr. 75 c.

Caisse des pensions viagères.

Recettes. — Report de l'année 1879, 474 fr. 55 c.; intérêt des sommes placées, 347 fr. 70 c. Total, 822 fr. 25 c.

Emploi. — Achat de 33 fr. de rente 5 pour 100, 791 fr.

Balance. — Recettes, 822 fr. 25 c.; dépenses, 791 fr. Reste, 31 fr. 25 c.

Mortalité a Paris (12e semaine, du vendredi 18 au jeudi 23 mars 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1193, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 32. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 42. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 69. — Phthisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 47. — Pneumonie, 104. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 48; au sein et mixte, 33; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 103; de l'appareil circulatoire, 59; de l'appareil respiratoire, 96; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 13. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 6.

Bilan de la 12e semaine. — Légère augmentation de 35 décès (1193 au lieu de 1158) et d'autant moins significative qu'elle est due au croît des décès par tuberculose (301 au lieu de 265) et à celui de quelques maladies locales : des centres cérébro spinal (103 au lieu de 88) et respiratoires (96 au lieu de 79). Mais la plupart des décès par affections épidémiques redoutables ont diminué. Il faut pourtant en excepter, et signaler aux accoucheurs, les infections puerpérales, qui ont singulièrement augmenté (7 au lieu de 2); mais tous ces décès, attribués à la péritonite puerpérale, sont survenus à domicile et se rencontrent isolés dans les divers quartiers. Cependant on en remarque deux cas (deux décès) dans le 52e (*Croulebarbe*). Les décès par érysipèle ont aussi progressé (9 au lieu de 4), et sur les 9 décès qui leur sont attribués 4 appartiennent aux hôpitaux, dont 3 sont survenus à la suite d'opérations; la scarlatine aussi a causé 9 décès au lieu de 7; mais, à part ces faibles accroissements, les maladies épidémiques les plus redoutables ou sont restées stationnaires (fièvre typhoïde, variole), ou même ont diminué leurs sévices, comme la diphthérie (12 au lieu de 47).

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie Emile Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 7 avril 1881.

Académie de médecine : Vaccination et revaccination obligatoires.

Dans l'avant-dernière séance, M. le professeur Depaul, exposant les motifs de sa dissidence, semblait regarder comme superflue la discussion scientifique du rapport de M. Blot. D'après lui, faire l'éloge de la vaccine était une sorte de hors-d'œuvre. « Qui peut, disait-il, la déprécier? » Il a dû voir aujourd'hui que, même au sein de l'Académie, les bienfaits de la vaccine comptent au moins un détracteur; nous dirons toute à l'heure en quel sens. En dehors de l'Académie, qu'il y ait des incrédules, ce n'est pas contestable, et M. Blot avait pleinement raison de faire une fois de plus l'apologie de la vaccine avant de conclure à l'obligation. C'était même la seule partie de son rapport qui fût véritablement du ressort de l'Académie; celle-ci ayant toute autorité pour mettre en relief les bienfaits indiscutables de la vaccine, tandis qu'elle n'avait aucun titre à légiférer, comme nous vous l'avons déjà fait remarquer.

M. Fauvel, qui a ouvert la discussion mardi, est entièrement de cet avis; et pourtant il s'est cru obligé de prendre à parti M. Depaul sur le principe même de l'obligation et sur ses conséquences législatives. Qu'a-t-il dit en effet? Ce que nous avions dit nous-mêmes. L'Académie, convaincue de la puissance prophylactique de la vaccine, désire ardemment qu'elle se généralise. Mais elle n'est pas juge des moyens extra-scientifiques à l'aide desquels on peut atteindre cette généralisation. L'obligation et les procédés de répression qu'elle comporte ne sont pas de sa compétence. C'est l'affaire des législateurs qui se renseignent auprès d'elle sur le plus ou moins d'utilité d'assurer la généralisation de la vaccine. On peut être à la rigueur très partisan de la vaccine, comme l'est assurément M. le professeur Depaul, et cependant désapprouver le principe de l'obligation.

Toutefois, il est difficile de ne pas reconnaître que ce principe, une fois adopté, ne pourrait que favoriser l'extension de la pratique vaccinale. Telle a été surtout la thèse de M. Fauvel. L'État serait nécessairement amené à prendre tous les moyens nécessaires pour faciliter l'observation de la loi, et l'Académie, qu'on pourrait de nouveau consulter, se placerait alors sur son véritable terrain en indiquant toutes les mesures d'ordre médical qu'on devrait prendre pour entretenir des sources abondantes de vaccin, surveiller et contrôler le succès des vaccinations, déterminer l'époque des revaccinations, indiquer les meilleurs procédés, la valeur des différents vaccins, etc., toutes choses qui sont de la compétence d'une Société savante. Ainsi, comme l'orateur l'a très justement fait remarquer, loin que l'insuffisance de l'organisation actuelle du service de la vaccine soit un motif d'écarter la vaccination obligatoire, son meilleur remède serait précisément dans l'adoption du projet de loi qui la réclame.

Revenons maintenant au principe même de l'obligation envisagée en dehors de toute intervention académique. On a fait remarquer que l'obligation réclamée existait dès aujourd'hui et en quelque sorte virtuellement, par ce fait que tout enfant doit présenter, pour être admis à l'école, un certificat de vaccin; que ce certificat est exigé dans tous les collèges, à l'entrée de toutes les carrières; que, plus tard, la revaccination est imposée aux soldats et que de cette façon peu de gens échappent à l'opération prophylactique. Mais ces différents contrôles sont d'abord trop tardifs. Ils n'atteignent l'enfant qu'à une époque où il a été largement exposé à l'infection variolique. Quant à la revaccination, elles ne serait aucunement assurée chez les femmes, qui ne sont pas encore, que nous sachions, astreintes au service militaire.

Chose assez singulière, dans nos Chambres législatives, ceux qui, sur ce point, sont les plus ardents adversaires de l'obligation sont précisément ceux qui, ailleurs, en acceptent le principe et en sollicitent l'application. Pas plus tard que ces jours derniers, on votait à la Chambre des députés une loi limitant les heures de travail pour les enfants et les femmes. Toutes ces mesures nous paraissent excellentes; mais n'est-il pas évident qu'elles restreignent la liberté individuelle, protègent en quelque sorte l'ouvrier contre lui-même, limitent à l'égard des enfants l'autorité de ces pères de famille qui ont fait tant parler d'eux depuis quelque temps. N'est-ce pas une véritable entreprise contre la liberté humaine que cette interdiction du travail dans un intérêt de santé privée, ne touchant que secondairement la santé des populations, à côté de l'obligation de la vaccine dans un intérêt public et immédiat?

Il est vrai que sur ce terrain on se couvre d'accusations intentées contre la vaccine et de quelques allégations insuffisantes à l'aide desquelles on a cherché à semer la défiance dans le monde extra-médical.

N'est-il pas regrettable de voir un académicien, qui, ne l'oublions pas, déclare en commençant « la glorification de la vaccine chose superflue » et se prévaut « des efforts qu'il ne cesse de faire en faveur de cette *glorieuse et utile conquête* », ne pas craindre de se faire en pleine Académie de médecine, et sans s'émouvoir des protestations de son auditoire, le porte-voix de tous ces paradoxes? Rassemblant toutes les oppositions des vaccinophobes, M. Jules Guérin n'a pas craint de les reproduire, de leur donner la notoriété de son talent, n'oubliant même pas de faire savoir que certaines gens pensent avoir prouvé que, dans une épidémie de variole, les vaccinés sont plus particulièrement exposés à subir la contagion, qu'ils sont les premiers atteints, et que la vaccine, et surtout les vaccinations en masse, pourraient être regardés comme un foyer d'infection attisant et accroissant les foyers d'infections primitifs. Les 150 000 vaccinations pratiquées durant le siège de Paris auraient été cause peut-être des effroyables désastres de l'épidémie de 1870 à 1871! Qu'en pense M. Depaul, qui a dû se trouver bien étonné du renfort que M. Jules Guérin, contre son habitude, a cru devoir lui apporter?

Ou M. Guérin croit fondées, ou seulement défendables, les accusations qu'il a reproduites à la tribune, et alors pourquoi reste-t-il un partisan si convaincu de la vaccination et la proclame-t-il, comme nous venons de le dire, une glorieuse conquête? Ou bien il les trouve absurdes, et comment ne comprend-il pas le danger de fournir une pareille pâture aux adversaires de la vaccination?

Pourquoi d'ailleurs, après avoir tant insisté sur les statistiques des antivaccinateurs, qui n'ont jamais pu trouver de crédit, passer sous silence les réponses et les statistiques qui, aux yeux de tous les hommes vraiment compétents, n'ont rien laissé debout de ce fragile édifice?

Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse.

Les accidents que détermine l'éruption de la dent de sagesse sont fréquents; pourtant ils sont peu connus, mal décrits, parfois ignorés, et l'attention des chirurgiens est si peu sollicitée par eux, que des erreurs de diagnostic sont encore souvent commises.

Ce n'est pas que d'importants travaux n'aient été publiés: déjà, au seizième siècle, Hémard insistait sur les douleurs qui accompagnent l'apparition « des dents de prudence ou de discrétion », celles qui poussent « hors des gencives au temps que l'homme commence d'entrer en sa gaillardise ». John Hunter a vu les inflammations de la muqueuse buccale; Jourdain, qui les décrit aussi, signale en même temps les altérations des os. En 1828, Toirac publie un mémoire capital et qui reste, pendant de longues années, la seule monographie sur cette question.

A notre époque, nous trouvons les observations de Robert, les faits si remarquables de Chassaignac, de Gouriet, de Forget, de Tomes, de Després; en 1873, la thèse de Chevassu et celle de Comoy en 1878. Enfin, notre ami M. Heydenreich, professeur agrégé de la Faculté de Nancy, présente, en 1878, au concours pour l'agrégation de chirurgie une excellente thèse dont nous ne saurions trop recommander la lecture; elle expose en termes précis nos connaissances actuelles sur les désordres provoqués par l'éruption de la troisième molaire.

I

L'évolution de la dent de sagesse n'a guère lieu sans déterminer quelques troubles, et sur 100 individus interrogés au hasard, M. David, chef de clinique de M. Magitot, en a trouvé 82 chez lesquels il y avait eu des accidents, variant d'ailleurs depuis une douleur légère jusqu'aux altérations si graves de l'ostéopériostite. C'est de vingt à vingt-cinq ans, époque ordinaire de l'éruption, qu'on les voit surtout apparaître; mais les limites peuvent osciller comme cette éruption elle-même, et on cite des cas où les phénomènes inflammatoires se sont déroulés à quarante, cinquante, soixante ans. M. Richet a publié une observation dans laquelle il est dit que les désordres n'éclatèrent qu'à soixante-six ans.

Une cause générale domine l'histoire de ces accidents: l'insuffisance de la place nécessitée pour l'éruption régulière de la troisième molaire. Nous avons, il y a quelques années, entendu dire à M. Broca « que la nature était en travail pour nous débarrasser des dents de sagesse ». Elles poussent les dernières et sont les premières à disparaître. A mesure que les races humaines deviennent plus « intellectuelles », il se fait une sorte de mouvement de bascule dans la conformation de la tête: le front devient plus proéminent et la partie inférieure de la face recule; la ligne de profil oblique en bas et en avant se relève; en un mot, le prognathisme s'affaiblit. Aussi peut-on affirmer, à condition toutefois d'admettre des exceptions nombreuses, que la dent de sagesse s'accompagnera de désordres avec d'autant plus de fréquence que la race, le sexe ou l'individu seront supérieurs.

C'est ainsi que le prognathisme exagéré des races noires et jaunes rend les accidents fort rares: le maxillaire, très développé, laisse une place suffisante pour la troisième molaire. Dans une même race, le sexe influe d'une manière incontestable, et une statistique de M. Heydenreich nous montre que, dans notre pays, les hommes y sont beaucoup plus prédisposés que les femmes; la proportion est du simple au double. On sait, en effet, que le prognathisme est un peu plus marqué chez la femme. Enfin, dans la même race et dans le même sexe la culture intellectuelle ne serait pas indifférente et l'éruption vicieuse se rencontrerait plus souvent dans les villes que dans les campagnes.

Ce n'est pas tout: les deux maxillaires et les deux moitiés du même maxillaire ne sont pas également atteints. Une fois sur dix, peut-être sur vingt seulement, le maxillaire supérieur est le siège de désordres. Le maxillaire inférieur jouit donc presque seul de ce fâcheux privilège. Mais nous pouvons spécialiser encore et dire que sa moitié gauche est encore plus prédisposée. L'explication de cette double prédominance nous semble facile à donner: en général, la moitié droite du corps est plus développée, et, sans vouloir donner à un examen superficiel plus d'importance qu'il n'en a, sur plusieurs maxillaires inférieurs mesurés à l'École pratique, il nous a paru que la branche gauche était légèrement moins longue que la droite. La règle générale trouverait donc ici une explication nouvelle: comme la place pour l'éruption normale est moindre à gauche, c'est à gauche surtout que se montreraient les déviations et leurs conséquences pathologiques.

Les hypothèses que l'on invoque pour expliquer la plus grande fréquence des accidents au maxillaire inférieur nous

paraissent assez contestables. Il est un point qu'on a laissé dans l'ombre et qui nous semble jouer un rôle capital dans les déviations. Le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur présente une courbure en saillie; aussi les follicules dentaires *inscrits* dans cette circonférence ont-ils, comme territoire d'évolution, un segment triangulaire à sommet central et à base périphérique; lors de son éruption, la dent trouve devant elle, à mesure qu'elle se développe, un espace qui s'élargit, et la couronne peut s'étaler à son aise. On comprend alors la rareté des déviations.

Au maxillaire inférieur, les conditions sont opposées : la courbure n'est pas en saillie; elle forme, avec l'apophyse coronoïde, un angle rentrant; aussi le rebord alvéolaire présentera-t-il parfois un espace insuffisant pour l'évolution régulière de la dent de sagesse; en effet, le follicule est d'abord au large, il se développe à son aise; puis, lorsque la couronne veut percer la gencive, plus résistante d'ailleurs à cet âge que dans les premières années de la vie, elle vient se butter en arrière contre l'apophyse coronoïde, et en avant contre la deuxième molaire. Elle se dévie alors ou est arrêtée dans son éruption, et la scène de désordres commence à se produire.

Il faut ajouter un détail qui ne nous semble pas indifférent : la racine de la deuxième molaire est rarement implantée perpendiculairement dans l'os; elle est oblique de bas en haut et d'arrière en avant. En prenant cette position, elle doit refouler en arrière, vers l'épiphyse coronoïde, le follicule de la troisième molaire, dont, plus tard, la couronne se dégagera fort difficilement; l'espace est devenu trop restreint. Si cependant elle arrive à percer la gencive, elle n'en sera pas moins déviée dans le sens antéro-postérieur, qui est, du reste, la déviation la plus fréquente de toutes. L'anatomie, on le voit, nous donne la clef des éruptions vicieuses et de leurs variétés principales.

Il n'en faut pas moins invoquer, dans certains cas, de véritables hétérotopies dentaires. Comment expliquer autrement l'apparition de la dent de sagesse, soit dans l'apophyse coronoïde, au niveau de l'échancrure sigmoïde, soit sous la peau de la région sous-maxillaire, vers l'angle de la mâchoire ; soit, pour le maxillaire supérieur, dans l'apophyse ptérygoïde ou sur la ligne médiane de la voûte palatine?

II

M. Heydenreich étudie successivement, dans sa thèse, les accidents inflammatoires et les accidents purement nerveux. Les premiers, de beaucoup les plus importants, il les subdivise en accidents *muqueux* qui atteignent surtout les parties molles, et en accidents *osseux*. Dans ces derniers cas, les altérations, plus profondes, ont gagné le maxillaire lui-même et les tissus qui l'enveloppent. Une telle classification n'est pas irréprochable, mais elle permet de décrire, avec une certaine méthode, les divers processus morbides qu'engendre l'éruption vicieuse de la dernière molaire.

Les inflammations de la gencive sont le plus fréquemment observées; la dent, gênée dans son évolution, ne peut percer la muqueuse qui rougit, se tuméfie, suppure, et un abcès s'ouvre, qui permet d'apercevoir, par l'orifice de la fistule, un peu de l'émail sous-jacent. La dent ainsi « enkystée ou enchatonnée » peut rester de longs mois, des années même sans se dégager; la muqueuse, mâchée, mordue, triturée à chaque mouvement de mastication, devient fongueuse et de vives douleurs se déclarent, qui parfois sont rapportées, par le malade, aux bicuspides ou même aux incisives, intactes cependant.

L'inflammation ne se cantonne pas toujours à la gencive; les amygdales se prennent à leur tour et on voit se dérouler tous les signes d'une angine dont la nature a été souvent méconnue ; elle s'apaise, puis renaît; elle reparaît lorsqu'on croit s'en être rendu maître. Plusieurs auteurs ont cité ces esquinancies à répétition dont la cause doit souvent être cherchée dans l'éruption de la troisième molaire. D'ailleurs, les piliers, la luette, la muqueuse buccale tout entière, le pharynx lui-même sont envahis et de graves accidents peuvent éclater : les ganglions s'engorgent, le tissu cellulaire qui les environne se rend à son tour, et un phlegmon sous-angulaire se déclare. L'adénite est parfois de marche plus chronique, et M. Heydenreich se demande si les tuméfactions ganglionnaires du cou, souvent notées chez les jeunes soldats, ne doivent pas être imputées en partie à la dent de sagesse. C'est un fait intéressant que les chirurgiens militaires élucideront facilement.

Il faut signaler encore certains accidents provoqués par les *déviations*. Si la dent pousse en dehors, elle irrite la joue, qui s'ulcère, s'indure, devient grisâtre ou se recouvre de bourgeons charnus plus ou moins végétants ; si l'éruption se fait en dedans, des altérations notables se font sur le bord correspondant de la langue. On cite des cas où la dent perfore les tissus et la couronne, étreinte par une boutonnière de la peau, se montre à l'angle de la mâchoire ou au-devant du muscle masséter.

En général, pour peu que l'attention des chirurgiens soit appelée sur l'existence de ces divers accidents, le diagnostic ne présentera aucune difficulté : la rougeur de la gencive et sa tuméfaction au niveau de la dernière molaire, encore cachée sous une muqueuse épaisse, la douleur vive que la pression provoque en ce point, lèverait toute incertitude. En tous cas, lorsque ces phénomènes se déroulent chez un individu âgé de vingt à trente ans, il faut s'enquérir de la dent de sagesse et constater l'état de la muqueuse, pourvu toutefois que la constriction des maxillaires ne s'oppose à cette exploration.

Les désordres qui affectent primitivement l'os sont, d'ordinaire, plus graves encore. Il en est de fort obscurs et que nous passerons sous silence; certaines tumeurs, fibromes, chondromes, hyperostoses pourraient avoir, pour point de départ, l'irritation déterminée par le follicule dentaire enkysté; des odontomes n'auraient pas d'autre origine; mais ces faits sont loin d'être assis sur des bases solides ; en tout cas, ils n'ont pas la fréquence de l'ostéopériostite des maxillaires.

M. Magitot a montré que si, dans les périostites, le sommet de la racine correspond au fond de la gouttière que limite en dehors les lèvres et les joues, et en dedans l'arcade dentaire correspondante, l'abcès s'ouvrira sur la muqueuse, dans cette gouttière appelée encore vestibule buccal; mais lorsque le sommet est situé à un niveau plus profond, le pus cherche une issue plus directe et se porte vers les téguments de la joue; il y a phlegmon facial et ouverture cutanée.

C'est ainsi que dans les ostéopériostites de la dent de sagesse, dont les racines plongent plus bas que le fond de la gouttière, la suppuration, après avoir cheminé au milieu des tissus décollés, perfore les téguments et se fait jour à l'extérieur. Parfois, lorsque l'inflammation est violente, le pus apparaît sur la joue et dans la bouche. Mais, avant d'en arriver là, les phénomènes inflammatoires ont été des plus graves; le gonflement est extrême ; la peau est tendue et rouge; la tuméfaction gagne le cou et l'envahit tout entier; de violentes

douleurs surviennent, qui le plus souvent s'accompagnent de phénomènes généraux, fièvre, délire intense, et on aura tous les signes d'un véritable phlegmon diffus.

Les accidents, pour être moins violents, seront, dans certains cas, aussi redoutables : l'ostéopériostite provoque une nécrose de l'os et un séquestre se forme dont la mobilisation et l'extraction peuvent nécessiter un long temps et provoquer de graves désordres. La résection d'une portion du maxillaire a dû souvent être faite pour éviter les suppurations indéfinies, les fistules intarissables et les alternatives de rémission et l'exacerbation qui découragent et affaiblissent tant de malades. On cite des cas où l'inflammation aurait gagné l'articulation temporo-maxillaire, puis l'oreille moyenne, la base du crâne, le cerveau lui-même et le patient serait mort emporté par des phénomènes encéphaliques.

La constriction des mâchoires est une des complications les plus fréquentes ; elle accompagne parfois les formes inflammatoires, même légères, et son existence a ceci de grave qu'elle rend souvent le diagnostic obscur : on ne peut apercevoir la partie postérieure de l'arcade dentaire et constater l'état de la gencive au niveau de la dernière molaire. On s'est demandé quelles causes provoquaient cette constriction et l'on a invoqué tour à tour une action réflexe et la propagation, aux muscles masséter et ptérygoïdien, de l'inflammation de l'os et du périoste. M. Heydenreich est éclectique et tient pour les deux causes, tout en croyant que la myosite de voisinage joue le rôle capital; il cite plusieurs observations où l'examen direct a prouvé l'existence incontestable de l'altération musculaire.

Les accidents purement nerveux provoqués par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse sont plus rares et surtout moins connus. La constriction des mâchoires a été plusieurs fois observée sans inflammation concomitante : pas d'amygdalite, d'adéno-phlegmon, la muqueuse buccale était absolument intacte. Mais ce sont des douleurs névralgiques que l'on note le plus souvent ; tantôt elles ont pour siège la troisième molaire, tantôt les bicuspides et les incisives ; elles peuvent s'irradier et envahir tout le domaine innervé par le trijumeau. Les souffrances se cantonnent aussi dans l'oreille, et cette localisation est des plus douloureuses. Le retentissement du côté de l'œil est affirmé par plusieurs observateurs ; on cite des cas d'amblyopie ; des kératites ; enfin des convulsions épileptiformes, la chorée, la folie même, des attaques hystériques ont été vues, que l'extraction d'une dent de sagesse aurait fait cesser tout à coup !

III

L'intervention chirurgicale ne sera évidemment pas la même dans tous les cas ; mais une règle domine : c'est qu'il faut combattre la cause elle-même et non les diverses manifestations qu'elle peut provoquer : on négligera l'angine, la stomatite, la constriction des mâchoires, l'adénite pour s'adresser à la dent de sagesse ; les accidents s'apaiseront ensuite.

Si l'éruption n'est empêchée que par la difficulté qu'a la dent de percer la gencive, il faut recourir au bistouri ; une simple incision peut suffire ; mais les lèvres de la plaie se rapprocheront parfois, une cicatrisation rapide se fait et les accidents continuent; une incision en V, une incision cruciale sont plus efficaces; mais la réunion immédiate n'est pas toujours évitée ; aussi vaut-il mieux inciser une partie plus ou moins étendue de la muqueuse ; la couronne sera mise à nu, son évolution ultérieure se fera sans peine, et l'inflammation ou les troubles nerveux se dissiperont. Au lieu du bistouri, on a proposé le thermo-cautère, mais on apprécie moins sûrement les couches sur lesquelles on opère, et, comme Lisfranc l'avait déjà vu, avec le fer rouge on s'expose à brûler l'émail.

La déviation a déterminé parfois la production de bourgeons charnus, de véritables fongosités sur la gencive ou bien quelque ulcération de la langue ou de la peau; des cautérisations à l'acide nitrique, chlorhydrique ou chromique les détergeront. Mais la dent de sagesse devra être extirpée au préalable. Du reste, un lavage fréquent de la bouche sera pratiqué ; le chlorate de potasse et de faibles solutions de chloral rendront de signalés services.

Lorsque l'obstacle siège plus profondément, lorsque les bords de l'alvéole s'opposent à l'éruption, il faut, après avoir mis la dent à découvert par l'incision de la gencive, « détruire à l'aide d'une gouge toute la portion du bord alvéolaire qui paraît gêner le passage de la couronne. » Enfin, lorsqu'il n'y a pas un espace suffisant entre la deuxième molaire et le bord de l'apophyse coronoïde, il devient nécessaire de sacrifier une dent; si l'avulsion de la dent de sagesse est possible, c'est elle qu'on pratiquera, mais si on ne peut l'atteindre on extraira la deuxième molaire ; souvent alors la troisième prendra sa place, et les accidents seront conjurés.

Il est des cas où la dent de sagesse, profondément cachée dans l'épaisseur de l'os, échappe à toute tentative, et ce sont justement les cas où les désordres éclatent avec l'intensité la plus grande. On devra se frayer un passage jusqu'à elle avec le maillet et la gouge. La voie buccale est évidemment celle qu'on devra préférer, mais elle est parfois impraticable ; la contracture des mâchoires est telle qu'on ne peut arriver jusqu'à l'apophyse coronoïde. On agira par l'extérieur ; la peau sera disséquée, et avec une couronne de trépan on ira à la recherche de la dent enkystée. Si cette opération échoue, si la dent n'a pas été trouvée, si les accidents continuent, et si la nécrose en est une conséquence, on aura, comme ressource ultime, recours à la résection du maxillaire.

Nous n'ajouterons qu'un mot : la contracture de la mâchoire est souvent invincible, à tel point qu'on a dû pratiquer la myotomie et l'opération de Rizzoli. Dans ces cas, non seulement le diagnostic et l'intervention chirurgicale sont gênés au dernier point, mais encore l'alimentation régulière est impossible. Nous pensons que la sonde à demeure, vantée dans ces derniers temps, pour le rétrécissement de l'œsophage et les opérations sur la face, devra être employé et rendra de singuliers services. On introduira par la narine la sonde uréthrale ordinaire en caoutchouc rouge et grâce à elle l'alimentation du malade se fera sans interruption. Nous recommanderons également l'emploi de cette sonde dans les fractures du maxillaire inférieur.

Ces interventions énergiques et rapides arrêteront rapidement l'extension des désordres; mais, pour oser, il faut avoir un diagnostic exact, et nous avons déjà dit combien souvent la cause des accidents est ignorée. Une année, nous avons vu, dans un même concours du Bureau central pour la chirurgie, méconnaître la cause d'une stomatite et d'un adéno-phlegmon : il s'agissait de l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse, mais on s'y trompa au deux coups, et l'erreur fut commise, la première fois par le candidat, la seconde par le jury lui-même.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Observation de transfusion du sang dans un cas de fièvre typhoïde grave compliquée d'hémorrhagie intestinale, travail lu à l'Académie de médecine dans la séance du 29 mars 1881, par M. le docteur Gibert (du Havre).

La transfusion du sang est restée en France, même depuis les travaux de Moncoq, de Oré, de Belina, de Roussel, à l'état de curiosité scientifique. Elle n'est pas entrée dans la pratique courante. Ses insuccès trop nombreux ont lassé les médecins. En sera-t-il autrement plus tard? Je ne sais; mais c'est un devoir de faire connaître au public scientifique les cas de succès qui peuvent encourager les praticiens et les empêcher de renoncer *à priori* à un moyen héroïque qui peut sauver bien des existences.

C'est ce sentiment qui m'a déterminé à solliciter l'honneur de lire devant vous une observation remarquable de transfusion dans un cas de fièvre typhoïde grave. J'étais de ceux que des insuccès antérieurs avaient découragés. En 1863, j'avais pratiqué la transfusion avec une simple seringue à hydrocèle dans un cas de fièvre puerpérale à la suite d'un accouchement laborieux où la malade avait perdu beaucoup de sang. L'introduction de 120 grammes de sang humain avait fait sortir la malade de l'agonie et lui avait rendu l'usage de la parole et la pleine conscience d'elle-même. Au bout de trois heures l'agonie recommençait.

Plus tard, dans un cas de fièvre typhoïde, le docteur Chauvel, assisté de M. Liouville, pratiquait au Havre, sans succès, la transfusion.

Enfin, il y a trois ans, je la tentai de nouveau chez un jeune homme atteint de rhumatisme hémorrhagique, maladie commune à Londres, rare en France, et qui est caractérisée par des hémorrhagies viscérales très graves. Ce jeune homme, qui succomba à une maladie de bright, terminaison ordinaire de ce genre de rhumatisme, ne retira aucun bienfait de la transfusion.

J'étais donc, comme beaucoup de praticiens, plutôt un adversaire qu'un partisan de la transfusion, quand se présenta à moi l'observation de M. Jules S..., maire du Havre.

Obs. — M. Jules S..., maire du Havre, âgé de quarante-cinq ans, n'ayant jamais été malade, d'une constitution robuste, a été atteint de fièvre typhoïde vers le 13 décembre 1880, en même temps que son fils aîné, sa femme et un domestique. La maison occupée depuis peu de semaines par cette famille est un grand et très vaste pavillon bâti au sommet de la côte d'Ingouville, sur un terrain neuf, calcaire; elle ne pouvait donc pas être incriminée. L'origine de la maladie reconnaît d'autres causes que je n'ai pas à étudier ici.

Au début, M. S... a été légèrement atteint, si légèrement même qu'on aurait pu croire à une maladie à peine ébauchée. Le pouls se maintenait entre 80 et 90, la température entre 37°,5 le matin et 38°,15 le soir. Céphalalgie légère; ni épistaxis, ni diarrhée; langue nette; appétit nul. Cependant, malgré ces symptômes si peu accusés, le malade est d'une tristesse profonde, qui est d'autant plus frappante pour son entourage, que son caractère est habituellement gai et optimiste. C'est donc au début une affection sans caractère, si bien que le docteur Millard, appelé à voir le jeune S..., qui, lui, était atteint, dès le début, d'une fièvre typhoïde adynamique grave, ne vit le malade que par circonstance et n'eut, en quelque sorte, qu'à le rassurer quant à l'issue de sa maladie. Un seul phénomène morbide m'inquiétait : c'étaient les sueurs nocturnes profuses, tenaces, dont Graves et Trousseau ont signalé la signification sérieuse, quand bien même les autres symptômes seraient de peu de valeur.

Vers le troisième septénaire, quelques taches lenticulaires.

Le 14 janvier, trente et unième jour de la maladie, fait déjà anomal, après une nuit excellente, le malade, vers le matin, éprouve une sensation étrange : il lui semble qu'il va mourir, que la vie lui échappe. A mon arrivée, je le trouve dans un état syncopal grave. Le facies est profondément altéré; le corps, couvert d'une sueur froide; le pouls, misérable, fuyant, à 124. Température à 36 degrés seulement. Tout l'ensemble des symptômes fait penser à un cholérique en pleine période algide, car les lèvres sont plutôt bleues que décolorées.

Pendant plus de deux heures, le malade souffre d'une angoisse inexprimable et demande en suppliant qu'on le laisse mourir sans le tourmenter.

Avec l'aide des docteurs Lafaurie et Lecène, grâce à des papiers Rigollot, dont nous couvrons le corps comme d'un vêtement, nous parvenons à faire cesser cet état syncopal, si grave et si inquiétant.

Pendant ces longues heures, le ventre reste souple, indolent, même à la pression, en sorte que je me demande avec mes confrères si nous ne sommes pas en présence d'un accès pernicieux, si fréquent dans notre région, plutôt qu'en présence d'une hémorrhagie, dont aucun signe n'existe. C'est pourquoi, l'après-midi, je fais donner un lavement de sulfate de quinine, et c'est alors seulement que la présence du sang nous est révélée et nous fixe sur le diagnostic d'hémorrhagie interne, parce qu'il provoque une très petite selle sanglante.

La nuit du 14 au 15 est agitée. Dès qu'on parle au malade, qu'on provoque par une question le moindre acte intellectuel, il s'excite et délire.

Le 15, le docteur Millard voit le malade et veut bien passer la journée au Havre. L'examen physique du ventre ne lui révèle pas plus qu'à nous des signes manifestes d'une accumulation considérable de sang épanché. Le malade est faible, mais non exsangue. M. Millard recommande de s'abstenir de tout lavement, de même que de tout purgatif.

Le 16, nuit bonne; sommeil plutôt profond; urines involontaires; pas de selles; délire gai; satisfaction intime de son état; se dit guéri et s'étonne qu'on vienne le voir et qu'on le soigne. Température, 38 degrés; pouls, 112. Lavages froids. L'alimentation est difficile. Le malade refuse les aliments qu'on lui présente.

Du 16 au 17, pas de garde-robes.

Le matin, je trouve le malade très excité; il veut à tout prix sortir de son lit. Je l'en empêche; il entre en fureur, nous échappe, et se précipite en titubant vers l'appartement voisin. Dans les efforts et la lutte qui s'engagent pour le ramener dans son lit, il rend par l'anus une quantité énorme d'un sang coagulé, putride, d'une putridité qui en un instant remplit d'une odeur infecte la chambre du malade, qui mesure pourtant 100 mètres carrés. Réintégré dans son lit, le malade continue à faire de vigoureux efforts pour expulser tout le sang qui remplit son intestin. Nous avons calculé que le poids du sang était d'environ 1500 grammes. Evidemment, une artère mésaraïque avait été intéressée.

Du reste, après ces copieuses garde-robes sanglantes, le malade est paisible, à la condition qu'on le laisse dans l'obscurité la plus profonde et un silence absolu. La moindre excitation fait naître le délire. Pouls à 112; température, 38 degrés. Le malade prend du lait et du cognac.

Le 18, les sueurs deviennent excessives, à ce point que toutes les pièces du lit sont trempées. L'intelligence s'obscurcit tout à fait; la langue est sèche et cornée. La situation devient grave.

Le 19, nuit passable, mais faiblesse très grande. L'alimentation est régulière cependant, suffisante pour maintenir les forces du malade, qui néanmoins déclinent de plus en plus. Vers midi, une lipothymie grave vient nous donner l'explication de cette faiblesse croissante. Il est probable, presque certain, que l'hémorrhagie n'a pas complètement cessé. On entoure le malade de flanelles chaudes pour ramener un peu de chaleur aux extrémités, qui deviennent froides.

Dans la soirée, tous les signes de l'agonie se manifestent : les battements du cœur sont précipités ; on n'entend plus le premier bruit.

C'est alors que j'intervins par une première transfusion faite entre onze heures et minuit. Malheureusement, le sang que je tirai du bras de M. Darenne, interne de l'hôpital du Havre, qui ne quittait pas le malade, sortait en bavant. Les difficultés de la transfusion furent grandes, parce que le sang se coagulait dans l'appareil, et qu'en persistant je craignais d'injecter un caillot de sang. Cependant, je parvins à en injecter environ 25 à 30 grammes.

Aucun effet physiologique immédiat. Le malade ne sort pas de sa torpeur et ne donne aucun signe d'intelligence. Il n'a, du reste, rien senti de la piqûre du trocart, et n'a pas même cherché à retirer son bras. Cependant la nuit est meilleure que la précédente. Le pouls est plus sensible à la radiale. Le matin du 21, je trouve le malade dans le même état que la veille; la petite quantité de sang transfusée le soir a maintenu sa vie.

Le 20, à neuf heures du matin, opérant cette fois en plein jour et disposant du sang d'un homme jeune et vigoureux, jardinier de la maison, je puis en transfuser 90 grammes. Il m'eût été facile d'en injecter 200 et 300 grammes; mais, après la lecture des observations de transfusion, il m'avait paru qu'une condition du succès devait être la petite quantité de sang transfusée en une fois. Le sang n'était pas défibriné, car le battage au moyen de la petite baguette de verre ne produisit aucun effet, et je n'avais d'ailleurs pas sous la main ce qu'il fallait pour passer le sang, s'il eût été défibriné. L'opération est rendue bien facile par l'absolue insensibilité du malade, qui ne cherche pas à retirer son bras, bien qu'avant de trouver une veine favorable j'aie dû donner plusieurs coups de trocart.

Cette seconde transfusion donna des résultats immédiats bien remarquables. Le pouls redevint sensible et comptable : de 150 il descend à 120. Le malade, qui était plongé dans ses oreillers à la manière d'un cadavre et qui ne répondait plus à aucune excitation, ouvre les yeux, me reconnaît, m'appelle par mon nom. Le facies se ranime, l'œil devient plus vif, et enfin le malade, non seulement parle mais, se croyant transporté dans un palais aux mille colonnes, nous décrit ce spectacle.

La transition est si subite que les assistants sont saisis d'étonnement. Nous profitons sans perdre une minute du temps qui nous est accordé pour nourrir le malade. Il avale lentement, mais enfin il avale un grand bol de lait qu'il trouve délicieux et qu'il savoure en connaissance de cause.

Une heure après la seconde transfusion, un délire bruyant s'établit et menace de devenir sérieux. La pupille étant plutôt dilatée que contractée, je pratique une injection sous-cutanée de 6 milligrammes de morphine, qui procure au malade un profond sommeil de trois heures de durée.

Le soir du même jour, le malade est de nouveau si faible, avec un pouls si misérable, que nous discutons la question d'une troisième transfusion. Mais le malade s'est nourri, et a bu assez de lait toute la journée pour qu'on puisse attendre.

La nuit se passe dans un délire presque continu, très gai, analogue à celui que procure le champagne Mais le délire, c'était la vie, et le matin du 22, M. le docteur Millard, qui a la bonté de venir malgré un temps épouvantable, trouve le malade dans des conditions rassurantes. Température à 37 degrés; pouls à 120. M. Millard insiste pour qu'on laisse le malade à ses instincts, car il ne veut que du lait et refuse obstinément le bouillon, le vin et les boissons alcooliques. Il insiste également sur l'emploi de lotions froides vinaigrées si la température s'élève. Elles avaient, du reste, été largement pratiquées tout le temps de la maladie.

Les jours qui ont suivi la transfusion ont présenté le phénomène plusieurs fois signalé d'une quantité notable d'albumine dans les urines. Mais, dix jours après la transfusion, l'albumine a disparu.

Les forces reviennent très lentement. Le malade est dans un état de maigreur qui constitue une véritable émaciation. Telle a été la diminution rapide de la vitalité des tissus que des eschares plus ou moins étendues se manifestent partout où la peau appuie sur une saillie osseuse. Dans la région lombo-sacrée existe une profonde eschare, dont la cicatrisation, à l'instant où je parle, est à peine achevée, soixante-dix jours après la transfusion.

Je n'entretiendrai pas le lecteur des péripéties de la convalescence. Un seul fait est à signaler : c'est que l'appétit, une fois établi, n'a pas cessé d'être excellent et les digestions régulières. Le phénomène morbide qui a persisté le plus longtemps, c'est celui des sueurs nocturnes, sur l'importance desquelles je me suis déjà expliqué.

Ce qui manque à cette observation pour la rendre tout à fait intéressante, c'est la numération des globules. Il nous a été impossible de la pratiquer, mais nous ne doutons pas que chez M. S..., comme dans l'observation de Béhier, on n'eût trouvé, quelques heures après la transfusion, une augmentation rapide du chiffre des globules. Cette lacune est regrettable, mais elle ne nous a pas empêché de voir que la transfusion a agi en imprimant, dans un corps si épuisé que tous les actes vitaux étaient annihilés, une activité soudaine et durable. Le cerveau le premier a ressenti les effets de la transfusion, et à sa suite le cœur a battu normalement. Le premier bruit est devenu perceptible, l'impulsion cardiaque a été sentie, et le malade, réveillé de son agonie, a pu se nourrir.

Ces jours derniers, plus de deux mois après la transfusion à la suite d'une indiscrétion, M. S... a appris quelle opération il avait subie, ce dont il n'avait eu jusque-là aucune connaissance.

En m'entretenant avec lui de ce sujet, il m'a fait part d'un fait assez curieux. Il ne se souvient absolument de rien (et la lacune de sa mémoire occupe un espace de vingt-huit jours), sauf que deux fois il a perçu tout à coup un bruit épouvantable dans ses oreilles et vu une multitude de colonnes. Or, après chaque transfusion, le malade parlait sans cesse de milliers de colonnes, et nous nous demandions quelle pouvait être la cause de cette hallucination. Ne pourrait-on pas l'expliquer par le fait que la rétine, subitement rendue vivante par la transfusion, a donné au cerveau, par sa couche de bâtonnets, la perception d'une chambre aux mille colonnes (1)?

Je conclus en me demandant s'il s'agit, dans ce cas de transfusion, d'un fait exceptionnel, de hasard, et sans valeur au point de vue de la pratique générale, ou bien s'il s'agit d'un cas qui doit nous guider toutes les fois qu'un typhique, surtout quand il a perdu beaucoup de sang, se trouve dans l'impossibilité organique de vivre si le sang ne se renouvelle pas.

Beaucoup de typhiques meurent, en effet, au moment où la fièvre est jugée, par impuissance de refaire leur sang. Si à ce moment le médecin intervient par la transfusion, il aura, j'espère, plus souvent qu'on ne l'a cru jusqu'ici, la chance heureuse de sauver quelques existences.

Il faut bien avouer cependant que ce qui se passe en France et presque partout en Europe ne plaide pas en faveur de la transfusion. Mon ami Southey, de l'hôpital Saint-Barthelemy, à Londres, m'écrit que la transfusion n'est pas en faveur chez eux. Le docteur Fabricius (de Francfort) m'écrit qu'après avoir joui d'une grande vogue, la transfusion devient de moins en moins populaire.

Je suis disposé à croire, cependant, qu'il faut réagir contre ce découragement et fixer avec plus de soin qu'on ne l'a fait les indications de la transfusion. Il faut surtout que chaque médecin aie sous la main un bon appareil à transfusion, car les indications sont fugitives, et l'heure d'agir pour avoir un succès passe vite.

Quant au manuel opératoire et à la question des appareils, je n'entrerai pas auprès de vous dans des détails d'un intérêt secondaire. L'appareil de Moncoq est excellent, que ce soit celui de l'inventeur (cet homme modeste et bon, qui a rendu par ses travaux un immense service à la science) ou que ce soit le Moncoq modifié par Colin.

Le docteur Roussel (de Genève) préconise son appareil, qu'il appelle transfuseur, et qui a le grand avantage, suivant lui, de faire passer le sang directement du bras du sujet saigné dans les veines du malade. Je ne l'ai jamais vu fonctionner, mais je sais qu'il a été adopté par l'armée allemande et qu'il a rendu des services réels.

Je termine en demandant que chaque hôpital de province, chaque bureau de bienfaisance ait un appareil à transfusion; ce sera le meilleur moyen, peut-être, de sauver un certain nombre de vies.

(1) Nous ne donnons naturellement cette explication que sous bénéfice d'inventaire. On remarquera pourtant que rien n'est plus fréquent que les hallucinations provoquées par la mise en action subite d'un sens jusqu'aolrs endormi : les ouvrages des aliénistes sont remplis d'exemples de ce genre; les physiologistes eux-mêmes les admettent; Longet et plus récemment M. P. Regnard ont fait connaître des halluciartions et des rêves résultant du bruit du souffle produit dans les vaisseaux carotidiens au voisinage de l'oreille interne.

Pathologie interne.

Observation de chromidrose, par le docteur Dumas, de Lédignan (Gard) (1).

Obs. — Mlle X..., âgée de seize ans, bien constituée, mais lymphatique, née d'un père rhumatisant et d'une mère atteinte de coxalgie congénitale, n'a jamais eu d'autres maladies que celles qui sont le lot habituel de l'enfance. Réglée pour la première fois en juin 1879, à l'âge de quinze ans, elle fut placée, le 1er octobre suivant, dans une pension de Nîmes, pour y terminer son éducation. Malgré un travail un peu excessif, peut-être, sa santé se maintint bonne, et, contrairement à ce qui a lieu pour nos jeunes campagnardes enfermées dans une pension, les règles ne présentèrent jamais la moindre irrégularité. Le 4 février 1880, Mlle X... reçut sur la joue droite le contenu d'un encrier que lui lança, dans le feu de la discussion, une camarade un peu vive. Comme elle ne put se laver qu'un quart d'heure après environ, elle dut frotter vigoureusement sa joue avec un linge humide pour faire disparaître toute trace d'encre. Le lendemain, après une nuit un peu agitée, elle eut, dans la matinée, une *attaque de nerfs;* tel fut, du moins, le diagnostic de la maîtresse de pension, qui pensa que la dispute de la veille n'était pas étrangère à cette *crise*, et ne fit pas appeler de médecin. Du reste, la jeune fille fut vite remise et acheva même le travail commencé. Ce ne fut que deux heures après que, consultant son miroir, elle remarqua une large tache brunâtre sur la joue droite occupant toute l'étendue de la tache d'encre. Un médecin, alors appelé, prescrivit des lotions émollientes sur la joue et du fer à l'intérieur. Dix jours après, la tache avait à peu près disparu, lorsqu'une nouvelle *attaque de nerfs*, plus forte que la première, décida la maîtresse de pension à renvoyer Mlle X... chez elle. Le lendemain, les parents, justement inquiets, firent appeler un praticien sagace et habile, M. le docteur Auquier de Sommières. Notre sympathique confrère prescrivit le bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, et conseilla le repos de l'esprit et le séjour à la campagne. Dix à douze jours après survenait une nouvelle attaque, et la tache, qui était à peine visible, reprenait toute son intensité. C'est à ce moment, premiers jours de mars, que je vis Mlle X... pour la première fois. Voici dans quel état je trouvai Mlle X... et sa tache :

Mlle X... est de moyenne taille, mais bien prise, bien proportionnée; notre malade a le teint blanc, les cheveux châtain clair, les yeux bleus, le visage parsemé de taches de rousseur (éphélides); elle est triste, découragée, bien plus préoccupée de sa tache que de ses attaques; préoccupation bien légitime, car sa physionomie a quelque chose d'étrange et est loin d'être embellie par ce monstrueux grain de beauté d'un nouveau genre. De forme régulièrement arrondie, d'un diamètre de 5 à 6 centimètres, placée au milieu de la joue, qu'elle recouvre presque en entier, cette tache offre une teinte assez difficile à caractériser : au premier aspect, on la dirait uniformément gris foncé ou mieux noir terne; mais en regardant de plus près on voit, sur un fond brunâtre, se détacher un piqueté noir analogue à celui de la barbe, et on dirait que le tout a été recouvert d'un badigeon gris transparent. Toute la partie colorée est le siège d'une douleur sourde continue, lancinante par moments, qui se prolonge en haut sur la tempe et souvent même sur toute la moitié droite du crâne. L'hyperesthésie est telle sur toute l'étendue de cet exsudat qu'aucun raisonnement ne peut décider la malade à en laisser approcher le doigt; ce n'est donc que par la vue qu'il m'est possible de constater l'absence de toute épaisseur appréciable. Malgré ces souffrances assez vives et un moral très affecté, l'état général est excellent; il n'y a pas de fièvre, l'appétit est bon, la digestion se fait bien, le sommeil est calme et réparateur, et un léger embonpoint naturel persiste. J'ajoute que la menstruation est tout à fait normale. Mon diagnostic, je l'avoue, fut des plus incertains. Malgré une pratique déjà longue et surtout très étendue, je me trouvais en présence d'une maladie que je n'avais jamais vue, et, aveu plus humiliant, dont je n'avais jamais entendu parler; impossible de me prononcer avant d'avoir fait des recherches bibliographiques ou d'avoir pris l'avis d'un confrère plus expérimenté ou plus instruit. Qu'on me permette de ne pas me montrer ingrat : ce fut le diagnostic du docteur Charazac qui me mit sur la voie, et c'est dans le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre que je trouvai une courte, mais substantielle monographie de la *chromidrose*. Telle était, en effet, la maladie que j'avais sous les yeux; mais, dans le doute où je me trouvais alors, je n'avais qu'une chose à faire : continuer le traitement du docteur Auquier, et revenir bientôt revoir ma malade.

Trois jours après, je suis de nouveau appelé : Mlle X... a toujours sa tache, qui la fait de plus en plus souffrir, et elle a eu la veille une attaque de nerfs qui n'a pas duré moins d'une demi-heure. Je passe sur la description que m'en fait la mère; c'était évidemment des phénomènes hystériformes, avec les sanglots, les larmes, les urines abondantes et claires de la fin. Comme ma malade est encore au lit, j'en profite pour compléter mon premier examen, un peu trop local. Le cœur est sain, la circulation normale; pas de bruits de souffle dans les carotides ni ailleurs; le pouls bat 70, et la température, prise dans l'aisselle, est de 37°,6; le ventre est souple, indolore; les régions du foie et de la rate normales; mais quand ma main arrive sur la région de l'ovaire droit et exerce une pression modérée, la malade pousse un cri étouffé et rejette la tête en arrière, tandis que les bras et les jambes sont projetés dans tous les sens. La mère, effrayée, s'écrie aussitôt : « Mon Dieu! la crise de cette nuit va la reprendre. » Je retire la main, et tout rentre dans l'ordre; je comprime de nouveau, et les mêmes phénomènes se reproduisent; et ainsi, par trois fois, je provoque et j'arrête à volonté une attaque hystériforme. Je porte alors la main sur la région ovarique gauche, mais c'est en vain que je comprime deux ou trois fois plus fort qu'à droite, je ne parviens qu'à mettre en jeu une sensibilité normale sans retentissement sur d'autres points. L'examen terminé, je prescris une dose quotidienne de 4 grammes de bromure de potassium par jour, et, quoique la malade ne me semble pas anémique, je conseille le fer.

Il serait long et fastidieux de relater en détail chacune de mes visites; je puis résumer en quelques mots ce qu'il importe de savoir : le bromure potassique avec le fer d'abord, puis seul ensuite, la poudre de valériane, l'huile de foie de morue, l'hydrothérapie en douches froides générales, tout échoua. L'exsudat diminuait et disparaissait même, puis revenait de quatre à huit jours après; les attaques hystériformes se rapprochaient ou s'éloignaient, les intervalles variant entre huit et douze jours, sans qu'il me fût jamais possible de saisir la moindre corrélation entre ces deux phénomènes morbides; séparés, sur deux malades, ils ne m'auraient pas semblé plus indépendants l'un de l'autre. Je puis en dire autant de la menstruation : toujours régulières et normales, les règles ne me parurent jamais exercer la moindre influence sur l'exsudat ou les attaques nerveuses. Jusqu'à ce moment, j'avais cru à une *névropathie*, dont l'exsudat n'était en quelque sorte qu'un accident, un effet; mais en présence de l'échec de moyens ordinairement si efficaces, surtout chez les jeunes personnes habitant la campagne, j'eus l'idée que l'exsudat, la *chromidrose*, au lieu d'être effet, était peut-être cause, et que cette prétendue *névropathie* n'était ainsi qu'une dermatose. En conséquence, je prescrivis l'arsenic, que l'on considère, à bon droit, comme le vrai remède, j'allais dire le spécifique de l'herpétisme, et je donnai la préférence à la liqueur de Fowler. La dose, d'abord de 3 gouttes matin et soir, dans une infusion de pensées sauvages, fut rapidement portée à 8 gouttes par tasse, 16 par jour.

L'exsudat, très apparent au début du traitement, avait tout à fait disparu le vingt-cinquième jour, et l'attaque qui eut lieu le quinzième jour fut sensiblement plus courte et plus légère que les précédentes. Au quarante-cinquième jour du traitement, le 15 juin, la malade, se croyant guérie, alla en visite chez sa grand'mère, et cessa de prendre les gouttes arsenicales. Le 2 juillet, l'exsudat reparaissait; le traitement fut aussitôt repris; mais Mlle X... se trouvant faible et un peu dégoûtée, je remplaçai la liqueur de Fowler par l'arséniate de fer (5 milligrammes par jour). Huit jours après, la malade eut une forte crise nerveuse, qui heureusement fut la dernière; la compression de l'ovaire droit, que j'avais conseillée à la mère, ne fit qu'aggraver les souffrances; on dut y renoncer. Depuis lors, six mois environ, Mlle X..., aussi fraîche, aussi gaie que par le passé, a repris ses études et se croit tout à fait guérie. Le traitement par l'arsenic fut continué deux mois encore.

Quelle est la nature de la maladie dont je viens de relater l'observation? L'exsudat est-il l'accident, l'épiphénomène d'une *névropathie*, de l'hystérie le plus souvent; ou bien l'exsudat est-il la maladie, une vraie dermatose, dont les

(1) Les observations de chromidrose étant de celles dont on est en droit d'exiger des garanties indéniables d'authenticité, nous avons dû faire remarquer à l'auteur qu'il manquait à la sienne un complément essentiel, à savoir l'examen micrographique et chimique de l'enduit, et que le refus de la malade de laisser approcher le doigt de la tache, pour cause d'hyperesthésie faciale, pouvait être matière à suspicion. L'auteur, qui dit s'être assuré de la réalité de l'hyperesthésie et avoir des preuves morales suffisantes de la sincérité de sa cliente, ayant insisté pour l'insertion de son travail, nous n'avons pas cru devoir la lui refuser.

(*La Rédaction.*)

phénomènes nerveux ne sont que les effets? Les rares praticiens qui ont eu l'occasion d'observer la *chromidrose* se sont, en général, montrés très réservés sur la question de sa nature; il serait prudent et commode de les imiter, mais il est plus utile, sans doute, d'essayer une explication. L'auteur de l'article Chromidrose du *Dictionnaire* de Dechambre, J. Parrot, frappé de la fréquence des accidents nerveux, se croit autorisé à conclure que cette maladie est une *névropathie*. L'argument n'est peut-être que spécieux. Cette fréquence prouve que la *chromidrose* s'accompagne fréquemment d'accidents nerveux, mais ne prouve rien de plus. Si toutes les maladies locales, toutes les maladies *cum materia*, qui éveillent, provoquent des manifestations nerveuses directes, sympathiques ou réflexes, devaient être rangées dans la classe des *névropathies*, la liste de ces affections en serait considérablement allongée, au grand préjudice de la science. L'hyperesthésie de l'exsudat, son siége à la face, la céphalalgie qui l'accompagne, la douleur continue ou lancinante dont il est le siège, le sexe, l'âge des malades, la tristesse, la mélancolie dans lesquelles il les plonge, voilà bien des raisons suffisantes pour expliquer l'ébranlement nerveux que la plupart des observateurs ont signalé, ébranlement qui est plus souvent qu'on ne pense l'apanage de l'herpétisme. Mais il y a plus, cette conception de la maladie rend parfaitement compte des cas rares, mais réels où manquent les accidents nerveux, tandis qu'il est bien difficile de comprendre une *névropathie sans symptômes nerveux*. Enfin, quoique le cas soit encore unique, l'efficacité de l'arsenic dans la *chromidrose* de Mlle X... est un argument qui n'est pas sans valeur: *Naturam morborum ostendit curatio*.

Conclusions. — En attendant que de nouvelles observations viennent infirmer ou confirmer cette manière de voir, je me crois autorisé à proposer au moins les conclusions suivantes :

1° Que Mlle X... était atteinte d'une *chromidrose*.

2° Que cette maladie est très probablement une des modalités de l'herpétisme.

3° Que l'arsenic est peut-être le meilleur agent à lui opposer.

CORRESPONDANCE

Vaccination et revaccination obligatoires.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Au sujet du rapport de M. Blot, directeur du service de la vaccine à l'Académie, sur le projet de loi Liouville, vous faites remarquer que cette dernière n'a pas à appuyer de projet, qu'elle doit se contenter d'émettre son avis.

Permettez-moi, à cette occasion, de vous présenter quelques observations qui ne sont pas sans importance. L'année dernière, au mois de juillet, j'ai eu l'occasion d'exprimer par la voie de votre journal ce que je pensais du projet soumis à la Chambre des députés. Ce qui m'étonne, c'est que, dans une question aussi importante que celle de l'obligation, on oublie d'insérer dans le projet de loi les clauses qui pourraient rendre réelle cette obligation. N'est-il pas puéril d'insérer l'obligation sans édicter en même temps les mesures coercitives contre les parents qui se refuseront à laisser recueillir du vaccin? On veut l'obligation, et l'on oublie de donner aux médecins vaccinateurs chargés de l'application de la loi les pouvoirs nécessaires pour être obéis et pour propager la vaccine, à savoir : les moyens de s'assurer la provision de vaccin nécessaire. Ce n'est point là une petite affaire (pardon de m'exprimer aussi vulgairement); il faut avoir pratiqué la vaccination à la ville et à la campagne, avoir connu le mauvais vouloir des populations, la concurrence des confrères, pour se faire une idée de la *non viabilité* d'une loi ainsi conçue : « La vaccination est obligatoire avant la première année. » Je disais dans ma dernière lettre : Réunissez à Paris un congrès de médecins vaccinateurs départementaux, et, après les avoir réunis, demandez-leur un projet de loi, et je vous réponds qu'ils ne vous soumettront qu'un projet pratique et sérieux. Or, avant de rendre obligatoire la vaccine, la première chose à faire, c'est :

1° D'organiser le service de la vaccine là où il n'existe pas.

2° De le réorganiser là où il existe.

3° De faire voter par les conseils généraux et les Chambres les sommes nécessaires pour assurer l'exécution du service par une rémunération digne et convenable du médecin.

Depuis trop longtemps les médecins sont exploités et par l'administration et par les sociétés de bienfaisance pour qu'ils laissent passer cette occasion de protester contre ce qui se fait sans eux! Que leurs voix soient entendues, et l'on n'arrivera pas au résultat auquel on semble aboutir : *commencer par la fin.*

Aujourd'hui, comme l'année dernière, je répète que, pour faire quelque chose de pratique, il faut à tout prix : 1° qu'on édicte des mesures coercitives contre les parents qui se refusent à laisser prendre du vaccin sur leurs enfants; 2° que nul certificat de vaccine ne puisse être délivré par un médecin autre que celui qui aura vacciné l'enfant.

A ce sujet, permettez-moi une observation qui vous montrera tout de suite que le plus grand obstacle à la propagation de la vaccine est encore ce fait que, après qu'un enfant a été vacciné par le médecin vaccinateur, on le soustraira à la tournée de révision, afin que ce médecin ne puisse recueillir du vaccin. On va ensuite demander à un médecin complaisant un certificat de vaccine.

Voilà deux écueils qui rendront le projet illusoire, si l'on n'y remédie pas par les mesures que j'ai indiquées plus haut.

Veuillez, etc.

Dr H. Bernard,
Médecin vaccinateur à Grenoble.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

(Fin. — Voyez le numéro 13.)

Sur quelques expériences relatives a l'action physiologique de l'« Erythrina corallodendron ». Note de MM. *Bochefontaine* et *Ph. Rey*. — L'*Erythrina corallodendron*, ou *mulungu*, est un grand arbre de la famille des Légumineuses (Papillionacées); il croît dans le nord du Brésil, où son écorce est vulgairement employée comme calmant et hypnotique, sous forme de décoction, de teinture et d'extrait.

Les expériences des auteurs faites sur des chiens les ont conduits à la conclusion suivante : L'ensemble de phénomènes, d'une part, et, d'autre part, la persistance de l'excito-motricité nerveuse et de la contractilité musculaire montrent que l'*Erythrina corallodendron* agit sur le système nerveux central pour en diminuer ou abolir le fonctionnement normal. L'écorce d'*Erythrina corallodendron* possède donc les propriétés calmantes qui lui sont attribuées au Brésil, et elle les doit sans doute à l'alcaloïde qu'elle contient, et que l'on peut désigner sous le nom d'*érythrine*.

Sur les lésions des os dans l'ataxie locomotrice. Note de M. *R. Blanchard*. — Les cliniciens ont reconnu que, dans l'ataxie locomotrice progressive, les os peuvent être le siège de deux phénomènes pathologiques bien distincts : on peut observer ou bien des fractures dites spontanées, siégeant vers le milieu de la diaphyse des os longs, ou bien de l'usure des épiphyses. On tend à admettre actuellement que ces deux ordres de phénomènes ne se rencontrent jamais sur un même malade et qu'ils s'excluent mutuellement.

Quelles sont les modifications chimiques ou anatomiques de la constitution intime de la substance osseuse dans le cas de fractures spontanées ou d'usure des épiphyses? M. P. Regnard s'est occupé déjà de la partie chimique de la question (*Comptes rendus*, t. LXXXIX, n° 24, p. 1041; 15 décembre 1879), et il a fait voir que, dans les cas d'arthropathie des ataxiques, l'os renferme beaucoup plus de graisse et beaucoup moins de phosphate de chaux qu'à l'état normal; l'os-

séine, les carbonates et les chlorures demeurent normaux. Il restait donc à étudier les modifications anatomiques survenues dans la substance osseuse au cours de la maladie : c'est ce que vient de faire l'auteur sur des pièces qu'ont bien voulu mettre à sa disposition MM. Charcot et Debove.

Si l'on examine une coupe transversale pratiquée sur un os non décalcifié à l'aide des procédés ordinaires, on constate au premier abord que les canaux de Havers sont considérablement dilatés; il y a donc résorption du tissu osseux au pourtour de ces canaux. Cette raréfaction de la substance osseuse ne marche pas toujours avec une égale rapidité sur toute la circonférence d'un même canal, mais il arrive au contraire fréquemment que l'érosion progresse plus vite en un certain point; si, dans le système de Havers voisin, le canal est le siège d'un processus analogue, il peut se faire que les deux canaux se rencontrent, et on les voit alors communiquer l'un avec l'autre, non point au moyen d'une anastomose normale, mais par une lacune pathologiquement creusée au sein du tissu osseux.

La résorption est d'autant plus accentuée qu'elle porte sur des systèmes de Havers plus rapprochés du centre de l'os.

Dans les os d'ataxiques examinés à l'état frais, on voit que tous ces canaux élargis sont remplis de graisse : c'est là sans doute ce qui explique en partie l'observation faite par M. Regnard d'une quantité considérable de graisse au cours de ses analyses chimiques.

Sur l'état virulent du fœtus chez la brebis morte du charbon symptomatique. Note de MM. *Arloing*, *Cornevin* et *Thomas*. — Il est établi par les observations de Braüell, Dorpat, Davaine que, sur la femelle atteinte de sang de rate, l'agent infectieux n'envahit pas le fœtus, et il résulte d'expériences inédites de M. Chauveau que les bactéridies ne gagnent pas les vaisseaux du fœtus, même après la mort de la mère, tant que les altérations cadavériques n'ont pas établi de libres communications entre les deux appareils circulatoires dans les placentas.

Mais que se passe-t-il dans le cas où la femelle est atteinte du charbon *symptomatique?* « Nous avons trouvé sous ce rapport, disent les auteurs du mémoire, une nouvelle différence à ajouter à celles que nous avons signalées précédemment entre les deux affections. »

Et ils relatent des faits desquels on peut conclure que, dans l'espèce ovine, le jeune sujet est affecté dans le sein de sa mère, atteinte du charbon *symptomatique*, de la maladie complète avec infarctus musculaire, œdèmes, sang virulent et microbes en bâtonnets, c'est-à-dire avec les lésions que l'on observe chez les adultes.

De la puissance toxique des microzymas pancréatiques en injections intra-veineuses. Note de MM. *J. Béchamp* et *E. Baltus*.

Les auteurs ont institué trois séries d'expériences. La première comprend cinq expériences, dans lesquelles on a injecté, à doses variables, des microzymas pancréatiques parfaitement isolés et lavés. La deuxième, deux expériences d'injection de microzymas pancréatiques putréfiés, mélangés à des microzymas de la fibrine et transformés en majeure partie en bactéries. La troisième, deux expériences d'injection de microzymas hépatiques.

Il résulte : 1° des expériences de la première série que l'injection dans le sang des microzymas pancréatiques isolés, jouissant de leur puissance digestive sur les matières albuminoïdes et la fécule détermine la mort presque immédiate, quand la proportion atteint 0gr,0001 par kilogramme du poids de l'animal; 2° des expériences de la deuxième série, que l'injection des microzymas pancréatiques putréfiés, ayant évolué en majeure partie en bactéries et privés à ce moment de leur puissance transformatrice normale, ne produit aucun accident; 3° des expériences de la troisième série, que l'injection des microzymas du foie est parfaitement inoffensive, fait qui vient encore à l'appui de la spécialité d'action des microzymas pancréatiques.

Séance du 28 mars 1881. — Présidence de M. Wurtz.

Des greffes iriennes. Pathogénie des kystes et des tumeurs épithéliales de l'iris. Note de M. *E. Masse*. — Des lambeaux de conjonctive, de petits morceaux de peau introduits dans la chambre antérieure de l'œil, à l'aide d'une incision faite à la cornée, se greffent assez facilement sur l'iris. Les lambeaux de ces tissus, abandonnés dans la chambre antérieure de l'œil, vont s'accoler à la face antérieure de l'iris; l'adhésion se fait sans qu'il existe une plaie au niveau de la greffe et sans que la greffe ait pénétré dans le tissu même de l'iris. Des cils ont également été greffés sur l'iris.

Les tissus greffés subissent d'abord une certaine résorption, les lambeaux irréguliers s'arrondissent et prennent une couleur blanche. Au bout d'un certain temps, la greffe prend la forme d'une petite perle fine; elle présente les plus grandes analogies avec les kystes et les tumeurs épithéliales qui se développent quelquefois sur l'iris de l'homme, après les plaies pénétrantes de la cornée. Les petites tumeurs qui se développent ainsi par la greffe peuvent se vasculariser, et l'on peut obtenir par la greffe irienne des tumeurs épithéliales et des tumeurs kystiques. Cette théorie, émise sans preuves expérimentales par Rothmund en 1871, peut être soutenue à l'aide des faits que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie.

Académie de médecine.

Séance du 5 avril 1881. — Présidence de M. Legouest.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales de Saint-Honoré, Saint-Sauveur, Saint-Gervais, Digne et Saint-Amand pour l'année 1879; 2° une demande d'autorisation d'exploiter l'eau de la source de la Révellle, à Sauxillanges (Puy-de-Dôme) ; 3° une semblable demande à l'effet d'introduire et de vendre en France l'eau de la source César à Roipertsweiler (Basse-Alsace). (*Commission des eaux minérales*.)

M. Petit se porte candidat à la place vacante dans la section de pharmacie.

M. le docteur Mandon (de Limoges), à l'appui de sa candidature dans la 1re division des correspondants nationaux, envoie un mémoire sur un cas de *Lypémanie déterminée par un phimosis congénital, guérison des deux affections par un procédé nouveau.*

M. le docteur Constantin (de Cuntre), transmet un *Traité sur la diphthérie*, ouvrage manuscrit.

M. le *Secrétaire perpétuel* dépose : 1° le Rapport du Conseil d'hygiène du Gers, pour 1880; 2° une *Étude sur le lait phosphaté*, par M. le docteur Mallet (de Nice); 3° une brochure de M. le docteur Cuni (de Bueno-Ayres) intitulée : *Movimento de la poblacion de la ciudad de Buenos-Ayres durante el ano* 1880; 4° le *Report of the executive Committee of the yellow-fever national relief commission organized at Washington*, september 11, 1878.

M. *Gueneau de Mussy* offre, au nom de M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux), une brochure *Sur les moyens de faire aboutir les projets d'organisation de la médecine publique.*

M. *Bourdon* dépose, de la part du M. le docteur Mongeot (de l'Aube), une note manuscrite *Sur les suites lointaines de la trachéotomie.*

M. *Moreau* présente, de la part des éditeurs, un volume intitulé : *L'œuvre de Claude Bernard.*

M. *De Villiers* transmet, au nom de M. le docteur Charnaux (de Vichy), une note manuscrite sur *l'Étiologie de la variole.*

M. *J. Guérin* fait hommage, de la part de M. le docteur A. Macé (de Nice), d'un *Guide aux villes d'eaux, bains de mer et stations hivernales.*

M. *N. Gueneau de Mussy* offre, au nom de M. le docteur Baréty (de Nice), un mémoire sur *La laryngite striduleuse (faux-croup) considérée comme un des symptômes de l'engorgement aigu des ganglions lymphatiques trachéo-bronchiques.*

M. *Alphonse Guérin* présente une sonde gastrique à double courant, imaginée par M. le docteur Audhoui.

M. *Bouley* fait part à l'Académie du décès de M. *Hering* (de Stuttgardt), l'un de ses membres correspondants étrangers dans la division de médecine vétérinaire; M. le Président se fait l'interprète des regrets que cette perte cause à l'Académie.

Vaccination et revaccination obligatoires. — La discussion du rapport de M. Blot, déjà commencée par M. Depaul à la fin de la séance précédente, s'est continuée par deux discours de M. Fauvel et de M. Jules Guérin et se terminera vraisemblablement dans la séance prochaine. Nous serons bref dans le compte rendu de ces discours en raison des appréciations formulées dans les articles qui précèdent.

M. *Fauvel* pense qu'il n'appartient pas à l'Académie de se prononcer sur les moyens extra-médicaux inscrits ou à inscrire dans le projet de loi pour assurer l'obligation; cela n'est pas de la compétence de l'Académie, et regarde les juristes du Parlement; cependant, puisque M. Depaul a porté son argumentation sur ce terrain, il se voit obligé de l'y suivre, afin qu'on ne puisse croire que ses arguments l'aient touché ou qu'il soit indifférent à la suite qui peut être donnée à sa conclusion. Après avoir montré combien l'opposition des antivaccinateurs est peu sérieuse, et qu'elle s'appuie sur des assertions sans preuves et mille fois réfutées, sur des statistiques erronées, il montre combien il est inutile de faire un reproche à la loi d'établir une obligation avant que les moyens d'exécution aient été assurés, et combien cette loi peut rendre de services en obligeant les pouvoirs publics à prendre les mesures depuis si longtemps réclamées et différées, à rendre la vaccination d'un accès facile à tous, à en entourer l'application de toutes les garanties désirables; en d'autres termes, à réorganiser le service actuel de la vaccine, si défectueux et si insuffisant; mais dans les questions d'hygiène, de prophylaxie, dit-il, dans ces questions qui n'ont pas encore aux yeux des populations et des pouvoirs publics toute l'importance qu'elles méritent, c'est en vain qu'on demandera de l'argent aux Assemblées délibérantes si on ne les a pas amenées à reconnaître la nécessité de rendre obligatoire la mesure à prendre. Quant aux critiques faites des sanctions pénales édictées par la loi, elles sont, comme toutes celles de ce genre, soumises à controverse et même à plaisanteries; c'est aux juristes à choisir, à se prononcer à cet égard; toute loi restrictive d'ailleurs suppose une sanction pénale, quelle qu'elle soit.

M. Fauvel termine en se déclarant convaincu que l'Académie adoptera, pour ainsi dire, d'acclamation la réponse favorable proposée par sa commission à la demande du gouvernement.

— M. *Jules Guérin* commence par se prévaloir de tous les efforts qu'il a faits en faveur de la vaccine, « cette glorieuse et utile conquête », pour qu'on ne se méprenne pas sur l'opposition qu'il veut faire à la loi proposée; rendre la vaccination obligatoire lui paraît non seulement inutile, impraticable et attentoire à toutes les libertés, mais encore contraire aux progrès de la science, aux prérogatives de la profession et à l'intérêt même de la vaccine. La commission a invoqué: 1° l'exemple des pays où la vaccine obligatoire a été proclamée; mais ni la Belgique, ni l'Italie, ni l'Espagne, ni la Hollande, ni la Russie, ni l'Autriche, ni la Hongrie, ni les Etats-Unis ne l'ont adoptée jusqu'ici; 2° l'opinion des corps savants et des congrès qui l'ont déclarée utile, et l'ont réclamée; on peut objecter que le contraire s'est produit en 1879 au congrès d'Eisenach, en 1880 au congrès de Gênes; 3° les statistiques qui en prouveraient l'avantage; on peut citer d'autres statistiques contradictoires. Au reste, à ce sujet, M. Jules Guérin cherche à montrer les insuffisances et les méprises des statistiques: ainsi, l'on apprécie la durée de la préservation vaccinale d'après les cas de variole survenus chez les sujets vaccinés, sans tenir compte des vaccinés plus nombreux qui n'ont pas été repris de variole; il ne faut pas négliger non plus de comparer avec le chiffre proportionnel de la population et le chiffre de la mortalité générale; car l'abaissement du chiffre des décès des varioleux que l'on constate par certaines périodes n'a certainement qu'une part proportionnelle dans la réduction du chiffre de la mortalité générale. Certaines statistiques tendraient à prouver que ce seraient les sujets vaccinés et revaccinés qui auraient eu le triste privilège de contracter les premiers la variole au début des épidémies, priorité contrastant avec une immunité proportionnellement plus considérable des non vaccinés au milieu des foyers épidémiques. Tout cela est, à la vérité, sujet à réserve, et montre que de part et d'autre on n'a émis que des opinions contradictoires. Il faut donc recourir à d'autres motifs de détermination, à des sources d'inspirations et de résolutions plus sérieuses et plus élevées.

La vaccine n'est encore aujourd'hui qu'un simple moyen prophylactique provisoire en face d'une terrible maladie dont la cause et le véritable remède sont ignorés; des efforts sont faits pour remplacer la vaccine, soupçonné de certains méfaits, par des méthodes plus propres à expulser de l'économie le virus varioleux; est-ce donc à une Académie qu'il appartient de s'associer à une sorte de *veto*, proclamant l'obligation de s'en tenir à un remède empirique déjà battu en brèche de bien des côtés. C'est imposer une barrière à la thérapeutique de la variole.

Qu'on suppose en outre qu'un médecin jouissant des privilèges que lui confère son diplôme, ne relevant que de sa science et de sa conscience, ne croie plus à la vaccine, ne veuille plus vacciner et conseille de ne pas faire vacciner. Quelle justice pourra entrer en conflit avec l'autorité du médecin pour juger entre son droit imprescriptible et l'obligation imposée à son client; il y a là, comme on l'a dit au Reichstag allemand, une inégalité de droit inconciliable avec la dignité de la loi. D'ailleurs, les opinions sont si contestables et si contestées sur la vaccination qu'il serait téméraire et arbitraire d'établir sur ce terrain une légalité non suffisamment justifiée. Qu'on prenne garde aussi, en imposant cette pratique, d'obtenir, non pas, comme on l'a dit, une application plus étendue et plus complète, mais bien des sources d'ennuis, de froissements et de résistances. La vaccine court grand risque alors de perdre tout le prestige de ses bienfaits. Après avoir rappelé, sans insister, les diverses difficultés d'application qui ont été soulevées, M. J. Guérin s'élève contre l'inconséquence de la commission qui n'a pas osé demander la revaccination obligatoire, que d'ailleurs il n'admet pas davantage; il pense qu'il serait peut-être préférable de chercher à obtenir des pouvoirs publics pour la propagation utile de la vaccine une partie de la contribution qui serait refusée au système trop onéreux de la vaccine obligatoire et il termine en adjurant l'Académie de se souvenir de l'arrêt du Parlement de France en 1566 en réponse à la proscription demandée contre l'émétique par la Faculté de médecine. L'arbitraire pour la vaccine et l'arbitraire contre l'émétique ne diffèrent pas grandement; ils pourront avoir même succès.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Hémorrhagies dans la fièvre paludéenne (M. Sorel): M. Colin. — Endocardite ulcéreuse végétante: M. Du Cazal. — Scrofule et tuberculose: M. Vidal.

M. *Léon Colin* présente à la Société une note de M. Sorel, médecin-major, membre correspondant, sur un cas d'*hématurie intermittente*. C'est là un nouveau fait à l'appui des recherches publiées déjà par l'auteur dans la *Gazette hebdomadaire* sur les congestions locales observées dans le cours de l'impaludisme. Le malade dont il est aujourd'hui question, était atteint d'hématurie dès le début de l'accès, au moment où l'ischémie périphérique qui précède le frisson s'accompagne de refoulement de la masse sanguine vers les viscères. Dans les intermissions, l'urine redevenait absolument normale; d'autre part, à mesure que l'individu avançait vers la cachexie, les hématuries disparurent, preuvent évidentes qu'il ne s'agissait pas là d'un processus inflammatoire, d'une *néphrite*, mais bien d'un trouble purement fonctionnel lié au mécanisme physiologique de l'accès.

— M. *Du Cazal* présente un cœur atteint d'endocardite végétante ulcéreuse. Le malade, à l'autopsie duquel on a constaté

les lésions qui font le sujet de la communication de M. Ducazal, était un homme de vingt et un ans, soldat depuis huit mois, ne présentant aucun antécédent pathologique de quelque importance, et qui fut pris, le 9 septembre 1880, d'un léger point de côté à droite, accompagné de quelques frissons. Il entra à l'hôpital de Cambrai, où il fut soigné pour une pleurésie légère qui motiva son envoi en congé de convalescence quarante jours après. Il était dans sa famille à Levallois-Perret, lorsqu'il ressentit de violentes palpitations cardiaques suivies d'anasarque : il entra, pour ce fait, au Val-de-Grâce, le 30 décembre. Il avait la face bouffie, mais n'offrait que peu d'œdème autour des malléoles; sa respiration était courte, suspirieuse; le moindre mouvement pour prendre la position assise déterminait une crise de dyspnée effrayante. L'examen de la région précordiale révélait une ondulation manifeste, s'étendant de la clavicule jusqu'au dessous du mamelon, au niveau où battait la pointe du cœur, èt la moindre pression sur cette portion du thorax déterminait une douleur excessive interdisant toute percussion. A l'auscultation on constatait un souffle râpeux du second temps à la base. L'urine, réduite à un minimum de 200 grammes en vingt-quatre heures, renfermait de l'albumine. Il n'y avait pas de symptômes typhiques. Dans la nuit du 31 décembre au 1er janvier, ainsi que dans la nuit suivante, le malade eut une syncope d'assez longue durée et la mort survint le 2 janvier au matin. A l'autopsie, on trouvait un foie et des reins, manifestement cardiaques; une rate congestionnée, diffluente. Le péricarde renfermait de quatre à cinq cents grammes de liquide, sans traces de péricardite; le cœur était volumineux et paraissait dilaté. Le cœur droit était absolument sain, de même que la valvule mitrale; sur les valvules sigmoïdes de l'aorte on rencontrait des végétations en forme de choux-fleurs, entourées à leur base de petites ulcérations assez profondes; sur ces végétations étaient implantés de longs caillots de fibrine; enfin, on constatait dans les mêmes points des dépôts athéromateux. L'insuffisance des valvules aortiques était considérable. M. Du Cazal avait pensé tout d'abord à une endocardite ulcéreuse végétante, sans doute à l'endocardite parasitaire de Klebs; puis, en présence des lésions athéromateuses, il admit une endocardite ulcéreuse consécutive à de l'athérome aortique ancien. L'examen histologique, pratiqué par M. Kiener, a révélé que les lésions athéromateuses et celles de l'endocardite ulcéreuse ont marché de pair et sont contemporaines. Cette observation paraît intéressante à divers points de vue : le volume considérable des végétations comparé à la courte durée de l'affection, l'âge du malade, l'absence de toute cause héréditaire, diathésique ou acquise, enfin le mode probable de la mort. En effet, les lésions, très localisées, ne remontaient pas au-dessus des artères coronaires, dont une était manifestement envahie par le processus pathologique et en partie oblitérée; on peut donc penser, en rapprochant de cette topographie des lésions la douleur phrénique intense et les syncopes terminales, que la mort a été déterminée par une angine de poitrine symptomatique de l'altération des coronaires et de l'anémie cardiaque consécutive.

M. *Ducastel* a souvent constaté l'athérome des valvules dans l'endocardite récente; il pense que ces lésions athéromateuses sont loin d'être toujours le résultat d'un processus ancien lorsqu'on les rencontre unies aux lésions de l'endocardite ulcéreuse.

M. *Kiener* fait remarquer qu'on se trouve assez embarrassé pour dénommer un cas semblable, tant au point de vue histologique qu'au point de vue clinique; on constate en effet des petites plaques d'athérome et des foyers d'hyperplasie, formés par des amas de cellules embryonnaires qui, par place, se sont ramollies et ont donné naissance à de petits abcès suivis d'ulcérations; il faut donc, de par les lésions anatomiques, admettre un processus intermédiaire à l'endocardite aiguë et à l'endocardite chronique, une sorte d'endocardite subaiguë. De même, le ramollissement de la rate, qui indique la nature infectieuse de l'affection, semble en contradiction avec l'absence d'embolies et de symptômes typhiques. Quant à l'étiologie, elle n'a pu être déterminée, toutes les causes ordinaires de l'endocardite végétante ulcéreuse faisant ici défaut.

— M. *Vidal* croit que la question des *rapports de la scrofule et de la tuberculose* a été placée sur son véritable terrain par M. Villemin : l'inoculation est la pierre de touche qui permettra de distinguer les deux affections. Il est bien certain que si les lésions scrofuleuses étaient monogéniques, que s'il existait un néoplasme spécial, caractéristique de la scrofule, la solution du problème ne se ferait pas attendre; mais il n'en est rien, le *scrofulôme* de M. Grancher n'a pas de caractère anatomique qui lui soit propre, puisque c'est le follicule tuberculeux de Köster, puisque M. Grancher lui-même admet que c'est la phase embryonnaire de la granulation grise adulte : c'est là la théorie de l'unité, la scrofule engendre la tuberculose. C'est d'après ce principe que le lupus, qui se montre surtout chez les scrofuleux, a d'abord été rangé dans la scrofule, puis lui a été enlevé par Friedlander et Köster pour être donné à la tuberculose, parce que l'histologie révélait dans les lésions du lupus la cellule géante de Schüppel et le follicule tuberculeux. Il y a erreur de part et d'autre : le lupus n'appartient pas plus à la scrofule qu'à la tuberculose; ce n'est ni une scrofulide, ni une tuberculose de la peau. Le tubercule de la peau existe, il est identique à celui des autres régions et ne ressemble en rien au lupus. M. Vidal rapporte l'observation d'un homme de vingt-deux ans qu'il a soigné dans son service à l'hôpital Saint-Louis et qui, atteint de phthisie pulmonaire à la troisième période, présentait sur la poitrine, depuis sept mois, de petites tumeurs cutanées grosses comme un pois; la peau, d'abord de coloration normale à leur niveau, rougit, puis s'ulcéra et donna naissance à une matière épaisse et à du pus caséeux. Plusieurs autres petits nodules se montrèrent autour d'un œil, sur un bras et sur les épaules; en tout, une vingtaine environ. L'un de ces nodules cutanés ouvert renfermait de la matière caséeuse. Des croûtes se formèrent au niveau des ulcérations, puis la cicatrisation se produisit. MM. E. Besnier et Lailler, qui examinèrent le malade avec M. Vidal, confirmèrent le diagnostic de tuberculose de la peau; d'ailleurs, l'examen histologique permit de constater des granulations grises avec commencement de caséification à leur centre. D'autres observations de même ordre ont été recueillies par Coyne et par Jabrich. On voit que la marche et l'anatomie pathologique de cette affection sont bien différentes de celles du lupus; la cellule géante que l'on rencontre dans ce dernier n'a aucun caractère de quelque importance, on la trouve dans tous les produits de néoformation endothéliale. On pourrait se demander s'il n'y aurait pas dès lors deux formes de tuberculose cutanée : 1° le lupus, 2° le tubercule que décrit M. Vidal; la clinique vient donner un démenti à cette hypothèse : le lupus n'est pas héréditaire; les descendants de lupiques ne sont pas plus que les scrofuleux prédisposés à la tuberculose; en outre, le lupus ne s'accompagne pas de généralisation viscérale de tubercules, ni de lésions ganglionnaires permanentes. Enfin, les inoculations du lupus pratiquées par Auspitz, Pick et par M. Kiener ont été constamment suivies de résultats négatifs. — Quant aux lésions osseuses ou articulaires des scrofuleux, sont-elles toutes, ainsi que le veut M. Villemin, du domaine de la tuberculose? Le périoste, les synoviales de ces individus ne peuvent-ils réagir que sous l'irritation de nature tuberculeuse? Les scrofuleux peuvent présenter des arthrites et des périostites suppurées non tuberculeuses; de même, les adénites peuvent être parfois chez eux des inflammations suppuratives communes sans tuberculisation. Les scrofuleux sont nés avec un vice originel, consistant dans le développement exagéré du système lymphatique, dans son irritabilité exces-

sive et dans une prédisposition, signalée par Wirchow, à la caducité précoce des néoformations inflammatoires; il est impossible de déterminer le point où finit le lymphatisme, où commence la scrofule. C'est donc, en résumé, une prédisposition héréditaire, une *diathèse*. La tuberculose au contraire est reconnue par tous une *maladie* définie; elle est inoculable, ainsi que l'ont prouvé de nombreux expérimentateurs et surtout H. Martin, qui a constaté par des inoculations en série que le pouvoir infectieux du tubercule s'accroît par une nouvelle inoculation à un animal de même espèce. Le tubercule obtenu par l'inoculation de produits pathologiques divers ne s'accompagne pas de généralisation viscérale et n'est plus réinoculable dès la troisième, et parfois dès la seconde expérience d'une série; aussi ne devra-t-on conclure à la nature tuberculeuse vraie des produits pathologiques consécutifs à une inoculation que si ces produits tuberculeux sont infectieux et réinoculables à une série d'animaux de la même espèce.

— A cinq heures, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Traitement du genu valgum par l'ostéotomie. — Observation de hernie musculaire. — Nouveau procédé pour la restauration de la sous-cloison des fosses nasales. — Névrome traumatique. — Traitement de l'anthrax. — Présentation de malades.

M. *Terrillon* lit un rapport sur une observation d'ostéotomie adressée à la Société de chirurgie par M *Bauregard* (du Havre).

Un jeune homme de dix-sept ans, avait un genu valgum dont le début remontait à trois ans; la marche était difficile; la jambe droite faisait avec la cuisse un angle de 140 degrés. Opération le 10 juillet 1880. M. Beauregard fit une incision à la partie interne du genou, dans l'interstice des muscles droit interne et couturier; section avec le ciseau des trois quarts du condyle et rupture du reste. L'opération dura vingt minutes. Méthode de Lister. Application d'un appareil plâtré. Le 2 août, le membre était consolidé. Le membre est parfaitement redressé, et la marche est facile.

Cette pratique est-elle applicable à tous les cas de genu valgum? En décembre 1879, M. Terrillon avait déjà fait un rapport sur une première observation de M. Bauregard; depuis, l'opinion du rapporteur s'est un peu modifiée. Alors, il était partisan du redressement brusque selon la méthode de Delore. En effet, grâce à l'appareil Collin, on peut agir avec sécurité chez les jeunes gens, et séparer la diaphyse de l'épiphyse. Mais quand le cartilage est ossifié, ce moyen échoue, et l'ostéotomie est la seule ressource. Cette dernière opération n'entrera dans la pratique que comme ressource exceptionnelle.

M. *Desprès*. Ces opérations sont le plus souvent inutiles. D'abord, on constate une grande amélioration, puis la jambe reprend sa mauvaise direction. Aucune opération ne peut redresser définitivement le genu valgum.

M. *Tillaux* n'est pas de l'avis de M. Desprès. Le redressement se maintient définitivement. M. Tillaux peut publier douze à quinze observations qui le prouvent. Dans la majorité des cas, on décolle l'épiphyse, ce qui explique la guérison définitive.

Quels sont au bout de quelques années les résultats de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie? Cette question est encore à l'étude. Peu de chirurgiens ont fait l'ostéotomie en France, et il est difficile de se prononcer en connaissance de cause.

M. *Terrillon*. Les faits ne sont pas assez nombreux pour permettre une étude comparative des deux opérations.

— M. *Farabeuf* fait un rapport sur une observation de M. *Larget :* Hernie du muscle jambier antérieur. Un homme de vingt-six ans, portait à la partie antérieure de la jambe gauche une tumeur du volume d'une olive, non pédiculée, sans souffle ni battements. Le malade ne peut donner aucun renseignement sur les débuts de cette tumeur. M. Larget a reconnu une hernie du muscle jambier antérieur à travers une fente de l'aponévrose.

— M. *Terrier* fait un rapport sur une note de M. *Demons* (de Bordeaux); nouveau procédé pour la restauration de la sous-cloison des fosses nasales.

— M. *Duplouy* (de Rochefort) communique une observation de névromes développés dans la cicatrice d'une désarticulation de l'épaule. Le plus souvent on observe ces névromes dans les moignons de la jambe ou de la cuisse.

Un homme avait subi la désarticulation de l'épaule, il y a dix ans, par le procédé de l'épaulette. Deux orifices fistuleux persistaient; l'introduction d'un stylet provoquait de vives douleurs et faisait reconnaître une tumeur ovoïde ressemblant à un ganglion induré. M. Duplouy agrandit les orifices fistuleux et enleva trois névromes appendus aux branches du plexus brachial et adhérents à la cicatrice. Le malade guérit. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de névromes fasciculés.

— M. *Le Fort* a vu employer en Allemagne et en Russie la curette tranchante pour le traitement de l'anthrax; depuis il a appliqué ce traitement à plusieurs malades qui s'en sont bien trouvés. On fait une incision sur l'anthrax, et on enlève le tissu malade avec la curette.

M. *M. Sée*. Ce procédé abrège beaucoup la durée du traitement, cependant l'incision cruciale donne des délabrements considérables.

Depuis deux mois, M. Sée donne la préférence au procédé de Hueter; il faut l'appliquer dès le début du mal. On fait sur la périphérie de la tumeur une piqûre par laquelle on passe un ténotome qui coupe toutes les brides fibreuses; on réduit ainsi l'anthrax en une collection purulente ordinaire dans laquelle on pratique des injections phéniquées. La peau est généralement conservée.

M. *Tillaux*. C'est la méthode sous-cutanée d'Alphonse Guérin, connue depuis au moins quinze ans. Une incision prématurée peut-elle arrêter la marche de l'anthrax? Dans certains cas elle ne l'arrête pas. Si l'incision ne limite pas la maladie, à quoi peut-elle servir? A faire cesser la douleur. Si l'anthrax n'est pas douloureux, M. Tillaux n'incise pas et la durée n'est pas plus longue.

M. *Marjolin*. Quand on fait partir l'incision de la limite apparente de l'anthrax, souvent on est en dedans de la limite réelle, et c'est pour cela que l'incision est impuissante.

M. *Le Dentu* a traité dernièrement quatre personnes atteintes d'anthrax grave ; il a incisé largement et les résultats ont été favorables. L'incision doit être pratiquée du sixième au septième jour; comme pansement, employer une solution iodée d'acide borique.

M *Le Fort*. L'incision prématurée fait toujours avorter la furoncle; parfois on réussit dans l'anthrax, en faisant partir l'incision des parties saines. Pour faire le curage, une simple incision suffit, c'est le traitement de l'anthrax bien développé; mais quand le mal est au début, M. Le Fort préfère les incisions radiées.

— M. *Nicaise* présente un malade sur lequel il a pratiqué l'arthrotomie pour une arthrite suppurée du genou. La jointure a retrouvé tous ses mouvements.

— M. *Nepveu* présente un homme atteint de pseudarthrose de la jambe à la suite d'une fracture.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Caractères de la contracture dans l'hypnotisme chez les hystériques : MM. Charcot et P. Richer. — De la différenciation en physiologie : M. Delaunay. — Dégénération des nerfs dans un cas d'eschars dus au décubitus : MM. Déjerine et Leloir. — Nerfs crâniens chez un monstre otocéphale : M. Mathias Duval. — Spirochœte dans la cavité buccale du chien : M. Rapin. — Altérations de l'œil à la suite de la section du trijumeau : M. Poncet (de Cluny).

M. *Richer*, au nom de M. *Charcot* et au sien, continue à exposer les phénomènes neuro-musculaires qu'ils ont observés pendant l'hypnotisme chez les hystériques. La contracture permanente provoquée est tellement énergique qu'il est impossible de la vaincre par la force ; une simple malaxation des muscles antagonistes suffit au contraire pour le faire cesser aussitôt.

Si on réveille le malade pendant la contracture, il peut se présenter trois cas : 1° la contracture disparaît ; 2° elle persiste ; 3° elle ne persiste qu'autant qu'on a rendu la malade cataleptique, en lui ouvrant les paupières, avant de la réveiller. Lorsque la contracture persiste après le réveil, elle présente la plus grande analogie avec la contracture hystérique ; pour la faire cesser, il faut rendormir le malade et agir sur les muscles antagonistes. Lorsqu'on applique un aimant sur les muscles contracturés, on observe une exagération de la contracture : si l'aimant est placé sur la région symétrique du côté opposé du corps, on produit la contracture de cette région, et on fait cesser, la contracture primitive. Il faut également rendormir la malade pour faire disparaître la contracture transférée.

L'anémie d'un membre au moyen de l'appareil d'Esmarch empêche la contracture de se manifester quand on touche un muscle ; mais, dès que le sang est rendu au membre, la contracture se produit sans qu'il soit nécessaire de toucher de nouveau au muscle. On peut, par l'application d'un aimant sur le membre du côté opposé, transférer de ce côté la contracture latente qui ne s'était pas manifestée dans le membre anémié.

Toutes ces expériences plaident en faveur de la nature réflexe de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

M. *P. Bert* dit qu'il faudrait essayer l'action des anesthésiques pendant l'hypnotisme ; il est probable qu'ils empêcheraient le transfert de la contracture de se produire pendant leur action.

M. *Dumontpallier* demande si l'on fait cesser la contracture transférée en malaxant les muscles antagonistes du côté où siégeait primitivement la contracture.

M. *Richer* répond que les muscles antagonistes n'agissent que du côté où siège la contracture.

— M. *Delaunay* donne les conclusions de ses recherches sur la différenciation en physiologie, en pathologie et en thérapeutique : il admet des maladies antagonistes, les unes qui résultent d'un excès, les autres d'un manque de nutrition, et il croit que la thérapeutique n'est efficace qu'autant qu'elle réalise un état moyen de nutrition.

— M. *Leloir*, au nom de M. *Déjerine* et au sien, rend compte de l'examen qu'ils ont fait des nerfs cutanés chez une femme de soixante ans, atteinte de rhumatisme chronique dont la marche a été très rapide, et qui a été accompagné d'une atrophie musculaire considérable et d'une eschare due au décubitus. Au niveau de cette lésion, les nerfs présentaient les altérations de la névrite parenchymateuse : les nerfs musculaires étaient également altérés.

— M. *Mathias-Duval* a étudié les nerfs crâniens d'un embryon de mouton otocéphale, c'est-à-dire dont la tête atrophiée est réduite aux deux oreilles soudées sur la ligne médiane. Le bulbe est terminé par une surface arrondie, il présente des rudiments des nerfs facial et moteur oculaire externe. En pratiquant des coupes de ce bulbe, on trouve les noyaux d'origine de ces deux nerfs, mais il n'y a pas trace de la racine descendante du trijumeau. Ce fait s'explique par le développement des nerfs. On sait, en effet, que les racines antérieures sont un prolongement des cellules de la moelle ; les racines postérieures au contraire, d'après les recherches de M. Duval, viennent du ganglion rachidien, lequel n'est qu'un diverticulum de la moelle séparé et différencié : de ce ganglion partent des fibres périphériques et des fibres qui vont se souder à la moelle. La loi de Waller devait faire prévoir ce mode de développement. Dans le monstre étudié par M. Duval, il n'est pas étonnant que la racine du trijumeau manque, puisque le ganglion n'a pu se développer, la protubérance n'existant pas.

— M. *Malassez* présente, au nom de M. *Rapin*, une note sur l'existence d'un spirochœte spécial dans la cavité buccale du chien.

— M. *Poncet* (de Cluny) présente le résultat de recherches qu'il a entreprises avec M. Laborde pour reconnaître quelles sont les suites de la section de la cinquième paire sur les membranes oculaires.

Après avoir démontré que tous les auteurs, aujourd'hui, regardent la kératite consécutive comme liée aux traumatismes multiples antérieurs, M. Poncet fait intervenir, dans les troubles oculaires, l'action des nerfs vaso-moteurs et moteurs de la cinquième paire. Le nerf moteur est celui que François-Franck a découvert entre le trou déchiré postérieur et le ganglion de Gasser. Ce nerf tient sous sa dépendance la dilatation de l'iris. Pour les vaso-dilatateurs qui se rattachent à ceux dont Dastre et Morat ont récemment indiqué l'action sur les muqueuses labiales, M. Poncet a pu constater avec M. Dastre, au moment de l'excitation du bout céphalique, une large dilatation des veines de la rétine.

Dans la cornée, un an après la section, la régénération du plexus est parfaite : elle se produit, comme l'a dit Ranvier, sur un mode tout différent du type primitif. A cette époque il est encore possible de trouver des gaînes vides, ou occupées seulement par un ou deux tubes nerveux quand elles devraient en contenir cinq à six.

Les troubles oculaires qui semblent se produire proviennent exclusivement de la cornée. S'il y a pus dans la chambre antérieure, il n'existe cependant ni iritis, ni suppuration du procès, ni choroïdite, ni pigmentation de la rétine non plus que du corps vitré. Les seules altérations rencontrées, mais celles-ci sont très virulentes, consistent en un œdème assez intense des premières couches de la rétine. Les fibres optiques sont dissociées par des vésicules colloïdes ; les cellules ganglionnaires et les grains internes offrent une très grande distention du protoplasma périnucléaire. Les autres couches sont saines.

Ces derniers phénomènes concordent bien avec le myosis et la conjonctivite qui succèdent à la section du sympathique.

REVUE DES JOURNAUX

De la quinidine et de son emploi thérapeutique,
par M. FREUDENBERGER.

La quinidine (de Pasteur) est appelée par Freudenberger *conchinin*, afin d'éviter la confusion avec la quinidine de Winckler. Elle est beaucoup moins coûteuse que la quinine, dont elle possède les principales propriétés : son action est cependant moins sûre et moins rapide. Elle est expérimentée en grand depuis 1875 à la clinique médicale de Munich, où l'on en a obtenu de bons résultats.

On l'administre comme la quinine, en solution ou dans du pain azyme, à des doses qui varient de 1 à 3 grammes. On peut admettre, en thèse générale, que 1 gramme de quinine égale 1gr,50 de quinidine.

Dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'érysipèle, on a observé constamment, après l'emploi d'une dose de 2 grammes du médicament, un abaissement de température de 1 à 3 degrés. Dans un certain nombre de cas, où il a été employé alternativement avec la quinine, on a constaté des effets presque identiques.

Dans la fièvre intermittente, l'action est tout aussi sûre, quoique un peu retardée.

Au point de vue de l'action physiologique, on observe, comme pour la quinine, une modification particulière du pouls, de la surdité, des bourdonnements d'oreille, de la diarrhée et des vomissements. Ces deux derniers symptômes cependant sont beaucoup plus marqués. Les vomissements surtout sont fort gênants et apparaissent presque régulièrement après la seconde dose (de 2 grammes). On peut les éviter en fractionnant la dose : 50 centigrammes en quatre fois toutes les demi-heures. Il faut noter que, dans deux cas, une mort subite suivit presque immédiatement l'emploi de la quinidine. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

De la tuberculose par inhalation, par M. Bertheau.

La doctrine de la transmissibilité de la tuberculose fait des pas de géant, à en juger par les nombreuses recherches dont elle est l'objet, et par l'air de conviction dont on parle en Allemagne des faits les moins adoptés chez nous. M. Bertheau a fait sur des chiens des expériences très intéressantes que l'on pourra rapprocher utilement de celles de Tappeiner et de Schottelius (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 43).

Conclusions : 1° L'inhalation de liquides contenant des substances tuberculeuses ne provoque pas de lésions immédiates du poumon, lorsque les éléments cellulaires sont en suspension assez fine.

2° Au bout d'un certain temps d'incubation, qui dure environ quinze jours chez les chiens (le mot et le fait sont de M. Villemin), se développe dans les poumons une tuberculose miliaire aiguë.

3° L'infection est aussi certaine quand on emploie des crachats de phthisiques que lorsque l'on se sert de masses tuberculeuses extraites du cadavre. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses, par M. A. Vulpian. Tome Ier, 1er fascicule : *Introduction à l'étude des poisons et des médicaments : jaborandi, curare.* 1 vol. in-8 de 430 pages. — O. Doin, 1881. Paris.

Modifier avantageusement les fonctions troublées, rendre aux éléments anatomiques la régularité de leur vie intime compromise, à l'ensemble de l'organisme la santé : tel est le but suprême de la médecine. Or, si, pour l'atteindre, il faut bien connaître la nature et les manifestations diverses des maladies qu'on doit combattre, il n'est pas moins nécessaire de savoir comment les agents que nous possédons, les médicaments, modifient les fonctions à l'état normal, comment ils contribuent à changer dans tel ou tel sens le jeu des organes ; il en résulte que l'expérimentation, soit sur les animaux, soit au lit du malade, est la base nécessaire de toute thérapeutique rationnelle.

Il n'est pas aussi facile qu'on le pense trop souvent d'appliquer à la médecine les résultats nouveaux fournis par la physiologie ; aussi, dans nombre de cas, parce que l'on ne connaît pas assez l'évolution ordinaire, la manière d'être de ce tout complexe qu'on nomme la maladie, il arrive que l'application d'un résultat acquis est fausse, soit qu'on généralise à l'excès, soit qu'on n'en tire pas tout ce qu'il peut produire. Dans de telles circonstances, ce n'est pas l'expérimentation qui trompe, c'est le plus souvent l'expérimentateur qui est trop peu médecin, ou le médecin qui n'est pas assez physiologiste : il est bien rare de trouver, réunies chez le même savant, la connaissance profonde de la pathologie et cette habitude d'expérimentation qui permet d'élaguer les détails pour s'attacher uniquement aux points capitaux. Une œuvre de M. Vulpian n'aura jamais ces défauts ; de là vient la grande importance de l'ouvrage dont la publication commence et qu'il nous donne cette fois sans collaborateur.

Dans ces leçons, l'étude des substances toxiques et médicamenteuses n'est pas exclusivement faite au point de vue de la physiologie ; la thérapeutique y est le plus souvent le but poursuivi, et, est-il besoin de le dire ? heureusement atteint. Mais si le livre de M. Vulpian doit nous donner beaucoup comme résultats pratiques, il est peut-être encore plus utile comme guide et, sous ce rapport, il fera époque dans l'histoire de la médecine contemporaine. Ouvrons-le, en effet, et, sans aller bien loin, arrêtons-nous à la préface. Dans quelques pages, qui sont le résumé le plus complet qu'on puisse lire de la méthode expérimentale, le professeur s'efforce de faire comprendre, analyser par tous, ce que peut donner l'expérimentation, non seulement celle du laboratoire, qui souvent est incomplète et insuffisante, mais encore cette expérimentation trop peu connue, l'expérimentation méthodique au lit du malade. M. Vulpian nous fait toucher, en quelque sorte, tout ce que peut donner l'examen attentif de l'action d'un médicament ; il nous montre que, là encore, existe une véritable expérimentation, aussi éloignée du vulgaire empirisme que des théories éphémères basées sur des idées préconçues. Que si nous passons en revue les quelques exemples qu'il met en vedette, nous constaterons bien vite qu'il veut faire luire cette vérité : que pour les substances qui doivent modifier les états généraux, agir comme spécifiques, etc., la connaissance de leur action physiologique n'apprend rien, et que nous ne pouvons être éclairés que par l'examen attentif des résultats constatés sur l'homme.

Mais ne nous laissons pas entraîner par ces prémisses et, entrant directement dans l'étude des leçons elles-mêmes, voyons ce que l'auteur expose dans les généralités qui font l'objet de la première.

Quand on veut étudier l'action physiologique des médicaments, il faut, en premier lieu, faire une analyse complète et rigoureuse de toutes les modifications qu'ils amènent dans l'organisme normal, suivant les doses et les diverses espèces animales : « Pour acquérir des données précises sur l'action des médicaments et des poisons, il faut observer les modifications générales qu'ils produisent dans le fonctionnement de la vie, en suivant ces modifications pas à pas, depuis le moment de l'introduction des substances dont il s'agit dans l'organisme, jusqu'au moment où les effets ont atteint leur summum d'intensité ; puis, l'on doit, en instituant des expériences sur diverses espèces d'animaux, rechercher par les différents moyens d'analyse (investigations histologiques, chimiques, physiologiques) quels sont les éléments anatomiques ou les liquides de l'organisme atteints par ces substances, quelle est la nature de cette atteinte, quel en est le degré, etc. Ce sont ces dernières recherches qui nous éclairent sur le mécanisme des effets que nous avons tout d'abord constatés et étudiés. »

Cependant, quelque soin qu'on apporte dans les recherches, il existe bien des médicaments, bien des poisons sur l'action physiologique desquels l'expérimentation, pas plus que l'observation clinique, ne peuvent nous fournir de renseigne-

ments positifs: « il en est dont les effets thérapeutiques sont peut-être les plus remarquables et les plus importants de tous ceux que nous voyons se produire dans la pratique médicale, et qui agissent par un mécanisme dont nous ignorons absolument le secret. » Parmi ces médicaments importants, M. Vulpian cite : le mercure, l'iodure de potassium, l'arsenic, la quinine. « Notre ignorance, continue-t-il, à l'égard du mode d'action de ces diverses substances n'a rien, en réalité, qui puisse surprendre un esprit réfléchi; dans tous ces cas, il s'agit de maladies caractérisées par des manifestations dont la genèse est encore environnée d'une obscurité complète. D'autre part, l'action physiologique du mercure, de l'iodure de potassium, du sulfate de quinine sur l'homme et les animaux à l'état sain est encore inconnue aujourd'hui..... Enfin, il est permis d'admettre que les substances toxiques et médicamenteuses peuvent exercer dans certains cas sur des organismes malades une influence agissant d'une façon exclusive ou, tout au moins, prédominante sur la déviation morbide des processus vitaux, et, par conséquent, impossible ou difficile à étudier dans des organismes sains. »

Voilà des obstacles bien grands; mais il est des agents dont nous pouvons analyser l'action; quel fruit tirerons-nous de ces recherches? comment convient-il de les diriger?

Ces études ont fait réaliser de grands progrès en médecine légale, et l'expérimentation physiologique a permis, dans certains cas, de retrouver des traces certaines de substances toxiques que la chimie n'a pu constater : la nicotine, la digitaline, l'ésérine, etc.

Mais la thérapeutique tire bien plus de profit des recherches expérimentales que les autres branches de l'art de guérir. « C'est par cette étude que l'on peut parvenir à régulariser l'administration de ces substances, à bien fixer les indications auxquelles elles peuvent répondre. » Si, par exemple, nous voulons savoir comment peut agir la digitale dans les affections du cœur et par quel mécanisme, c'est à une expérimentation méthodique et sévère qu'il faut demander des renseignements.

L'étude de l'action physiologique des purgatifs, en montrant que ces substances n'agissent pas toutes par un mécanisme identique, doit guider dans l'emploi qu'on peut avoir à en faire. Il en est de même en ce qui concerne les vomitifs. Nous nous rappelons personnellement qu'ayant entrepris quelques recherches sur le mode d'action des vomitifs, nous nous sommes bien vite aperçu qu'il y avait là des différences qui pouvaient, le cas échéant, devenir la source d'indications précieuses. M. Vulpian expose brièvement ce chapitre avec une méthode et une clarté qui doit convaincre même les plus incrédules. « J'insiste, dit-il en finissant, sur cette remarque : Quand bien même la recherche du mécanisme des effets physiologiques, déterminés par les substances toxiques et médicamenteuses, n'aurait pas conduit à des données thérapeutiques nouvelles, la connaissance de ce mécanisme aurait encore une grande importance parce qu'elle peut fournir la raison de l'action curative de tel ou tel médicament; parce qu'elle apprend ce qu'on peut espérer dans tels ou tels cas déterminés de l'emploi de ces substances; parce qu'elle permet souvent de suivre, pas à pas, la marche de l'amendement dû à la médication mise en usage; parce qu'elle donne enfin au médecin des lumières sans lesquelles il ne persévérerait peut-être pas dans la voie où il s'engage jusqu'à ce qu'il ait obtenu tout ce qu'il en peut espérer. »

La pathologie a, elle aussi, profité de l'étude expérimentales des substances actives: le strychnisme a éclairé la pathologie du tétanos, les tremblements produits par l'intoxication nicotinique nous ont montré dans quelle région des centres nerveux la paralysie agitante, le tremblement sénile et les tremblements toxiques ont probablement leur point de départ.

Certains problèmes de physiologie générale ont trouvé leur solution, d'autres de nouveaux éléments ou des bases solides dans l'étude des substances toxiques et médicamenteuses. Ainsi l'innervation musculaire dans l'étude du curare; l'existence des nerfs secréteurs révélée par le mode d'action de l'atropine, qui nous éclaire encore sur la physiologie des nerfs modérateurs et accélérateurs du cœur.

Tels sont à grands traits les avantages que nous donne chaque jour l'expérimentation; voyons maintenant quels préceptes nous indique M. Vulpian pour atteindre ce but.

Puisqu'il est si rare qu'on puisse expérimenter sur l'homme, il faut, au moins, choisir parmi les animaux ceux qui se rapprochent le plus de l'homme, mais ce n'est pas là une règle absolue et dont il ne faille jamais s'écarter; en effet, dans maintes occasions, les batraciens, animaux qui peuvent vivre sans respiration pulmonaire, sont de précieux sujets.

Quels que soient les animaux auxquels on s'arrête, il importe de choisir avec discernement la voie par laquelle on doit introduire dans l'économie les substances qu'on veut étudier. A ce propos, M. Vulpian passe en revue la puissance d'absorption des diverses muqueuses des différents organes. Il montre, en détail, quelle voie il faut choisir pour chaque substance, pour chaque genre de recherches. Il insiste sur une cause fréquente d'erreurs, la diffusion de proche en proche. C'est ainsi que M. Moreau a pu regarder les sels de cuivre comme poisons du cœur. M. Vulpian fait voir qu'il n'en est rien, et que l'arrêt du cœur est dû alors au contact direct du muscle cardiaque et du sel métallique. Il importe donc de se mettre en garde, autant que possible, contre la diffusion, diffusion qui se produit tout aussi bien avec les substances végétales qu'avec les sels métalliques.

Un dernier point sur lequel l'auteur insiste avec juste raison, c'est la différence que l'on observe dans les effets des substances toxiques et médicamenteuses suivant les doses qu'on a employées: par exemple, l'aconitine, qui, à très faibles doses, agit comme le curare, tandis qu'à plus forte doses on peut, après la mort de l'animal, provoquer la contraction musculaire en agissant sur les nerfs moteurs.

Les recherches de Claude Bernard avaient amené cet illustre physiologiste à admettre des poisons musculaires, des poisons des nerfs moteurs, des nerfs sensitifs, etc. Il est vrai, dit M. Vulpian, que certaines substances ont une prédilection pour certains organes, par exemple l'oxyde de carbone pour les globules rouges du sang, mais cela ne peut l'amener à ce qu'il croie devoir accepter la classification de Cl. Bernard : « Je ne puis admettre, dit-il, l'existence d'agents toxiques qui tireraient la fibre nerveuse motrice, qui anéantiraient sa propriété physiologique, durant la vie de l'animal, par l'intermédiaire des voies circulatoires, et dont le type serait le curare. Le curare, d'après moi, laisse, du moins au début de son action, la propriété physiologique de la fibre nerveuse motrice, la *névrilité*, tout à fait intacte, comme il laisse intacte la propriété de la fibre musculaire primitive, la *contractilité*. » M. Vulpian ne croit donc pas, ainsi que nous l'avons déjà dit, à l'existence des poisons des nerfs, des muscles, etc., pas plus, ajoute-t-il, que Claude Bernard n'y a cru lui-même d'une manière absolue; car ce sont surtout ses successeurs, ses élèves qui ont répandu cette classification absolue, abritée sous l'autorité de son grand nom.

Il est facile, quand on a lu cet exposé magistral des généralités qui font l'objet de la première leçon, de voir avec quel esprit critique et sévère M. Vulpian a dirigé ses recherches. Peut-être nous dira-t-on que nous eussions dû moins nous étendre sur ces préceptes et entamer plutôt l'analyse des divers agents dont M. Vulpian a fait l'étude. Ce reproche, tout bien fondé qu'il est, nous l'acceptons tout entier, d'autant plus que nous n'avons pas l'intention d'entrer dans ces détails; ce n'est pas que nous pensions qu'il n'y ait beaucoup à gagner à signaler les points nouveaux qu'a mis en lumière M. Vulpian. Le jaborandi, le curare, un peu la strychnine, tels sont les trois agents passés en revue dans ce fascicule; or, quel que soit l'intérêt qui s'attache à chaque

substance, nous n'en disons rien ici, pour les raisons que voici : il y a un an à peine, nous nous sommes étendu longuement dans la *Gazette* sur l'étude du curare, et, il faut bien l'avouer, c'est à M. Vulpian que nous avions emprunté presque tous nos développements; il serait donc fastidieux d'y revenir. L'étude de la strychnine est à peine commencée ; reste le jaborandi, mais ce que nous pourrons dire ici serait trop incomplet : nous préférons donc conserver ce sujet pour une autre étude critique.

On voit, rien que par notre exposé, dans quel esprit est rédigé le cours de M. Vulpian ; c'est surtout sur les points nouveaux, sur les conquêtes récentes de la physiologie que nous y trouverons tous les développements utiles.

Ce livre est plus qu'une page nouvelle ajoutée à la littérature médicale, c'est en quelque sorte la caractéristique d'une période. Il n'est personne qui n'ait lu les leçons de Claude Bernard sur le même sujet; chacun se rappelle cette œuvre magistrale. Or, si l'on compare le livre de Vulpian à celui de Claude Bernard, on constate de suite que la physiologie a fait de bien grands progrès; qu'aussi précis, aussi animé dans son style, M. Vulpian est bien plus riche en conquêtes générales ; que, sous ce rapport, nous sommes loin des leçons du Collège de France. Les leçons de Bernard avaient marqué une étape que bien des expérimentateurs n'ont pas dépassée. M. Vulpian a franchi les obstacles, il a marché en avant, et nous ne doutons pas que M. Vulpian ne nous fasse connaître la solution de quelques-uns des problèmes qu'aujourd'hui il ne fait qu'indiquer. Quoi qu'il en soit, nous finissons comme nous avons commencé, en disant : Les leçons de M. Vulpian sont une œuvre magistrale que chacun devra connaître, et où devrait largement puiser le savant dans son laboratoire, le médecin au lit du malade.

H. Chouppe.

VARIÉTÉS

Travail des enfants et des femmes dans les manufactures. — Voici les principaux articles de la loi votée par la Chambre des députés dans la séance du 29 mars dernier :

« Art. 1er. — Le travail effectif des mineurs de dix-huit ans et des femmes dans les manufactures et usines ne pourra pas excéder onze heures par jour, ni six jours par semaine.

» Art. 2. — Le travail de nuit, dans les établissements visés par l'article 1er, est interdit aux femmes. — Tout travail entre neuf heures du soir et cinq heures du matin est considéré comme travail de nuit. — Toutefois, en cas de chômage résultant d'une interruption accidentelle et de force majeure, l'interdiction ci-dessus pourra être temporairement levée, et pour un délai déterminé, par la commission locale ou l'inspecteur institué par la loi du 3 juin 1874.

» Art. 3. — Des règlements d'administration publique détermineront les exceptions qu'il sera nécessaire d'apporter aux dispositions contenues dans les articles 1er et 2, à raison de la nature des industries ou des causes de force majeure. »

Les autres articles sont relatifs à la sanction générale.

Service de santé militaire. — M. Larrey a présenté à la Chambre des députés, sur l'article 36 du projet de loi relatif à l'administration de l'armée, un amendement tendant à maintenir dans le cadre le grade d'*inspecteur général*, correspondant à celui de général de division. Cet amendement a été adopté. Sur l'article 38, M. Larrey a exprimé le vœu que les cadres du corps de santé soient étendus, et que les salles militaires, dans les hôpitaux civils, soient confiées à des médecins militaires.

Faculté de médecine de Paris (semestre d'été). — *Cours d'anatomie pathologique*. — M. Dieulafoy, agrégé, suppléant M. le professeur Charcot, commencera le cours d'anatomie pathologique le samedi 9 avril 1881, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie*. — Programme des cours de la saison d'été, année 1881.

1° *Cours de médecine opératoire*. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira ce cours le lundi 25 avril 1881, à deux heures. — M. le docteur Tillaux traitera des *ligatures d'artères*. — M. Quénu, premier prosecteur, traitera des *amputations*. — M. le docteur Le Bec, deuxième prosecteur, traitera des *résections et opérations spéciales*. Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférences d'histologie*. — Des conférences sur l'*histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. le docteur Mayor, chef du laboratoire. — MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Banquet de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 23 avril, à sept heures, dans les salons de l'hôtel Continental. Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes, et à 16 francs pour les internes en exercice.

On peut verser le montant de la cotisation entre les mains de l'interne en médecine économe de la salle de garde de chaque hôpital, ou le remettre à l'un des commissaires du banquet : MM. les docteurs Piogey, rue Saint-Georges, 24; Bottentuit, rue de Londres, 56; Tillot, rue Fontaine-Saint-Georges, 4.

Statue a Claude Bernard. — Le Conseil municipal de Villefranche (Rhône) a voté, dans sa dernière séance, l'érection d'une statue à l'illustre physiologiste Claude Bernard, sur la place qui porte déjà son nom.

Nécrologie. — Toute la presse italienne a retenti des regrets qu'inspire la mort prématurée de l'illustre patriote Ferdinand Coletti, professeur de thérapeutique à l'Université de Padoue. Ferdinand Coletti a été le premier et le plus zélé propagateur de la crémation en Italie, et il a déclaré, dans son testament, vouloir que son cadavre fût transporté à Milan pour y être incinéré. L'opération a eu lieu le 3 mars dernier.

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le dimanche 24 et le lundi 25 avril courant, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, à trois heures précises.

L'ordre du jour du dimanche 24 avril est ainsi fixé : 1° rapport de M. Woillez, au nom d'une commission composée de MM. Woillez, Martineau et Chéreau, sur l'élection du président de l'Association générale; 2° allocution de M. le président; 3° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier; 4° rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Gosselin, membre du conseil général; 5° compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1880, par M. Chéreau, vice-secrétaire; 6° rapport de M. Pénard, au nom de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères (première partie).

Le banquet offert à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales des départements, par le conseil général de l'Association et par MM. les membres de la Société centrale, aura lieu à l'hôtel Continental, n° 1, rue Castiglione, *à sept heures précises*. On souscrit par lettre, chez M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, rue d'Aumale, n° 23. — Le prix de la souscription est de 20 francs.

Viandes de porc. — M. Tirard vient de saisir la Chambre des députés du projet de loi suivant :

« Art. 1er. — Un crédit extraordinaire de 10 000 francs est mis à la disposition du ministre de l'agriculture et du commerce pour les frais qu'occasionneront les vérifications de viandes de porc d'origine américaine présentées à l'importation, et qui se trouvaient en cours de transport ou déjà embarquées au moment de la promulgation du 18 février 1881. Ce crédit sera inscrit au budget du ministère de l'agriculture et du commerce de l'exercice 1881.

» Art. 2. — Il sera pourvu à cette dépense au moyen des ressources générales du budget de l'exercice 1881. »

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 14 avril 1881.

Académie de médecine : La vaccination obligatoire.

Les vacances des Chambres, en retardant la mise à l'ordre du jour de la proposition de loi sur la vaccination et la revaccination obligatoires, donne à l'Académie de médecine toute latitude pour s'occuper à loisir de la question. A vrai dire, nous croyons fort que si elle s'obtine, comme elle paraît vouloir le faire, à disserter sur l'obligation elle-même, et par occasion sur la liberté de l'homme et du citoyen, elle est exposée à entendre bien des redites.

Heureusement, une excellente diversion a été faite mardi par M. Trélat. Il est regrettable que l'honorable académicien, obligé de partir pour Alger, ait dû substituer à sa parole, toujours si persuasive, une simple note, dont M. Béclard a donné lecture. Mais cette note est d'une clarté et d'une logique parfaites, et la perspective qu'elle offre, en ce qui concerne la revaccination, d'obtenir par les Conseils municipaux, *au nom de lois existantes*, une grande partie des résultats demandés à l'obligation, mérite l'attention la plus sérieuse. Nous ne manquerons pas d'y revenir.

Sur la fonction rhythmique du cœur et ses rapports avec le muscle et les ganglions de cet organe.

On a beaucoup discuté, depuis quelques années, les faits expérimentaux sur lesquels s'appuyait la théorie de l'influence propre des ganglions périphériques. C'est ainsi que l'une des bases de cette théorie, la propriété excito-motrice des ganglions du sympathique, constatée par Cl. Bernard dans le ganglion sous-maxillaire et dans le ganglion premier thoracique, a été fortement attaquée. On a même mis en question la signification d'organes nerveux centraux, généralement attribuée aux cellules nerveuses que contiennent les ganglions (Sigm. Mayer).

Nous n'avons pas l'intention de discuter aujourd'hui les points précédents; nous voulons seulement prendre occasion du débat qui s'est élevé pour parler d'un sujet remis récemment à l'ordre du jour, c'est-à-dire de *la fonction rhythmique des muscles et spécialement du muscle cardiaque, considérée comme attribut propre de la fibre musculaire.*

Ici se pose naturellement la question du rapport entre les mouvements rhythmiques du cœur et l'action des appareils ganglionnaires intra-cardiaques. Jusqu'à ces derniers temps, c'est à ces appareils ganglionnaires qu'a été attribuée la propriété de provoquer le rhythme du cœur; voici maintenant qu'on trans-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger (1).

M. Charcot en Russie. — Nouvelles du gastrectomisé de Billroth. — La crémation au Japon.

La *Gazette hebdomadaire* et le *Dictionnaire encyclopédique*, un peu mariés, comme on sait, et qui ont, sinon enfanté M. Charcot, au moins abrité sa jeunesse scientifique, ont senti naturellement leurs entrailles s'émouvoir à la nouvelle de la réception qui lui a été faite en Russie, où il se rendait pour une consultation. Trousseau avait été appelé à Naples; Charcot l'est à Moscou : qui le sera à Pékin?

(1) Le rédacteur de la *Chronique de l'étranger*, appelé à Alger par le congrès, a bien voulu rédiger avant son départ l'article qui, selon l'habitude, devait être remis à la fin du mois. En conséquence, la chronique prochaine ne paraîtra que dans le mois de mai. (*La Rédaction.*)

De pareils événements sont la propriété « d'une chronique de l'étranger »; mais la chronique est mensuelle; de plus elle aime les récits exacts, et voilà pourquoi elle n'entretient qu'aujourd'hui ses lecteurs du voyage de Moscou; mais elle a l'avantage de le faire d'après un récit écrit d'un témoin oculaire qui a bien voulu le mettre un instant à notre disposition.

Ce voyage fut un véritable triomphe. Parti de Paris en *sleeping car* avec MM. Burty et Legendre, M. Charcot a mis à peine le pied sur la frontière, qu'on s'informe de son passage. Les journaux de Saint-Pétersbourg ont annoncé son arrivée, et un voyageur à qui il demande quelques détails sur l'orthographe russe du mot *télégraphe* profite de l'occasion pour le reconnaître Français, et l'interroge sur « son illustre compatriote M. Charcot », qui, dit-il, doit être dans le train.

A Pétersbourg, les voyageurs trouvent à la gare une députation de médecins russes, en grande tenue, habit noir

porte au muscle lui-même cette propriété réputée ganglionnaire. Faut-il considérer ces faits comme de nature à confirmer l'opinion défendue par certains auteurs que les formations ganglionnaires périphériques n'ont pas d'importance fonctionnelle essentielle? Ou bien doit-on se contenter de modifier sur un seul point l'idée qu'on s'était faite de l'étendue et de la valeur des attributions des ganglions cardiaques? Nous ne pourrons répondre à cette question que quand nous aurons exposé sommairement l'ensemble du sujet.

I. — Idée générale de la théorie des mouvements rhythmiques du cœur isolé de l'organisme.

Quand on a détaché le cœur d'un animal à sang froid, d'une grenouille, par exemple, on constate que le cœur continue à battre pendant un temps souvent considérable, si on a le soin de le maintenir dans des conditions favorables de température et d'humidité.

Vient-on à séparer par une section transversale les deux tiers inférieurs du ventricule du reste de l'organe, on voit continuer les battements de la masse *basilaire*, tandis que la *pointe* isolée reste au repos.

Dans cette expérience, on a une portion du cœur qui renferme tous les appareils ganglionnaires (c'est la base qui conserve ses battements), et une autre portion dans laquelle les plus minutieuses recherches n'ont pu faire constater aucune cellule nerveuse (c'est la pointe qui reste immobile).

Il paraissait logique de conclure que la persistance des battements est liée à la présence des cellules ganglionnaires, et que le cœur, réduit à ses seuls éléments musculaires, est incapable de se mouvoir spontanément.

Telle a été, en effet, la théorie longtemps adoptée; cette théorie s'appuyait sur un grand nombre d'autres faits étudiés depuis la découverte des ganglions du cœur par Remak, et surtout depuis les célèbres expériences de Stannius (1851). Tous les travaux provoqués par ces premières recherches sur l'appareil ganglionnaire du cœur, s'ils différaient au point de vue de l'interprétation, étaient du moins d'accord sur le fond de la question, à savoir que les mouvements rhythmiques du cœur ont leur origine dans l'activité ganglionnaire, et que le muscle cardiaque ne fait que réagir aux excitations rhythmées qu'il reçoit.

La question a aujourd'hui complètement changé de face : le muscle cardiaque aurait, au contraire, comme attribut indépendant, la propriété de se mouvoir rhythmiquement.

Comment s'est donc produite cette évolution dans la physiologie de l'innervation du cœur? Quels faits nouveaux ont déterminé les physiologistes (ou du moins un grand nombre d'entre eux) à renoncer à des notions que paraissait si bien établir la simple expérience relatée tout à l'heure? Tels sont les points que nous nous proposons d'examiner, en nous bornant aux faits essentiels.

II. — Évolution générale de la question.

L'opinion que la fonction rhythmique appartient au muscle cardiaque lui-même a été formulée dans des travaux déjà anciens : nous la trouvons nettement exprimée dans un mémoire de Brown-Séquard publié en 1853, et qui paraît avoir échappé aux physiologistes qui se sont récemment occupés de ce sujet. Dans ce travail, l'auteur assimilait les mouvements rhythmiques du cœur à ceux qu'il avait déjà étudiés dans certains muscles de la vie de relation, sur des fragments du diaphragme, sur les muscles des membres et sur ceux de la face (1849). Les uns et les autres se produisent, disait-il, indépendamment de toute influence nerveuse centrale, et sont la conséquence d'une action musculaire propre.

Une autre série de recherches, tout à fait semblable à la précédente, est celle que Schiff a fait connaître plus tard, dans ses leçons faites à Florence en 1864 et 1865. Ce physiologiste rappelle qu'il a vu persister pendant des heures et des jours entiers des mouvements rhythmiques dans des portions isolées du diaphragme, dans les muscles intercostaux du chat, dans le grand muscle operculaire des cyprins. Schiff parle aussi des battements rhythmiques des vésicules (cœurs) lymphatiques de la grenouille, persistant après qu'on a séparé ces organes des nerfs afférents, sur le trajet desquels on trouve des corpuscules ganglionnaires (Waldeyer).

Les deux auteurs ont invoqué tous ces faits contre les théories qui subordonnent les mouvements rhythmiques du cœur aux influences ganglionnaires.

L'attention des physiologistes n'avait point été suffisamment attirée sur les travaux qui précèdent. Elle ne s'est pas fixée davantage sur une autre série d'expériences, faites cependant en Allemagne, et publiées dans un recueil bien connu, dans les *Archives de Müller*. Ranvier, qui cite ces dernières recherches dans ses leçons de 1877-1878, publiées en 1880, et dans un article de la *Revue internationale des sciences* (janvier 1878), rappelle que Eckhard avait observé la réaction *rhythmique* de la pointe du cœur séparée de la base quand il lançait dans cette portion dépourvue d'appareils ganglionnaires un courant *continu*; il mentionne aussi les expériences

---

et cravate blanche. M. le professeur Mierzejewski les emmène à l'*Académie*, où se trouve son appartement, et où des chambres sont préparées pour tous.

Le lendemain, à peine remis d'un voyage de trois jours, M. Charcot se rend à la clinique du professeur Botkin, qui faisait à ce moment sa leçon. M. Botkin vient courtoisement au-devant lui; les élèves, au nombre de quatre ou cinq cents, se lèvent tous et applaudissent; les applaudissements redoublent lorsque le professeur demande à son auditoire la permission de continuer sa leçon en français. A la sortie, un flot d'étudiants entoure les visiteurs, en poussant des hurrah! et des cris de : « Vive Charcot! vive la France. »

Nous ne pouvons suivre pas à pas, dans ce journal, nos voyageurs dans ce pays encore inconnu pour eux. Tous trois artistes, ils ne pouvaient oublier de visiter les musées et collections particulières de Saint-Pétersbourg et de Moscou, et le récit de M. le docteur Legendre (pourquoi ne pas le nommer?) compte bon nombre de pages intéressantes à ce sujet. Ils ont visité aussi les hôpitaux, et nous disons ailleurs ce qu'ils y ont remarqué (voir p. 243); mais la chronique n'a de place aujourd'hui que pour les *aventures de voyage*.

Le nombre est grand des banquets publics et privés auxquels ont assisté nos voyageurs. Nous en mentionnerons deux : d'abord, le dîner offert par M. le professeur Krasousky, et où M. Charcot trouva sous sa serviette... un charmant petit ours offert par la dame de la maison. Heureusement, par une attention délicate, l'animal avait été empaillé dès l'âge de trois jours, ce qui lui avait enlevé toutes ses propriétés nuisibles; ensuite, et surtout le banquet de 100 couverts, à Saint-Pétersbourg, dont la pièce principale était un immense gâteau désigné sur le menu sous le nom de « pavillon Charcot ». Toute la haute aristocratie médicale de la ville avait tenu à honneur d'assister à ce festin, et un nombre incroyable de toasts y furent prononcés. Comme les vins les plus généreux étaient mis chaque fois à contribution, les cerveaux étaient passablement échauffés à la fin, et le der-

de Heidenhain, dans lesquelles le muscle cardiaque répond par un nombre de battements *limités* à des contractions successives très rapides. Ranvier lui-même n'a eu connaissance de ces travaux qu'après avoir exécuté des expériences analogues, sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure.

C'est seulement à partir des expériences de Merunowicz (1875), lesquelles font suite elles-mêmes à celles de Bowditch (1871), de Luciani (1873), de Rossbach (1874), toutes recherches poursuivies dans le laboratoire de Ludwig, que nous voyons la question de l'*action automatique* de la pointe du cœur se poser en Allemagne.

D'autre part, et d'une façon complètement indépendante, Ranvier, en 1875, aborda le même sujet : à l'époque où il fit ses premières expériences, la théorie de l'influence rhythmique des ganglions intra-cardiaques était encore absolument classique. Elle n'avait subi aucune atteinte, puisque les travaux de Brown-Séquard et de Schiff, ceux de Eckhard et de Heidenhain avaient eu le peu de retentissement que nous avons dit.

C'est donc depuis cinq ans environ que la discussion est ouverte sur ce sujet; les travaux les plus nombreux ont été faits en Allemagne; en France, Ranvier seul a donné une étude spéciale de cette question, qui a été abordée incidemment dans d'autres travaux par Marey, par Dastre et Morat, par exemple; en Angleterre, nous ne trouvons que les recherches de Gaskell, et en Amérique celles de Bowditch, qui aient eu ce point particulier pour objet.

III. — Exposé des faits expérimentaux.

Si nous groupons ces différents travaux d'après les méthodes employées, nous trouvons trois séries de recherches principales :

Première série. — La pointe du cœur séparée de l'animal, non soumise à une circulation artificielle, reçoit des excitations électriques et réagit par des mouvements rhythmiques.

Deuxième série. — La pointe du cœur isolée, mais recevant du sang défibriné, donne des battements spontanés réguliers.

Troisième série. — La pointe du cœur séparée *physiologiquement* (par une constriction circulaire) de la région de la base, présente des mouvements rhythmiques dans certaines conditions de circulation intrinsèque.

Examinons les résultats de ces trois séries d'expériences.

1° La pointe du cœur (deux tiers inférieurs du ventricule de la grenouille) étant séparée de la base, on lui applique des excitations fournies par une bobine d'induction. « On cherche, en rapprochant peu à peu la bobine extérieure, quel est le courant dont l'intensité est précisément suffisante pour provoquer à sa rupture une pulsation cardiaque, et on l'interrompt au moyen du trembleur, comme pour produire la tétanisation électrique d'un muscle volontaire. Il se fait au même moment, dans la pointe du cœur, une série de pulsations rhythmiques dont le nombre est beaucoup moins considérable que celui des ruptures du courant. » (Ranvier, *Revue internationale des sciences*, janvier 1878.)

Dastre et Morat, étudiant de leur côté les effets des excitations électriques sur la pointe du cœur, arrivent aux conclusions suivantes : « L'action des courants de pile révèle ce fait remarquable qu'un stimulant continu peut provoquer le travail discontinu du muscle cardiaque, c'est-à-dire des contractions rhythmiques... Le rhythme ne paraît dépendre ni des centres nerveux, ni des ganglions de la base, mais d'une propriété du muscle cardiaque ou des terminaisons nerveuses. » Quand on se sert de décharges d'induction, dont on augmente la fréquence de 20 à 12000 par minute, « le nombre des systoles croît jusqu'à un chiffre qui ne dépasse pas 2 ou 3 par seconde; elles restent toujours distinctes ».

Comme on le voit, ces expériences comportent les mêmes conclusions que celles faites antérieurement par Eckhard et par Heidenhain avec des procédés analogues; leurs auteurs n'avaient point connaissance des recherches faites avant eux sur le même sujet, et ils sont arrivés les uns et les autres à interpréter de la même manière les résultats qu'ils avaient obtenus.

Ici doit trouver place une remarque faite par M. Marey au sujet de l'interprétation des faits qui précèdent. M. Marey, dans ses recherches sur les excitations appliquées directement sur le cœur (travaux du laboratoire, 1876), avait observé qu'il y a une période de chaque révolution cardiaque pendant laquelle le cœur ne réagit pas aux excitations : c'est ce qu'il a nommé la *phase réfractaire;* cette phase correspond à la première partie de la systole ventriculaire. Or, dans les expériences de Eckhard, Heidenhain, Ranvier, Dastre et Morat, si le cœur réagit par des mouvements discontinus à des excitations continues, comme les courants de pile, ou extrêmement fréquentes, comme certaines séries de chocs d'induction, c'est que ce cœur ne reçoit réellement d'excitation *efficace* que pendant une partie de chaque révolution; toute excitation qui lui arrive pendant phase réfractaire est comme non avenue, puisqu'elle ne peut produire aucun effet. Par consé-

---

nier discours était assez peu révérencieux pour la science allemande. Voici ce que je trouve à ce sujet dans les notes qui m'ont été communiquées :

« M. le docteur Ragosine, chef de clinique de M. Mierzejewsky, boit à l'alliance franco-russe, au point de vue scientifique. « Il y a trente ou quarante ans, dit-il, nous étions avec la France; depuis vingt ans nous en étions détournés sous l'influence de la science allemande, qui regarde du haut de sa grandeur tout ce qui n'est pas allemand. Heureusement, on s'est libéré de ce joug allemand; nous revenons chez nos anciens professeurs. Cette fête en l'honneur de M. Charcot est faite pour consolider notre union scientifique. »

Ce qui augmentait l'importance extrinsèque des discours prononcés à ce banquet, c'est que les journaux russes du lendemain les reproduisaient *in extenso*.

Les ovations dont M. Charcot a été l'objet, et les toasts qui lui ont été portés, lui ont laissé l'impression que l'élément germanique, si fort ancré qu'il soit dans les universités russes, est très menacé, et que le besoin de s'émanciper scientifiquement apparaît dans tous les actes des étudiants. De l'antipathie contre l'Allemagne paraît être le trait dominant, pour le moment, parmi les médecins et étudiants russes.

M. Charcot, dans sa modestie, ne voit dans l'accueil chaleureux qui lui a été fait, qu'une occasion saisie par la jeunesse des écoles russes; il croit volontiers que cet accueil s'adressait plutôt à sa qualité de médecin français qu'à sa personnalité. Ce qui nous empêche d'adopter entièrement son opinion à cet égard, ce sont deux courtes phrases jetées sans prétention parmi les notes de voyage. « A Pétersbourg, sur l'invitation expresse des médecins, Charcot recevait chez lui des malades de huit heures à midi. A Moscou, l'affluence des consultants lui fait refuser de recevoir ceux qui viennent sans leur médecin. » Nous sommes certainement heureux de penser que la science médicale française l'emporte sur sa sœur allemande dans la sympathie des étudiants russes, mais nous croyons aussi que la valeur personnelle de son repré-

quent une grande partie des excitations est perdue, et le muscle cardiaque se comporte comme s'il ne recevait, en réalité, qu'un nombre beaucoup moindre de chocs d'induction, ou comme si le courant continu qu'on lui envoie était interrompu au moment de chaque systole.

2° Les expériences faites sur le ventricule du cœur soumis à une circulation artificielle viennent apporter leur appoint à la théorie de la fonction rhythmique du muscle cardiaque.

Dès 1871, Bowditch avait vu que le cœur lié sur une canule au-dessous du sillon auriculo-ventriculaire, c'est-à-dire après séparation des régions ganglionnaires, exécute des mouvements rhythmiques dans certaines conditions, par exemple quand il est rempli de sérum additionné de delphinine. Bowditch n'avait pas autrement insisté sur ce fait, qu'il signalait seulement à la fin de son travail, et, du reste, nous verrons qu'il ne l'a pas interprété dans le sens d'une indépendance fonctionnelle du muscle cardiaque. Luciani en 1873, Rossbach en 1874, Merunowicz en 1875, constatent le même fait, chacun apportant des éléments nouveaux dans la question; tous les trois se sont préoccupés de l'influence que peut avoir sur la régularité, la fréquence, l'amplitude et l'énergie des battements la constitution chimique du liquide employé dans la circulation artificielle à laquelle le cœur était soumis. C'est surtout Merunowicz qui s'est attaché à déterminer l'influence des différentes substances organiques et salines qui entrent dans la composition du sérum; son travail contient sur ce point les renseignements les plus complets.

Indépendamment de tous ces détails, le fait essentiel qui ressortait de ces séries d'expériences, c'est que le cœur, lié au-dessous du sillon auriculo-ventriculaire, réduit à sa portion ventriculaire, c'est-à-dire privé des appareils ganglionnaires, continue à battre quand on entretient ses phénomènes nutritifs par une circulation artificielle.

Ici le liquide circulant à travers le cœur devait être considéré comme l'excitant naturel du muscle cardiaque, permettant à ce muscle de manifester ses propriétés rhythmiques, tout comme dans la première série d'expériences les excitations électriques provoquaient artificiellement la mise en jeu de la même propriété.

3° La conclusion qu'il paraissait logique de tirer de ces expériences, à savoir que le muscle cardiaque, dans certaines conditions de nutrition, peut se contracter rhythmiquement en dehors des influences ganglionnaires, a été attaquée par Bernstein. Pour ce physiologiste, les mouvements en apparence spontanés qui avaient été observés résultaient d'une irritation anormale produite par le sérum étranger employé dans les circulations artificielles. Jamais, disait-il, de semblables mouvements ne s'observent si la pointe du cœur est remplie avec le sang même de la grenouille. Il appuyait son opinion sur une élégante expérience : chez l'animal vivant, il exerçait sur le ventricule, à la réunion des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur, une forte constriction avec des pinces très fines; il creusait ainsi un sillon dans l'épaisseur même du muscle cardiaque, et détruisait la continuité entre le tissu de la base pourvue de ganglions et celui de la pointe seulement musculaire, tout en maintenant libre la cavité ventriculaire : il faisait ce que nous appellerons la *séparation physiologique* de la pointe du cœur. Dans ces conditions, en effet, la pointe restait indéfiniment immobile et dilatée par le sang, tandis que la base continuait à battre; cet état de repos persistant de la pointe parut à Bernstein assez significatif pour l'engager à combattre l'opinion que le muscle cardiaque possède par lui-même la fonction rhythmique.

Bowditch, qui avait le premier, comme nous l'avons vu, constaté l'apparition de mouvements rhythmiques dans la pointe du cœur soumise à une circulation artificielle, s'est rangé à l'avis de Bernstein. Dans un travail publié en 1878, il rapporte les nouvelles expériences qu'il a instituées en procédant à la façon de Bernstein. Son but principal a été de mettre les conclusions de ce dernier à l'abri d'une objection qui pouvait, à la rigueur, leur être adressée; on aurait pu supposer que la constriction exercée sur le ventricule produit une action d'arrêt (*an inhibitory process*) persistant un temps assez considérable pour faire croire que la pointe est désormais incapable de donner des battements spontanés. Aussi a-t-il cherché à prolonger beaucoup plus longtemps les observations, et est-il arrivé à conserver vivantes pendant plusieurs semaines des grenouilles dont le cœur avait subi l'opération de Bernstein; en examinant l'état de la pointe du cœur un nombre de jours variant de deux à vingt et un jours, après la séparation physiologique de cette pointe, il l'a trouvée toujours immobile, sauf dans quatre cas sur quinze. Ces quatre cas exceptionnels s'expliqueraient, d'après Bowditch, par une destruction incomplète et par le rétablissement des voies par lesquelles se transmettent à la pointe les influences nerveuses de la base. C'est du moins ce qui résulterait de l'effet produit par une seconde compression pratiquée au-dessus de la première; dans ces conditions, la continuité physiologique était bien réellement interrompue, les battements de la pointe disparaissaient.

---

sentant était pour beaucoup dans les manifestations dont il fut le sujet.

La presse russe, avons-nous dit, s'est fort occupée de notre savant maître. Une feuille illustrée le représente dans son salon de réception, en face de personnages en chemise, sur laquelle est écrit en gros caractères le nom de chaque journal. La légende est nécessairement satirique. « Nous avons entendu dire, écrit-elle, que l'illustre professeur Charcot est arrivé principalement pour constater l'état mental de la presse russe. » D'autres l'ont appelé psychiâtre, mais cela tient à ce que psychiâtrie et neuropathologie sont confondues en Russie. Quant aux nombreux malades qui ont été présentés à M. Charcot, pas un seul d'entre eux n'était fou. Une autre le représentait sous la physionomie de Bonaparte, ce qui n'a rien d'étonnant pour ceux qui le connaissent. Heureusement, notre ancien empereur étant resté très populaire à Moscou, malgré l'incendie du Kremlin, dont il fut cause, on n'avait pas d'émeute à craindre à ce sujet.

Cependant le temps politique était à l'orage. A peine nos voyageurs étaitent-ils arrivés à Moscou, que la nouvelle de l'assassinat du czar y éclatait comme un coup de foudre. Ils l'avaient échappé belle ! M. Charcot avait été invité à dîner chez le prince d'Oldenbourg, beau-père du grand-duc Nicolas, et qui s'occupe beaucoup de la question des hôpitaux. Heureusement l'invitation ne lui parvint qu'à Moscou ; sans cela peut-être eût-il été mandé au palais impérial, et de là à assister au drame et à recevoir quelque éclaboussure, il n'y avait pas loin. Un de nos confrères a cru devoir remercier les nihilistes de nous avoir rendu M. Charcot sain et sauf ; nous nous associons à ces remerciements.

A quelque chose ce malheur fut bon. Un grand banquet avait été préparé à Moscou, pour faire pendant à celui de Saint-Pétersbourg ; sept *speechs* devaient être prononcés. C'était très menaçant, surtout pour des estomacs passablement surmenés depuis plusieurs jours. M. Charcot fit observer que, vu les circonstances, il valait peut-être mieux écarter

Bowditch conclut donc, comme Bernstein, que la pointe du cœur ne présente aucune des conditions d'un mouvement automatique.

La question pouvait paraître tranchée, et les hésitations qu'avaient fait naître les expériences de Merunowicz semblaient définitivement levées; les ganglions conservaient leur rôle prépondérant; sans eux, pas de mouvement rhythmique du muscle cardiaque.

C'est alors que sont intervenus dans le débat J. M. Ludwig et Luchsinger, d'une part, W. H. Gaskell, d'autre part. Ces expérimentateurs, procédant à peu près de la même manière, ont montré que, contrairement aux conclusions de Bernstein et de Bowditch, on pouvait, sans introduire aucun élément étranger dans le cœur, mettre en évidence la fonction rhythmique du muscle cardiaque.

Ils ont, à l'exemple de Bernstein et de Bowditch, fait la séparation physiologique de la pointe du cœur. Comme ces expérimentateurs, ils ont vu cette pointe rester immobile, gorgée de sang. Mais en augmentant artificiellement, par la compression de l'aorte, la pression à l'intérieur du ventricule (et dans les interstices musculaires des parois spongieuses du cœur de la grenouille), ils ont vu cette pointe, jusque-là en repos, entrer en mouvement et donner des battements rhythmés. Aussitôt qu'on suspendait le pincement de l'aorte ou peu d'instants après, la pointe du cœur revenait à l'état de repos. Cette expérience, déjà très démonstrative au point de vue de l'influence de la pression, beaucoup plutôt que de la nature du sang contenu dans le muscle cardiaque, avait été montrée à Gaskell par Michael Foster. Gaskell l'a complétée en montrant que du sérum étranger introduit dans le cœur par la voie veineuse, s'il n'exerce pas de pression notable à l'intérieur du cœur, est incapable de provoquer les mouvements de la pointe physiologiquement séparée du ventricule; tandis que si l'on augmente légèrement la pression intra-cardiaque avec ce sérum, tout comme quand on l'augmentait avec le sang même de l'animal, on voit apparaître des battements énergiques de la pointe du cœur. Il faut noter enfin que les pulsations de la pointe n'affectent pas le même rhythme que ceux de la base, ce qui paraît bien exclure l'interprétation proposée par Bowditch.

CONCLUSIONS

Si nous rapprochons les faits remarquables observés isolément par M. Foster et Gaskell, par J. M. Ludwig et Luchsinger, de ceux qu'avait constatés Merunowicz; si nous tenons compte des résultats fournis par les excitations électriques appliquées au muscle cardiaque par Eckhard, Heidenhain, Ranvier, Dastre et Morat, nous voyons qu'on est amené aux conclusions suivantes :

1° *Que l'influence des ganglions du cœur n'est pas indispensable à la production des mouvements rhythmiques de cet organe.*

2° *Que la fonction rhythmique paraît appartenir en propre à la fibre musculaire cardiaque.*

Ces résultats, qui donnent à la fibre musculaire elle-même une importance fonctionnelle plus considérable, ne font évidemment que modifier la conception classique du rôle des ganglions intra-cardiaques; ils amoindrissent leur valeur hiérarchique, si l'on peut ainsi dire : du rôle d'organes *produisant le mouvement rhythmique*, les appareils ganglionnaires passent au rôle moins relevé, sans doute, mais toujours essentiel, d'*organes d'entretien* et *de régulation* pour cette fonction rhythmique, attribut de la fibre musculaire.

L'influence ganglionnaire qu'ont révélée les expériences de Stannius, et qui a fait l'objet d'un si grand nombre de travaux remarquables depuis 1851 jusqu'à l'heure actuelle, ne nous paraît pas plus compromise par la constatation de la fonction rhythmique du muscle cardiaque, que l'influence des appareils nerveux moteurs ne l'a été du jour où l'irritabilité musculaire fut démontrée comme une propriété du muscle et non du nerf.

Bientôt peut-être de nouvelles études, suite logique des précédentes, nous apprendront qu'il en est des muscles vasculaires comme du muscle cardiaque, que les fibres lisses des vaisseaux possèdent, comme les fibres striées du cœur, le pouvoir de se contracter rhythmiquement. C'est un fait en faveur duquel existent déjà les plus grandes probabilités. Faudra-t-il pour cela renoncer aux idées courantes sur l'action des appareils ganglionnaires périvasculaires? Non, sans doute. Ceux-ci pourront, comme les appareils nerveux intracardiaques, conserver leurs attributs essentiels; ils continueront à être regardés comme des organes régulateurs de la circulation périphérique et comme des centres toniques vasculaires.

De telle sorte que, malgré les apparences, rien d'essentiel n'aura été changé à la conception générale des appareils ganglionnaires du cœur et des vaisseaux par la démonstration de la fonction rhythmique des muscles cardiaques ou vasculaires.

François-Franck.

---

toute idée de fête, raison que les organisateurs du banquet ne purent que trouver excellente. La situation était sauvée.

Mais enfin, qu'est donc allé faire M. Charcot à Moscou?

Une jeune dame de vingt-quatre à vingt-cinq ans, fille d'un ancien maire de Moscou, fut atteinte, à la suite de couches, d'une affection nerveuse qui dérouta un peu le savoir de ses médecins. En partant de Paris, M. Charcot ignorait donc complètement ce dont il s'agissait, et l'embarras des médecins traitants, qui, certes, n'étaient pas les premiers venus, M. Koschemikoff, professeur de neuropathologie à l'université de Moscou, et le professeur Mierzejewsky, fondateur de la psychiâtrie en Russie, — cet embarras, dis-je, ne laissait pas que de le préoccuper grandement; au milieu des ovations de Pétersbourg, il songeait involontairement à la désastreuse retraite de la grande armée. Ses tristes pressentiments ne se réalisèrent pas. Il s'agissait d'une myélite centrale qui fut facilement reconnue, et après en avoir délibéré à plusieurs reprises avec ses collègues, M. Charcot fut d'avis que ce cas n'était pas au-dessus des ressources de l'art. Félicitons-en tous les intéressés, malade, famille, et médecin consultant : car ce n'aurait pas été assurément la peine de faire franchir à ce dernier, pour des roubles et un ours, l espace de Paris à Moscou, aller et retour, au risque de sauter pendant le voyage, pour ne faire qu'un diagnostic; mais si M. Charcot dit qu'il y a de la ressource, on peut l'en croire.

Ce n'est pas tout d'aller à Moscou. Il faut en revenir, et n'en revient pas tranquillement qui veut. A Varsovie, nouvelle grêle d'ovations... Mais plus cela change et plus c'est la même chose, et nous demandons la permission de revenir nous aussi à Paris... mais en nous arrêtant à Vienne.

— Une lettre de Billroth à sir Henry Thompson nous apprend que le sujet auquel le chirurgien de Vienne a réséqué le pylore et abouché le duodénum dans l'estomac continuait à se porter assez bien six semaines environ après l'opération;

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES DES TRAVAUX CITÉS DANS CET ARTICLE.

Fonction rhythmique des muscles. — Brown-Séquard : Mouvements rhythmiques des muscles respirateurs et locomoteurs après a mort (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1849, p. 159). — Recherches sur des phénomènes de contraction musculaire en apparence spontanés (*The medical Examiner*. Philadelphie, 1853, p. 491). — Sur la cause des mouvements du cœur (*Ibid.*, p. 504). — Schiff : Indépendance des mouvements rhythmiques par rapport aux ganglions (Leçons de 1864-1865, citées dans ses *Lezioni di Fisiologia sperimentale sul syst. nerv. encephalico.* Compil. Pietro Marchi, 2e ed. Florence, 1873). — Ranvier : Leçons du Collège de France sur le système musculaire (1875-1876), et Leçons sur les appareils nerveux terminaux des muscles de la vie organique (1877-1878), publiées en 1880.

Excitations de la pointe du cœur. — Eckhard, Heidenhain (*Müller's Archiv*, 1858), cités par Ranvier. — Ranvier : Cours du Collège de France (*loc. cit.*), et *Revue internationale des sciences*, janvier 1878. — Marey : Travaux du laboratoire, t. II, 1876 — *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1878. — Dastre et Morat : Société de biologie, décembre 1877, et *Revue internationale des sciences*, février 1878.

Mouvements automatiques de la pointe du cœur isolé. — Bowditch : Ueber die Eigenthümlichkeiten der Reizbarkeit welche die muskelfasern des Herzens zeigen (*Arb. aus d. phys. Anst.* Leipzig. 1871). — Luciani : Eine periodische Function der isolirten Froschherzens (*Arbeiten...* Leipzig, 1873). — Rossbach : Ueber die Umwandlung der period. aussetz. Schlagf. d. isol. Froschherzens in die rhytmische (*Arbeiten...* Leipzig, 1874).—Merunowicz : Ueber die chemischen Bedingung. f. d. Entsteh. d. Herzschlager (*Arbeiten...* Leipzig, 1875).

Mouvements automatiques de la pointe du cœur physiologiquement séparée de la base. — Bernstein (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, pp. 385-435. 1876 (orig. M). — Bowditch : Does the apex of the Heart contract automatically? (*Journal of physiol.* Cambridge, vol. I, n° 1, 104-107. 1878.—J. M. Ludwig et Luchsinger : Zur Innervation der Herzens (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, n° 23, juin 1879 (orig. M.). — W. H. Gaskell : On the tonicity of the Heart... (*Journal of Physiol.* Cambridge, 1880, vol. III, n° 1).

Des dangers du chlorate de potasse spécialement dans la thérapeutique infantile.

Depuis bientôt trente ans le chlorate de potasse est un médicament favori (1) dans le traitement des angines et des stomatites de toute nature. Son emploi s'est généralisé au point de tomber entre les mains du public, qui connaît fort bien certaines spécialités qui ont la prétention de guérir tous les maux de gorge indistinctement. Nul ne songe plus que les chlorates peuvent être des poisons. Manié au début avec quelque prudence (car il y avait eu des morts retentissantes), le sel de Berthollet est aujourd'hui employé avec autant de laisser-aller que le sel de cuisine. Or, voici que depuis deux ans il nous arrive d'Amérique et d'Allemagne, en même temps que des observations d'intoxication par le chlorate de potasse, des avertissements pressants adressés au corps médical, auquel on recommande de réagir contre l'abandon de toute surveillance vis-à-vis de ce produit.

Nous allons examiner jusqu'à quel point la nature toxique d'un sel réputé inoffensif est démontrée par les travaux récents, pourquoi de pareils cas n'ont pas été observés en France, enfin quels résultats on peut tirer de ces recherches, au point de vue de la pratique ordinaire et de la toxicologie.

Rappelons d'abord que, dès le mois de décembre 1855, le *Journal de chimie médicale* signalait un fait d'empoisonnement par le chlorate de potasse, observé à Tulle. Un homme avait succombé à l'ingestion d'un sel donné par un droguiste pour du sulfate de magnésie, et qui fut reconnu être du chlorate de potasse : la quantité de sel donné était de 60 grammes. La victime l'avait partagée en trois paquets : un premier avait produit de fortes coliques; le second, pris le lendemain matin, détermina la mort après d'atroces convulsions. Le lendemain, le corps était *devenu couleur ardoise* (Isambert). Dans un mémoire inséré dans le même journal quelques mois plus tard, Lacombe suppose que le sel a pu agir par superpurgation. Ce fait, après avoir fort intrigué les médecins, fut rapidement oublié, d'autant mieux qu'il est resté presque isolé dans notre pays.

(1) « La faveur dont jouit ce produit, disent MM. Regnault et Lasègue, a pris un accroissement exceptionnel : on en jugora par le relevé quinquennal suivant : »

1855.	1860.	1865.	1870.	1875.
38 kilog.	184 kilog.	245 kilog.	354 kilog.	419 kilog.

(Ce sont les quantités consommées annuellement dans les hôpitaux civils de Paris.) « Le temps viendra, ajoutent-ils, mais il n'est pas encore venu, où un restituera au chlorate de potasse le seul rang que lui assignent ses propriétés. » (*Archives gén. de méd.*, 6e Série t. XXIX, p. 5 et 129.)

---

l'opéré pouvant manger des aliments solides est rentré chez lui.

Voilà certes un succès que, sans être un esprit chagrin, on peut qualifier de *funeste*. En effet Billroth, encouragé par ce résultat assurément exceptionnel, a renouvelé depuis cette tentative deux fois. Le premier opéré a survécu huit jours, le second est mort douze heures après l'opération. Il n'y eut de péritonite dans aucun cas (1).

—Miss Bird, qui vient de publier ses impressions de voyage *à travers le Japon inconnu*, a visité un crématoire à Kirigaya, et elle a donné sur ce qu'elle y a vu d'intéressants détails dans les charmants volumes qui contiennent le récit de ses découvertes. Il paraît que, chez les bouddhistes, spécialement ceux de la secte de Monto, la crémation était pratiquée dès longtemps sur une large échelle; mais elle avait été interdite, il y a cinq ans, par respect pour les préjugés européens, à ce qu'on prétend. Il y a trois ans, cependant, la défense fut levée; depuis lors, le nombre des corps brûlés a atteint le chiffre d'environ neuf mille par an.

L'édifice dans lequel l'opération a lieu est fait en torchis (*wattle and dab*), avec une toiture et des cheminées élevées, semblables à celles des fours à houblon du Kent, et rappelle plutôt une ferme qu'un bûcher funéraire. A l'extrémité de la construction la plus rapprochée du chemin, se trouve un petit temple rempli d'images, de petites urnes en terre rouge, de pincettes, qui sont vendues aux parents des décédés. Plus loin sont quatre salles aux planchers de terre et aux murs de boue; elles n'offrent rien de remarquable, si ce n'est la hauteur de leur toit pointu et la couleur sombre de leur revête-

(1) Nous avons fait ailleurs (*Revue des Sciences médicales*, 15 Octobre 1880) l'historique de la gastrostomie, aussi lamentable pour les chiens que pour les humains, sans oublier le cas de M. Cavazzini, qui, en 1873, pénétra par effraction, mais sans préméditation, dans l'estomac d'une patiente et qui en profita pour reséquer une petite portion probablement squirrheuse. Disons pourtant que la malade guérit... de l'opération. La tumeur récidiva. L. H. P.

En 1860, Jacobi (de New-York) avait inséré dans l'*American medical Times* une note sur les dangers du chlorate de potasse à haute dose. Cette note fut citée, en résumé, dans les journaux de tous les pays, mais n'attira pas davantage l'attention.

Küster publia, en 1877, quatre cas de diphthérie remarquables par une lésion grave des reins, « comme on pourrait en observer, disait-il, dans l'intoxication par l'acide phénique ». Le seul médicament administré ayant été le chlorate de potasse, c'est lui qu'il aurait fallu, en bonne logique, incriminer comme agent irritant du rein; mais comme les propriétés toxiques du sel étaient momentanément oubliées, Küster accusa la maladie elle-même, et décrivit une forme particulière de néphrite diphthéritique.

A la suite d'un nouveau mémoire de Jacobi, et de l'intérêt qui commençait à se répandre en Allemagne, la question fut reprise *ab ovo* par le docteur Marchand, assistant à l'Université de Halle, en 1878. Son travail (*Gaz. hebd.*, 1880, p. 28) comprend une partie clinique et une partie expérimentale : dans la seconde, il a pu reproduire chez les animaux les lésions curieuses qu'il avait constatées à l'autopsie de ses enfants. Non seulement les propriétés toxiques du chlorate de potasse, mais encore le mécanisme de la mort et la pathogénie des principaux symptômes étaient mises en lumière dans ce remarquable mémoire.

Nous passons rapidement sur les travaux de Tacke, de Furstenberg, de Brandstäter, consacrés simplement à des relations d'observations.

Pour que cet historique soit complet, nous devons citer encore le fait publié tout dernièrement par Manouvriez, fait qui ressemble absolument à celui de Chevalier :

Obs. — Un homme de soixante-sept ans prit une partie d'un sel purgatif délivré par la domestique d'un officier de santé. La quantité approximative fut fixée par l'enquête à 35 grammes environ. Une demi-heure après, une selle peu abondante, puis des vomissements verts, de la colique, de la diarrhée. La mort arriva dans la soirée, moins de sept heures après l'ingestion de la soi-disant purgation. Les lèvres étaient œdématiées et bleues. A cinq heures et demie, un officier de santé trouve le malade agonisant. « Teinte cyanosée, rigidité dans les membres, râle bronchique, sueur froide. »

A l'autopsie, on constate sur le dos et les lombes une *teinte ardoisée*. Les viscères abdominaux sont gorgés d'un sang *vert foncé*.

Les reins n'ont pas attiré l'attention. Le sel ingéré fut reconnu être du chlorate de potasse pur.

Wegscheider réunit en 1880, dans une note courte et substantielle, les points principaux acquis par les travaux modernes. Il rassemble dans un tableau général les observations publiées d'intoxication par le chlorate de potasse : 31 cas en totalité ou mieux *trente*, puisque les observations n° 7 et n° 20 se rapportent probablement au même malade, celui de Tulle, dont nous avons parlé plus haut.

Sur ces 30 cas, on constate 23 morts et 4 guérisons. En compulsant avec soin les observations, on en trouve au moins *six* (une de Jacobi, trois de Marchand, une d'Hofmeier et une de Wegscheider) qui peuvent être considérées comme des types d'empoisonnement par le chlorate de potasse. Le tableau clinique et les altérations anatomiques sont, en quelque sorte, identiques dans tous ces cas.

Voici le résumé d'une de ces observations, due à Hofmeier :

Obs. — Femme de vingt-huit ans, toujours bien portante, est prise, le 22 avril 1880, de douleurs de gorge qui étaient dues à une angine tonsillaire, d'après son médecin, qui lui prescrivit du chlorate de potasse *ad libitum* (une boîte de 30 grammes). La malade avait une frayeur atroce de la diphthérie, et se mit à se gargariser vigoureusement, avalant d'ordinaire par surcroît la solution saline. En trois jours, elle employa au moins 40 grammes du sel. Le 25 avril, elle fut obligée d'entrer à l'hôpital, où l'on constate les phénomènes suivants :

Dyspnée : fièvre, agitation (respiration, 28; température, 39°,8; pouls, 120); peau subictérique; coloration bleu-foncé des joues, non cyanotique, vu qu'elle ne disparaît pas par la pression. Dans le pharynx, coloration foncée, quelques plaques blanchâtres non diphthéritiques (?).

Rien dans les organes.

On recueille par le cathétérisme environ 100 grammes d'une urine opaque, d'un brun noirâtre, fortement albumineuse. Le dépôt, de couleur sombre, donnait les réactions de la matière colorante du sang. Le microscope y décelait des hématies, des détritus granuleux jaunâtres, et « des masses amorphes, courtes, jaunes ou brunes ».

Le lendemain, 26 avril, ictère plus intense; persistance des taches bleues; la muqueuse de la luette et des amygdales d'une teinte bleu grisâtre; pas de plaques diphthéritiques. Température, 39 degrés; pouls, 124; respiration, 36. La malade jouit de sa connaissance complète; elle se plaint simplement d'une soif continuelle et de sécheresse de la bouche.

Le même jour, aggravation de l'état général : somnolence; constipation depuis l'entrée; anurie complète. Le cathétérisme fournit 60 grammes d'urine, de sorte que, depuis trente heures, l'excrétion urinaire se borne à 160 grammes de liquide. Cette urine présente les mêmes caractères que la précédente; examinée au spectroscope, elle donne le spectre de la méthémoglobine (à côté des

---

ment. Au milieu de la plus grande sont plusieurs paires de colonnes de granit disposées à égale distance l'une de l'autre; la plus petite n'en contient qu'une paire. Dans la grande salle, plusieurs corps sont brûlés en même temps : la dépense n'est alors que d'un *yen* (environ 4 fr. 50); mais la crémation solitaire coûte cinq *yen* (22 fr. 50). On emploie, à cet effet, des fagots dont la quantité ordinairement nécessaire pour réduire un homme en cendres revient à 1 fr. 25.

Le service funèbre a lieu à la demeure du mort; puis le corps est apporté au crématoire et laissé sous la surveillance d'un gardien à la mine aussi mélancolique et aussi triste que possible. Les riches payent quelquefois des prêtres qui assistent à la crémation; mais ce n'est pas l'habitude. Au moment de la visite de miss Bird, il y avait cinq *méchantes caisses* de sapin cerclées avec des bambous, et contenant des cadavres de coolies, qui attendaient dans la plus grande salle; dans les petites salles, quelques coffres oblongs renfermaient les restes de personnes de la classe moyenne.

A huit heures du soir, chaque bière est placée sur des tréteaux de pierre; on met dessous des fagots qu'on allume, on entretient les feux pendant la nuit, et, vers six heures du matin, ce qui fut un homme n'est plus qu'un petit tas de cendre que les parents placent dans une urne, et qu'on enterre honorablement. Quelquefois des prêtres assistent les parents dans cette dernière cérémonie funèbre.

Treize corps avaient été brûlés la nuit qui précéda la visite de miss Bird, et l'on ne sentait pas la moindre odeur dans le monument ni dans ses alentours. L'interprète lui dit que, grâce à l'élévation des cheminées, la population du voisinage n'éprouvait jamais le moindre inconvénient, même pendant la durée de l'incinération. La simplicité du procédé, fait observer miss Bird, est remarquable; on ne peut douter qu'il ne remplisse, aussi bien que n'importe quel appareil compliqué, le but de la destruction complète et inoffensive des corps; d'autre part, son bon marché le met à la portée de la classe sur laquelle pèsent le plus lourdement les frais ordi-

deux raies noires peu marquées de l'hémoglobine dans le vert, une raie noire très évidente dans le rouge).

Une piqûre du doigt donne issue à un sang noir très liquide, histologiquement normal. A la joue, on obtient avec difficulté une sérosité rougeâtre, ne contenant que de rares hématies.

Le soir, collapsus, œdème pulmonaire. Mort vers minuit.

Autopsie médico-légale (docteur Lesser). — Ictère généralisé; taches bleues diffuses.

Rate hypertrophiée, dure, brun bleuâtre. La coupe présente une coloration rouge brun tout à fait spéciale.

Les amygdales, gonflées, montrent de petits eschares diphthéritiques très superficiels.

Reins augmentés de volume, coloration chocolat, à la surface comme sur la tranche. Les canalicules droits et courbes sont remplis de cylindres d'une couleur brun-rouge intense, pareils aux masses observées dans l'urine pendant la vie. Ces cylindres sont composés de nombreux fragments de corpuscules rouges. Epithélium tuméfié et trouble.

La moelle osseuse du fémur droit présente la même coloration chocolat déjà précitée dans la moitié supérieure seulement (ce qui tient, sans doute, à la distribution vasculaire).

Rien d'anormal dans les autres organes.

Si l'on rapproche de cette remarquable observation les conclusions de Marchand, déjà publiées dans la *Gazette*, on trouve que l'intoxication par les chlorates se caractérise :

Au point de vue *symptomatique :*

1° Par des phénomènes *cutanés :* en première ligne, l'ictère généralisé, puis des taches bleues non cyanotiques.

2° Par des symptômes *du côté des reins :* oligurie ou même anurie, sans douleur; urine trouble, d'une coloration spéciale se rapprochant du noir, albumineuse, contenant de la méthémoglobine (au spectroscope); sédiment presque uniquement composé de pigment sous forme de mottes brunes ou jaunes.

3° Par une *altération du sang* de nature encore inconnue; le sang reste liquide, quoique très noir.

Au point de vue anatomique :

1° Par une lésion *des reins* pathognomonique de l'affection. Le parenchyme est intact, à peine un peu de tuméfaction trouble; les canalicules, bondés de masses cylindriques composées de pigment.

2° Par une lésion de *la rate* et de *la moelle osseuse*, analogue à la précédente. Tous ces organes ont une coloration chocolat extrêmement remarquable et qui avait déjà frappé les premiers observateurs.

Les phénomènes généraux (fièvre, dyspnée, agitation, etc.) n'ont rien de caractéristique, d'autant moins qu'on a généralement affaire à des cas de diphthérie.

Tous ces faits s'expliquent assez bien dans l'hypothèse de Marchand : « La lésion primitive, dit-il, dans de pareils empoisonnements, est celle du sang; une énorme quantité d'hématies se détruisent par suite de la transformation de la matière colorante du sang (apparition de la méthémoglobine). Les corpuscules transformés s'accumulent dans divers organes, dans la rate, *dans la moelle osseuse* (1), dans les reins. Leurs produits de décomposition, se mêlant au sang, produisent une coloration ictérique de la peau; mais l'immense majorité des hématies, incapables de vivre, est plutôt éliminée par les reins.»

Les médecins français qui, de 1850 à 1860, ont étudié avec tant de soin l'action du chlorate de potasse (spécialement Isambert et Laborde) n'ignoraient pas l'action nocive de ce sel. Ils avaient observé la mort plus ou moins rapide des animaux sur lesquels ils expérimentaient. Ils avaient été frappés de la singulière coloration « ardoise » mentionnée dans l'empoisonnement de Tulle, de la teinte que présentaient les viscères des animaux « dont les poumons, le foie avaient une teinte comme si, après avoir été privés de leur coloration naturelle, on les eût trempés dans une eau chargée de sépia » (Isambert). Mais ils attribuaient la mort à une action spéciale sur le muscle cardiaque, frappé de paralysie subite sans convulsion antécédente. Marchand n'a pas assez tenu compte, dans son travail, de cette manière de voir, qu'il ne semble pas connaître; cette omission est regrettable, car la rapidité en quelque sorte foudroyante dont sont morts certains malades semble bien indiquer une lésion de l'organe central de la circulation ou du système nerveux.

Est-il possible de confondre une maladie ainsi caractérisée avec quelque autre affection? Oui et non. Oui, si l'on n'a pas l'attention attirée sur la possibilité d'une intoxication par les chlorates, si l'on n'accorde aux urines qu'une attention distraite. Non, si l'on tient compte des anamnestiques, et si l'on examine attentivement ce qui se passe du côté de l'appareil urinaire. Telle est du moins la conclusion des auteurs que nous venons de citer.

Les confusions récentes, si confusions il y a, ont surtout porté sur la diphthérie. La diphthérie étant une maladie infectieuse grave, protéiforme dans ses manifestations, on a l'habitude d'attribuer à l'agent infectieux tous les phénomènes

(1) Il est curieux de constater que Marchand, tout en affirmant son existence, n'avait fait que soupçonner cette lésion de la moelle osseuse, qui fut plus tard mise hors de doute par Lesser, non seulement dans l'autopsie précitée, mais par des expériences sur les animaux.

---

naires des funérailles. Le crématoire est dans un lieu embelli par des camélias rouges, des bambous touffus et des cryptomérias. Miss Bird n'y vit rien d'horrible ni de désagréable.

L. H. Petit.

Service médical de nuit dans la ville de Paris (Statistique du 1er janvier au 31 mars 1881, par M. le docteur Passant). — La moyenne des visites par nuit est de 19 66/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 20 50/100.

Visites du premier trimestre de 1880, 1847. Visites du premier trimestre de 1881, 1770. Différence en moins, 77.

Les hommes entrent dans la proportion de 37 pour 100; les femmes, de 50 pour 100; les enfants au-dessous de trois ans, de 13 pour 100.

École de médecine de Grenobles. — Un concours sera ouvert le 3 novembre 1881 pour un emploi de chef des travaux anatomiques. Le concours qui devait avoir lieu le 1er avril 1881, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale, est reportée au 7 novembre prochain.

Le registre d'inscription, pour ces deux concours, sera clos un mois avant leur ouverture.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 19 mai 1881, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 16 avril 1881, et sera clos définitivement le lundi 2 mai, à trois heures.

extraordinaires, ainsi que l'avait fait Küster. Voici, au surplus, le résumé des cas observés par lui :

1° Fille de quatre ans. Forte dose de chlorate de potasse. Vomissements subits, faiblesse, bâillements, apathie; peau fraîche d'un blanc *bleuâtre;* pouls rapide; *urine noire*, albumineuse, contenant de l'hématine. Guérison.

2° Homme de trente ans. Forte dose. Au troisième ou quatrième jour de l'angine, *urine noire*. Guérison.

3° Enfant de trois ans. Mêmes conditions. Atteinte subite; *urine noire* comme de l'encre, verdâtre par transparence, albumineuse; peau blanc *bleuâtre*. Mort.

4° Fille de vingt ans. Mêmes conditions. Le soir, vomissements subits; diarrhée; dyspnée; même coloration cutanée. Mort.

Ces observations, dont l'auteur avait eu soin de mettre en relief les singularités (urine noire, peau bleue), ayant été mises par Hofmeier au bilan des intoxications par les chlorates, Küster se sentit blessé de ce diagnostic rétrospectif. Il y répondit avec vivacité, en déniant à la plupart des observations mises en avant leur caractère d'empoisonnement et en portant l'attention sur un fait de Becker, qui, disait-il, ressemblait trait pour trait au fait de Hofmeier (que nous avons traduit). Or, ce malade n'avait pas absorbé un atome de sel de Berthollet.

L'observation de Becker est, en effet, fort curieuse. A première vue, elle ressemble beaucoup à celles qui nous occupent; si l'on en étudie les détails, on constate quelques différences, mais des différences peu grossières. Ainsi, l'on ne signale pas de taches bleues; le sédiment urinaire, vert sombre, consiste en urates fortement colorés, cylindres hyalins, masses pigmentaires de toutes formes; pas de lésion de la rate; dégénérescence graisseuse du foie; néphrite parenchymateuse. La diphthérie pourrait donc par elle seule provoquer l'apparition de symptômes qui ressemblent étonnamment à l'intoxication.

Mais ce fait extraordinaire et unique a besoin de confirmation; il ne doit pas ébranler la croyance en la toxicité du sel. Dans la séance du 22 octobre 1880 de la Société des médecins de Vienne, le professeur Billroth fit une communication importante sur la lithotripsie, la méthode opératoire, les résultats obtenus, etc. Il raconta à ce propos l'histoire d'une mort subite chez un homme de soixante-quatre ans, mort qu'il ne peut attribuer qu'au chlorate de potasse. Ce sel avait été administré, *non contre la diphthérie*, mais contre l'alcalescence des urines et à dose assez faible (8 à 10 grammes par jour). Brenner raconte un cas analogue.

En résumé, dans les cas ordinaires, l'intoxication peut être reconnue d'après les symptômes résumés plus haut. Dans les cas difficiles, comme le cas de Becker, il faudra chercher la solution du problème dans l'examen des urines (y compris l'examen spectroscopique), et, s'il y a lieu, dans l'examen histologique des reins. Ce dernier examen rendra naturellement de grands services dans les autopsies médico-légales.

Nous avons dit plus haut que les cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse avaient tous été publiés en Amérique, en Angleterre, en Allemagne et que jusqu'ici rien de pareil n'avait été observé en France; il est naturel de se demander d'où provient cette différence. Cela tient probablement à ce que l'on n'administre chez nous que très rarement le chlorate de potasse à l'intérieur. On ne le prescrit nulle part en potion. Il n'en est pas de même à l'étranger, où les médecins, guidés par des vues purement théoriques, l'emploient, à l'intérieur, dans les maladies les plus diverses. C'est ainsi qu'un jeune pharmacien des plus distingués, M. Léon Chapuis de Porrentruy, nous a fait connaître qu'en Allemagne le chlorate de potasse est fréquemment prescrit, à doses assez fortes, au début de la fièvre typhoïde.

Si maintenant l'on se demande quelle utilité pratique l'on peut tirer des travaux que nous venons d'analyser, on arrive naturellement à la conclusion que l'on devra mettre dorénavant un peu plus de réserve dans l'emploi d'un agent qui peut être rapidement mortel. Quand on songe à la légèreté avec laquelle le public manie cet agent soi-disant inoffensif, on demeure stupéfait que les cas mortels ne soient pas plus fréquents. « Peut-être, dit Hofmeier, se multiplieront-ils maintenant que l'attention est attirée de ce côté. » En tous cas, il est désirable que la pharmacie ne délivre plus de chlorates que sur l'ordonnance du médecin, et que le médecin lui-même ne dépasse pas certaines doses, à peu près dans les limites suivantes, tracées par Jacobi :

Enfants d'un an et au-dessous..	1gr,25	par jour.
Enfants de deux à trois ans....	2gr,00	—
Adultes....................	6gr,-8gr	—

Dans ces conditions, on pourra continuer à employer sans crainte un médicament qui a rendu et rend encore de signalés services. Ce serait une exagération blâmable que de prétendre, avec Marchand, le bannir de la thérapeutique.

C. Zuber.

Index bibliographique. — Isambert. Art. Chlorates du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1875. — Küster. Ein Beitrag zur Diphtherie (*Deutsche Ztschft für praktische Med.*, 1877, n° 33). — A. Jacobi. The remedial and fatal effects of chlorate of potassa (*The medical Record*, 1879, n° 11). — F. Marchand. Ueber die Intoxication durch chlorsaure Salze (*Archiv für path. Anat.*, t. LXXVII, p. 455). — Tacke. Das chlorsaure Kali in medicinischer Hinsicht (*Th. de Bonn*, 1878). — W. Brandstæter. Ein Fall von Vergiftung durch chlorsaures Kali (*Th. de Berlin*, 1880). — Hofmeier. Ein Beitrag zur Casuistik der Vergiftungen mit chlorsaurem Kali (*Deutsche med. Woch.*, 1880, 38-40). — Wegscheider. (*Ibid.*). — Billroth. Ueber Lithotripsie, und Vergiftungen mit chlorsaurem Kali (*Wien. med. Presse*, 1880, n°s 44-46). — Becker. Ueber einen unter dem Bilde von Icterus gravis, etc. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n°s 38-39). — Küster. Diphtherie : Intoxication oder Vergiftung durch chlorsaures Kali? (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 40). — Hofmeier. Diphtherie oder Kali-chloricum-Vergiftung! (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n°s 49-50). — Manouvriez. Empoisonnement aigu par le chlorate de potasse administré par erreur (*Ann. d'hygiène*, juin 1880). — E. Wagner. Beiträge zur Kenntniss des acuten Morbus Brightii (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXV, p. 541). — Baginsky. *Archiv. für Kinderheilkunde*, 1880. — Brenner. *Wien. med. Blätter*, 1880, n° 46.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie chirurgicale.

Contribution a l'étude des ligaments larges au point de vue de l'anatomie et de la pathologie, par le docteur Le Bec, prosecteur des hôpitaux.

Depuis une quarantaine d'années environ, l'attention des cliniciens s'est tout particulièrement portée sur les affections du ligament large. Tout d'abord, on a simplement localisé l'affection dans le ligament lui-même, comme un simple phlegmon du tissu cellulaire de ce ligament; puis, plus tard, on a commencé à remarquer que le mal devait débuter par le système lymphatique de l'utérus. Dans tous les cas, on a admis sans contestation une communication directe et facile

entre l'intérieur du ligament large et le tissu cellulaire du petit bassin.

En 1879, M. A. Guérin présenta une note à l'Académie des sciences, dans laquelle il reprend la question là où ses prédécesseurs l'ont laissée et l'étudie à un point de vue nouveau, qui satisfait mieux l'esprit, et permet d'expliquer d'une manière simple et parfaitement logique tous les faits que le clinicien peut observer. C'est lui qui nous a engagé à commencer cette courte étude, et c'est pour lui que nous revendiquons l'honneur des faits nouveaux qu'il a le premier fait connaître. Nous ne faisons, en effet, que rédiger les notes recueillies à ses leçons, et nous ne faisons que décrire des préparations anatomiques qu'il nous a appris à exécuter. Nous avons déposé dans le musée de l'amphithéâtre des hôpitaux une série de préparations qui tendent à prouver la réalité des faits avancés par M. A. Guérin dans sa note à l'Institut; c'est d'après ces pièces, les unes sèches, les autres fraîches et conservées dans l'alcool, que notre description sera faite. Nous parlerons d'abord de la structure même du ligament large, puis nous terminerons en montrant comment ces notions facilitent l'intelligence des inflammations de cette région.

Structure du ligament large. — Les auteurs classiques donnent tous la même description du ligament large. Il est constitué par deux lames : en dehors, le péritoine ; en dedans, des fibres musculaires lisses, si adhérentes à la séreuse qu'on ne peut les en détacher (Rouget). M. Sappey dit qu'au-dessous de ces lames se trouve du tissu celluleux mince s'épaississant de haut en bas et de dehors en dedans, de telle sorte que c'est au niveau du plancher du bassin et des bords de l'utérus qu'il présente le plus d'épaisseur. A ce niveau, on trouve une masse de tissu cellulaire fort lâche, qui va se réunir à celui qui entoure le vagin, les parties latérales de la vessie en avant, et celles du rectum en arrière. Jarjavay, dans son *Anatomie chirurgicale*, ajoute que, par l'échancrure sciatique, il existe une communication entre le tissu cellulaire du ligament large et celui de la fesse.

Au milieu passent des artères, des veines nombreuses et des lymphatiques, dont la situation est, en général, loin d'être déterminée avec précision.

En somme, on admet comme parfaitement démontrée la présence d'une quantité relativement considérable de tissu cellulaire entre ces lames musculaires, et une communication facile avec les parties voisines ; c'est là un point que M. A. Guérin a particulièrement visé et que l'on peut facilement démontrer comme erroné.

Pour répéter la préparation, très facile du reste, il est nécessaire d'observer certaines précautions indispensables et que nous croyons utile de faire connaître.

On choisit une femme dont les organes génitaux internes sont parfaitement sains, qui ne présente pas de trace de péritonite ancienne, d'adhérences des trompes ou des ovaires, ni de déviations utérines. On enlève tous les organes du petit bassin à la fois, c'est-à-dire la vessie, l'utérus et ses annexes et le rectum. Pour cela, on commence par inciser le péritoine au milieu des deux fosses iliaques; on décolle et l'on entraîne avec lui une lame de tissu cellulaire sous-péritonéal, le commencement du *fascia propria*, et l'on continue ainsi en longeant la face interne des parois du petit bassin jusqu'à la face supérieure du périnée. Quand le rectum est séparé du sacrum, et la vessie du pubis, on sectionne les parties molles du périnée et on enlève le tout.

Pour bien se rendre compte des détails de structure que M. A. Guérin a décrits, il faut suspendre l'utérus par sa base, soutenir en haut la trompe, porter en avant le ligament rond et fixer le rectum en arrière. Le ligament large est ainsi mis en place, et vu par la face supérieure, il a tout à fait l'aspect qui a été décrit par les auteurs; mais ce qui a été laissé dans l'ombre, c'est la forme que prend le ligament vu par la face inférieure.

On constate manifestement que les parties se dépriment et ont, pour ainsi dire, l'air de s'enfoncer dans le ligament large lui-même, en formant un angle rentrant, sous l'aspect d'une lame partout continue avec elle-même.

Quelle est la raison d'être de cet aspect? Pourquoi les tissus sont-ils, pour ainsi dire, attirés et fixés, et quels peuvent être les effets produits en pathologie par cet état? C'est précisément là le point sur lequel M. A. Guérin a appelé l'attention.

En soulevant le péritoine à partir de la fosse iliaque, on soulève avec lui la lame décrite par certains auteurs sous le nom de *fascia propria*. Cette lame, formée primitivement par du tissu cellulaire mince et graisseux, se renforce et augmente de solidité à mesure qu'elle se rapproche de la base du ligament large, point où elle a l'aspect d'un véritable tissu aponévrotique, comme, du reste, tous ceux que l'on trouve en splanchnologie. Le ligament large se trouve donc tapissé ou plutôt fermé, et l'on peut dire, sans employer une métaphore forcée, qu'il est hermétiquement fermé, puisque, comme le prouvent les expériences, les liquides injectés dans le ligament large ne peuvent pas franchir cet obstacle. Donc, de ce côté, une lame aponévrotique, formée par une division du *fascia propria*, vient séparer le ligament large du tissu cellulaire du petit bassin.

On peut encore présenter cette description d'une autre manière, et dire : « Au moment où le feuillet péritonéal se réfléchit de bas en haut pour se mouler sur le ligament large, le *fascia propria* se divise en deux feuillets, dont l'un vient former la paroi antérieure du ligament large, et dont l'autre se continue horizontalement et forme la base résistante de ce ligament. » (A. Guérin, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 30 juin 1879.)

C'est donc précisément le contraire de ce que Jarjavay avait décrit et de ce que tous les auteurs ont admis après lui. Quelle est l'importance de cette cloison fibreuse, et quel rôle peut-elle être appelée à jouer en pathologie? Ce sont des points sur lesquels nous dirons quelques mots quand nous aurons fait connaître plus complètement la structure du ligament.

On dit partout que du tissu cellulaire existe entre les lames de fibres musculaires lisses ; mais ce que l'on ne dit pas, c'est que ce tissu cellulaire est en quantité infiniment peu considérable, bien que l'on n'hésite pas à lui faire jouer un rôle capital dans l'affection connue sous le nom de *phlegmon du ligament large*. Or, si l'on veut bien y regarder de près, on verra que cette masse cellulaire est tellement minime qu'il faut vraiment lui prêter beaucoup pour en faire le siège unique ou tout au moins fréquent des inflammations. Du reste, en décrivant les lymphatiques de cette région, nous montrerons que c'est à eux qu'il faut attribuer surtout ce rôle et que leur situation explique à merveille les phénomènes observés en clinique.

Chemin faisant, nous parlerons de *cavité du ligament large*. C'est un mot qui peut-être pourra vivement frapper ceux de nos lecteurs qui ne connaissent pas les expériences de M. A. Guérin. Cet auteur nous a facilement donné la preuve de la possibilité de développer artificiellement, entre les parois du ligament large, une petite loge, parfaitement limitée de toutes parts par les plans aponévrotiques dont nous avons parlé plus haut. Avant de décrire cette petite cavité, disons que, pour la mettre en évidence, il est indispensable de se mettre dans de très bonnes conditions. Tous les sujets ne peuvent pas se prêter à l'expérience. Il faut prendre des femmes dont les organes génitaux internes et surtout les ligaments larges soient parfaitement sains et sans traces d'adhérences anormales.

On fait une petite incision à la paroi antérieure d'un ligament large, traversant le péritoine et la lame de tissu musculaire qui le double. On pénètre alors dans ce que l'on connaît vulgairement comme le tissu cellulaire de cette région. Il ne faut pas aller plus loin, car on s'exposerait à traverser

le tout et à pousser son injection sous le péritoine. On fixe une petite canule dans l'incision au moyen d'une suture entortillée, puis on injecte doucement et sans force quelques grammes d'eau colorée ou de suif. Dès que l'on sent un peu de résistance, on s'arrête.

On voit immédiatement se former une petite tuméfaction qui représente la capacité de la cavité artificiellement mise en lumière. C'est, en quelque sorte, un écartement du tissu cellulaire, une dilatation des espaces de ce tissu, produits par l'injection, comme cela pourrait se faire par du pus.

Voici comment cette cavité est limitée : du côté interne, par le bord du corps de l'utérus, le long duquel monte l'artère utérine; en bas, elle se termine légèrement en pointe, au niveau du col de l'utérus; en haut, elle s'arrête au point où se séparent l'aileron de la trompe de celui de l'ovaire; en dehors, elle est précisément formée par la lame fibreuse que nous avons décrite plus haut, et joue un rôle important dans les affections de cette région.

Cette petite loge a environ 3 centimètres en hauteur et presque autant en largeur. Quand elle est convenablement distendue, elle a une forme aplatie de 1 centimètre d'épaisseur à peu près. Il est également facile de la développer par l'insufflation, comme, du reste, par l'injection; mais, je le répète, il faut bien se garder de faire pénétrer le suif ou l'air sous le péritoine, car ils pourraient fuser indéfiniment en décollant cette membrane. On voit, en somme, que cette cavité demande à être attentivement recherchée, et, quand on la trouve, elle est de dimensions fort restreintes. De plus, elle est soigneusement et solidement fermée, du côté qui regarde la paroi du petit bassin.

Nous pouvons tirer de ceci quelques déductions en nous plaçant au point de vue de la pathologie. Etant connue la faible capacité de la petite cavité du ligament large, est-il possible d'admettre que du pus qui viendrait à s'y former et à s'y accumuler pourrait jamais atteindre un volume considérable? Si l'on considère la petite masse formée par une injection, on est forcé de reconnaître qu'il y a une telle différence de volume entre elle et l'abcès connu classiquement sous le nom de phlegmon du *ligament large* qu'il est impossible de les regarder comme étant formés dans la même cavité. Du reste, comme le dit M. A. Guérin : « On a bien trouvé du pus dans ce repli, mais je ne vois pas qu'il s'y soit jamais développé une collection assez considérable pour s'étendre jusqu'au voisinage du pubis. Quand il y a un phlegmon du bassin, on trouve bien parfois du pus dans le ligament large, mais ce n'est qu'en petite quantité, et jamais on n'a été en droit d'affirmer scientifiquement que l'abcès avait sa *source primitive* dans l'inflammation du ligament large. » (A. Guérin, *loc. cit.*)

Mais, peut-on dire, si l'abcès n'est pas toujours contenu dans le ligament large, s'il en est parti et s'est propagé directement au tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin en gagnant de proche en proche? On admet, en un mot, « une migration facile du pus formé dans le ligament large vers le pubis, sous le feuillet péritonéal de la paroi abdominale antérieure, constituant ce que Chomel nommait le *plastron* » (A. Guérin). Ici nous ferons remarquer la présence de l'aponévrose, dépendante du *fascia propria*, qui forme le ligament en dehors. Or, cette lame est une barrière très suffisante pour retenir du pus qui est retenu dans le ligament, comme était retenue l'injection de suif ou d'eau colorée que l'on y introduisait dans l'expérience précitée.

Il est donc tout naturel de chercher un autre mode de développement des inflammations, et c'est dans l'étude des lymphatiques et de leur situation que nous trouverons une facile explication de la pathogénie et de la marche de cette affection.

Lymphatiques de la base du ligament large. — Nous n'avons nullement l'intention d'entrer ici dans une description étendue des lymphatiques de l'utérus. Gerhard (Léopold) a fait une étude très approfondie des origines et des réseaux lymphatiques dans les couches muqueuse, musculaire et sous-séreuse de cet organe. Longtemps auparavant, les auteurs classiques avaient décrit les troncs qui partent de ces réseaux et les ganglions auxquels ils aboutissent. Cruveilhier a montré, dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, que les vaisseaux qui partent du col vont à un ganglion situé derrière le pubis. M. Just Lucas-Championnière a décrit de petits ganglions non constants situés à l'angle interne et inférieur du ligament large, ganglions que nous n'avons pas eu la bonne fortune de rencontrer.

Nous voulons simplement rapporter le résultat que nous avons obtenu sur les pièces déposées actuellement dans le musée de l'amphithéâtre des hôpitaux. Pour obtenir une injection pénétrante, il faut choisir une femme jeune, dont l'utérus soit normal. En effet, la moindre ulcération à la surface du museau de tanche détermine une fuite du mercure, qui n'a plus assez de pression pour pénétrer dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques. Le meilleur est donc de trouver un sujet vierge, et c'est ce que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer, et ce qui nous a permis, après plusieurs recherches infructueuses, de réunir une injection complète du vagin, du col et du corps de l'utérus.

Nous avons ainsi pu constater le trajet et les rapports des troncs lymphatiques qui partent de ces réseaux. Les lymphatiques du vagin se rendent tous à des troncs qui vont se réunir au niveau du cul-de-sac supérieur du vagin, au point d'union même du col et du corps de l'utérus.

Sur le col est un réseau très fin et très riche, situé dans la muqueuse. De ce réseau partent des troncs qui vont se réunir à ceux du vagin. De ce point on voit naître un ou deux troncs volumineux qui marchent transversalement en dehors, vers la paroi osseuse du petit bassin.

Ces vaisseaux ont quelque chose de très caractéristique et en même temps de très important à connaître. Ils marchent, à *la base* du *ligament large*, vers l'angle antérieur et inférieur, au-dessous et en dehors de la cavité, et nullement en communication avec elle; ils sont constamment situés au-dessous du plan fibreux qui ferme cette cavité, puis ils viennent se terminer près de la face interne de l'ischion, tout près du trou obturateur.

On trouve en ce point tantôt un seul ganglion bien formé, tantôt et plus souvent une masse formée par une agglomération de nombreux vaisseaux et de très petits ganglions. C'est là ce que M. A. Guérin décrit spécialement sous le nom de *ganglion obturateur*. De ces ganglions partent des vaisseaux qui vont passer sur le pubis, et qui se mettent en communication directe, derrière l'*arcade crurale*, avec les vaisseaux lymphatiques qui viennent de la cuisse. Ces vaisseaux ont, derrière l'arcade crurale, une autre communication; ils sont l'aboutissant d'une traînée de lymphatiques qui montent, sous le péritoine, à la face postérieure du muscle droit antérieur de l'abdomen, et qui vont jusqu'aux vaisseaux épigastriques.

Toutes ces notions ont une importance majeure en pathologie. Elles vont nous permettre de comprendre la formation des abcès et des fusées purulentes, ou tout au moins inflammatoires, derrière la paroi antérieure de l'abdomen.

Nous n'avons rien à dire des lymphatiques du corps et du fond de l'utérus, qui se rendent dans les ganglions lombaires en suivant les vaisseaux utéro-ovariens, et qui n'ont rien de particulièrement intéressant pour le point de vue auquel nous sommes placé. Nous dirons seulement qu'ils passent à la partie supérieure du ligament large et nullement dans sa cavité. En même temps, nous en profiterons pour faire remarquer la différence radicale qui existe entre les trajets de la terminaison des lymphatiques de ces deux parties d'un même organe, le corps et le col de l'utérus.

Il nous est maintenant très facile, en terminant, d'expliquer certains symptômes fréquemment observés en clinique, et que l'on peut difficilement faire cadrer avec une collection

purulente continue dans le ligament large lui-même. Nous nous rangeons complètement à la manière de voir de M. A. Guérin, qui, dans ses leçons, a décrit l'affection connue sous le nom d'*adéno-phlegmon juxta-pubien*. A la suite d'une cause quelconque, d'irritation du vagin ou du col, vaginite, cautérisation du col, déchirure, etc., une lymphangite se déclare, comme, du reste, l'a parfaitement dit M. Just Lucas-Championnière. Les troncs lymphatiques situés à *la base* du ligament large se prennent, comme dans la lymphangite simple. Par le toucher, on sent alors une tuméfaction allongée, douloureuse, située transversalement, partant du col pour se diriger vers le canal sous-pubien. Cette tuméfaction, qui envahit quelquefois le tissu cellulaire voisin, peut se résoudre très rapidement, comme une simple lymphangite. Dans certains cas, on peut sentir le ganglion obturateur pris tout seul, formant une petite tumeur du volume d'une noix, très facile à trouver et douloureuse, comme dans l'adénite des autres parties du corps. On voit même les lymphatiques se prendre par propagation jusque derrière l'arcade pubienne. Bien plus, M. Rigal nous a dit avoir observé un cas dans lequel on sentait parfaitement une plaque, partant du pubis, montant derrière le muscle droit de l'abdomen, et occupant exactement la place de cette traînée lymphatique, que nous avons signalée en communication avec les vaisseaux venus du vagin et du col de l'utérus. Si les symptômes ne se calment pas et que la suppuration se déclare, on voit se former un simple adéno-phlegmon, qui alors, envahissant le tissu cellulaire sous-péritonéal, forme facilement l'énorme tumeur que l'on trouve souvent, et pouvant fuser dans les différentes directions que nous n'avons pas à décrire ici.

En somme, on voit que l'origine et la situation des lymphatiques de la région nous rendent parfaitement compte de la marche des symptômes cliniques de l'adéno-phlegmon juxta-pubien. La structure du ligament large nous explique comment il est si rarement le point de départ du mal, de telle sorte que nous pouvons dire avec M. A. Guérin que les symptômes cliniques de l'abcès siégeant *véritablement* et *primitivement dans le ligament large* sont encore à chercher.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Action thérapeutique du bromure de sodium.

M. le docteur Lebovicz nous envoie de *Salonique* une note relative à l'efficacité du bromure de sodium dans les *maladies nerveuses*, avec deux observations : l'une, d'éclampsie puerpérale, l'autre, de violentes douleurs de bas-ventre. Dans les deux cas, les symptômes ont été immédiatement calmés par l'emploi de 30 *grammes* d'iodure de sodium dans un seul lavement. Les expériences et observations déjà publiées sur l'action physiologique et thérapeutique du bromure de sodium, quoique peu nombreuses, le sont assez néanmoins pour que deux observations nouvelles, ou plutôt une seule (car l'autre n'est que résumée en quelques lignes) puisse contribuer beaucoup à fixer l'opinion sur ce point de thérapeutique. Mais nous nous faisons un plaisir de constater que notre distingué confrère de Salonique paraît avoir, d'après les termes de sa lettre, tiré sur une assez grande échelle un parti avantageux de l'emploi du bromure de sodium dans diverses maladies du système nerveux.

Nous nous permettrons de lui rappeler que M. Rabuteau a fait sur l'action de ce remède des expériences dont le résultat a été consigné dans la *Gazette hebdomadaire* de 1868 (p. 582), et que MM. Decaisne et Gazeau l'ont préconisé contre la chorée et autres affections nerveuses. Nous engageons, par la même occasion, notre correspondant à expérimenter le *bromure de calcium*, qui a été administré déjà contre l'épilepsie.

A. D.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Luxation verticale externe de la rotule.

Permettez-moi de vous communiquer sans réflexions le fait suivant dont il n'existe pas un grand nombre d'exemples publiés.

Obs. — Le jeune X..., garçon boucher, dix-huit ans, descend de son cheval lancé au grand trot, et son genou droit heurte violemment celui du cheval. Malgré la vive douleur ressentie, ce jeune homme peut se tenir debout et faire quelques pas, puis on est obligé de le rapporter chez lui. Je le trouve un quart d'heure après l'accident dans le décubitus dorsal, la jambe complètement étendue et le genou présentant la singulière déformation décrite par Malgaigne et caractéristique d'une *luxation verticale externe de la rotule*. Le gonflement étant nul au moment où je vis le blessé, le diagnostic s'imposait d'emblée. Après m'être rendu bien compte de la façon dont la rotule était placée, et avoir reconnu la facette articulaire externe qui répond au bord externe du genou, je fis une double pression d'une part avec la main droite sur la face antérieure de la rotule, qui dans ce cas regarde en dedans, et d'autre part, avec deux doigts de la main gauche, je repousse la base de la rotule ou son bord interne en dedans. Les premières furent faites doucement, et au bout de quelques instants la rotule reprit tout d'un coup sa position normale. Je fais exécuter immédiatement au genou quelques légers mouvements de flexion et d'extension, et j'applique alors une bande roulée fortement serrée autour du genou, le membre dans l'extension complète. Quatre jours de repos absolu ; puis exercice léger et progressif. Dix jours après l'accident reprise des occupations habituelles ; aucune douleur ni aucune gêne dans les mouvements du genou.

Dr Gérard-Laurent.

Sanvie, près le Havre (Seine-Inférieure), mars 1881.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Pulmomètre. — M. *V. Burq* adresse un mémoire intitulé : *Prophylaxie de la phthisie pulmonaire, pulmomètre gymno-inhalateur.*

Acide cyanhydrique. — M. *Ch. Brame* adresse une note sur plusieurs expériences d'intoxication par l'acide cyanhydrique à haute dose, et appelle l'attention sur la longue conservation des animaux empoisonnés par cet agent.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre des travaux publics prie l'Académie de lui faire connaître son avis sur les mesures de précaution à prendre et les soins à donner aux ouvriers malades lors de l'exécution de travaux dans les terrains marécageux ou dans les alluvions maritimes de formation récente. (*Section d'hygiène.*)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les formules et échantillons : 1° d'un produit végétal présenté par M. Petit comme possédant des propriétés curatives ; 2° d'une pommade pour guérir les dartres adressée par M. Lagré ; 3° d'un produit appelé gluten-lacté envoyé par M. Bernard. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. le docteur Girard (d'Eyguières) adresse un mémoire manuscrit sur *Une méthode pour arrêter le croup.* (*Commissaires :* MM. Hérard et Roger.)

M. le docteur Gérard (du Mans) envoie un travail manuscrit sur *La loi sur la vaccine obligatoire considérée en France et en Allemagne.* (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur Linares (de Madrid) transmet une brochure intitulée : *Nuevos me-*

todos de tella perineal y de ligadura de los polipos de la matriz, et demande à être porté comme candidat au titre de correspondant étranger.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° le rapport du Conseil d'hygiène de Saint-Dié pour 1879 ; 2° au nom de M. Bardy (de Saint-Dié), une *Notice sur G. F. Renaud* et une brochure sur l'*Hiver de* 1879-1880 dans cette ville ; 3° de la part de M. Wehenkel (de Cureghem) le *Rapport sur l'état sanitaire des animaux domestiques en Belgique pendant l'année* 1879 ; 4° au nom de M. le docteur Coselli. Azzio (de Reggio), une observation imprimée : *Estirpazione di fibro-encodroma mixomatoso enorme dell' osso joide e della laringe*, 5° de la part de M. le docteur Créquy, une *Note sur la vaccine et la vaccination* ; 6° au nom de M. le docteur Pr. de Pietra-Santa, des *Lettres sur la vaccination obligatoire*.

M. *De Villiers* présente : 1° de la part de M. le docteur Charnaux (de Vichy), des *plaques de cowpox* recueillies il y a dix ans ; 2° au nom de M. le docteur Silve (de Digne), et de Mme Ailland (de Digne), des *États de vaccination et de revaccination*). (*Commission de vaccine*)

M. *Leblanc* offre son *Rapport sur les maladies contagieuses observées en* 1880 *dans le département de la Seine*

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire. Les candidats sont présentés par la section dans l'ordre qui suit : en première ligne, M. Gaujot; en deuxième ligne, M. Cusco; en troisième ligne, M. Lannelongue; en quatrième ligne, M. Ledentu; en cinquième ligne, M. Terrier; en sixième ligne, M. Périer; candidat adjoint : M. Péan. — Le scrutin donne les résultats suivants : Votants : 76, majorité : 39; ont obtenu : M. Cusco, 45 voix; M. Gaujot, 13; M. Péan, 10; M. Lannelongue, 6; M. Périer, 1; plus un bulletin blanc. — En conséquence, M. Cusco est proclamé membre titulaire de l'Académie dans la section de médecine opératoire.

Substitution accidentelle de la strychnine a la santonine dans les pharmacies. — Rappelant l'empoisonnement qui a coûté récemment la vie à deux jeunes enfants, et a failli avoir le même résultat chez un troisième, auxquels un pharmacien avait administré par erreur des paquets de strychnine à la place de santonine, et s'appuyant sur ce que pareil empoisonnement s'est déjà produit plusieurs fois, M. *Jules Lefort* propose, afin d'éviter désormais la confusion de la santonine avec la strychnine, d'appliquer d'une manière rigoureuse, dans la pratique médicale et pharmaceutique, la seule dénomination qui appartient chimiquement à la santonine, celle d'*acide santonique ;* il montre, en effet, que cette dernière appellation est la seule rationnelle.

Herniotracteur. — Tel est le nom d'un instrument présenté par M. le docteur *Roussel* (de Genève), dont il fait connaître le mode d'emploi ainsi que les indications opératoires. Entièrement en caoutchouc durci, cet instrument se compose d'une tige de la grosseur de l'index, longue de 30 centimètres, portant un crochet mousse monté à charnière et commandé par une vis de traction, dont la roue est à l'extrémité inférieure du manche; un bouton de repère indique le sens de la courbure. Lorsque le rectum a été nettoyé par un lavage abondant et que le sphincter interne, reconnu avec l'index, a été franchi par cet instrument, celui-ci se meut librement dans l'intestin iliaque dont le déplacement est facile; en repoussant le manche vers le coccyx, on amène le bout antérieur au contact de la paroi abdominale, on le dirige au voisinage de la hernie jusqu'à ce que le bout ait dépassé le niveau du pédicule; on tourne alors la roue, le crochet s'abaisse et embrasse solidement l'anse herniée qui, glissant sur elle-même en se dédoublant, rentre dans l'abdomen. Si la longueur de l'anse engagée dans l'anneau excède l'espace dans lequel l'instrument peut se mouvoir, il faut faire une ou plusieurs reprises en redressant le crochet pour le ramener au voisinage de l'anneau et accrocher de nouveau le pédicule. Peu à peu, en s'aidant du taxis, on réduit entièrement. Cet instrument, qui n'a encore été essayé que sur le cadavre, avec un plein succès, il est vrai, constituerait, d'après l'auteur, en permettant de pratiquer une sorte de cathétérisme rectal, un adjuvant du taxis classique, plus facile à réaliser et mieux accepté ; il peut aider à constater l'irréductibilité des hernies et la présence d'adhérences; peut-être aussi en l'introduisant dans la direction soupçonnée d'un étranglement et en recourbant son crochet sur les anses voisines, arriverait-on à la libérer et à rétablir le cours des matières fécales. Il a été construit en 1876 et présenté pour la première fois en février 1877 à l'hôpital Charing-Cross, de Londres.

Vaccination et revaccination obligatoires. — M. le Secrétaire perpétuel, au nom de M. *Ulysse Trélat*, absent, donne lecture du résumé des observations que celui-ci se proposait de présenter au cours de la discussion du rapport de M. Blot. Faisant remarquer les difficultés de réaliser dans la pratique la revaccination d'une manière suffisamment efficace, M. Trélat voudrait qu'on pût prescrire la vaccination ou la revaccination de tout individu placé au contact d'un foyer variolique, et il rappelle que les pouvoirs conférés par les lois actuellement existantes aux maires en province et au préfet de police à Paris, leur permettent de prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir et arrêter les épidémies. Cette législation est la raison d'être de l'organisation des bureaux d'hygiène nouvellement créés tant en France que dans les pays étrangers; elle a permis à celui de New-York d'imposer très utilement la revaccination en 1869-1872 et d'éviter ainsi l'importation d'une épidémie variolique. Il conviendrait donc de modifier la seconde conclusion du rapport de M. Blot, en la rédigeant ainsi : « Quant à la revaccination, elle doit être encouragée de toutes les manières et même imposée par les pouvoirs municipaux partout où les médecins des épidémies et les Conseils d'hygiène leur auront signalé la nécessité de cette obligation. »

M. *Depaul* vient répondre aux critiques que lui avait adressées M. Fauvel, dans la dernière séance, à propos du discours qu'il avait précédemment prononcé; il maintient les attaques qu'il avait déjà formulées contre les conclusions du rapport de M. Blot et reproduit les motifs en partie déjà indiqués, par lesquels il repousse l'obligation de la vaccination et de la revaccination : parce qu'elle est inutile et que dès lors il n'y voit pas un motif suffisant pour porter atteinte à l'autorité du père de famille qui, en ce qui touche la santé de ses enfants, doit être le juge souverain : — parce que dans les pays où elle a été introduite dans la loi, il n'a pas été possible de l'appliquer d'une manière un peu générale et qu'on ne s'en occupe plus ; — parce qu'il ne peut admettre qu'on force un père de famille, qui a des scrupules, à laisser vacciner son enfant quand on ne peut lui donner l'assurance absolue que l'agent prophylactique ne sera pas en même temps le conducteur d'une autre maladie très sérieuse ; — parce que, sans violenter personne, on peut donner à la vaccination et à la revaccination tout l'essor désirable, les réfractaires étant en France dans une très minime proportion ; — parce qu'en réorganisant, comme il doit l'être, le service des vaccinations sur tout le territoire de la République, on fera disparaître tout ce qu'il y a de défectueux dans l'état actuel; — parce qu'enfin, avec une loi rendant obligatoire la réorganisation complète de la vaccination, on aura l'argent nécessaire, indispensable, et en se servant des facilités que donne l'obligation pour tous du service militaire, de l'instruction primaire et du droit qu'on a administrativement d'exiger la production d'un certificat de vaccine dans les diverses écoles administratives, on arrivera à généraliser, autant que faire se peut, « l'une des plus utiles méthodes prophylactiques des temps modernes. » Ainsi, M. Depaul, partisan déclaré de la vaccination, oppose à son obligation légale chez les enfants nouveau-nés les droits du père de famille et ne ferait nulle difficulté d'établir indirectement et ultérieurement cette même obligation, pour l'enfant et pour le père de famille lui-même. Liberté en deçà, obligation au delà.

M. *Larrey* demande à l'Académie de continuer cette discussion dans les prochaines séances, se proposant de prendre la parole plus tard, afin de présenter à l'Académie l'opinion motivée qu'il compte reproduire à la Chambre des députés sur la loi proposée par M. Henry Liouville.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Traitement des angiomes par la vaccination : M. C. Paul.— Traitement des cancroïdes de la face par le caustique arsenical : M. Laboulbène. — Un cas de ladrerie chez le porc : M. C. Paul. — Traitement de l'éclampsie albuminurique : M. Guyot.

M. *Constantin Paul* fait connaître une modification du manuel opératoire apportée par lui au traitement des angiomes par la vaccination. Il pense que la plupart des insuccès constatés jusqu'ici tenaient à ce que la lancette s'*essuyait* en traversant l'épiderme et que, le virus n'étant pas inoculé d'une façon certaine, la digue de tissu cicatriciel n'était pas obtenue dans tous les points ; c'est surtout avec le vaccin de génisse, plus visqueux que le vaccin humain, qu'on devra redouter une inoculation défectueuse. Pour remédier à cet inconvénient, M. C. Paul commence par recouvrir de vaccin toute les parties sur lesqu'elles il désire obtenir une cicatrice, puis, avec une lancette, pratique à l'épiderme, sous le liquide vaccinal, des scarifications linéaires ; dans tous les cas où il a employé ce procédé, il a obtenu un succès complet. Il se produit au moment même de l'opération un léger suintement sanguin qui se tarit bientôt et donne naissance à une croûte noirâtre ; on trouve à son niveau, lorsqu'elle se détache, des lignes cicatricielles très nettes dans tous les points sur lesquels ont porté les scarifications. Le même procédé est applicable à la vaccination ordinaire : il suffit de déposer sur le bras une goutte de vaccin et de piquer ensuite à ce niveau avec la lancette, à laquelle on fait subir un mouvement léger de rotation. Trois enfants ont été guéris par ce moyen de tumeurs érectiles de la grandeur environ d'une pièce de cinq francs et siégeant chez l'un au niveau du cou, chez l'autre à la face muqueuse de la grande lèvre et chez le troisième au lobule du nez. Dans un quatrième cas, il s'agissait d'un angiome très étendu du cuir chevelu : les scarifications n'ont pas été pratiquées dans les points où le derme paraissait peu envahi, mais la rétraction des cicatrices obtenues sur les parties voisines a suffi pour produire une compression énergique qui a fait disparaître toute trace de dilatation vasculaire.

M. *Laboulbène* rappelle que, dans sa thèse de doctorat sur le même sujet, il avait déjà préconisé un procédé tout semblable, puisqu'il consistait à ne pratiquer la piqûre avec la lancette qu'après avoir préalablement déposé une goutte de vaccin au point choisi. Il n'avait d'ailleurs jamais pratiqué d'inoculations sur d'aussi grandes surfaces que l'a fait M. C. Paul.

— M. *Laboulbène* rapporte ensuite l'observation d'une malade de son service, une vieille femme atteinte d'hémiplégie ancienne et qui portait sur le nez un cancroïde de la grosseur d'une noix. Après abrasion au bistouri de la partie saillante de la tumeur, on cautérisa le centre de la surface saignante avec la poudre arsenicale de Rousselot, sur une étendue égale à celle d'une pièce d'un franc ; une vive inflammation se déclara, et dura six à huit jours, puis un sillon se creusa, non pas aux limites de l'eschare, mais bien à la périphérie du cancroïde, et l'élimination comprit la tumeur tout entière. La cicatrisation fut parfaite et la malade est aujourd'hui guérie. Ce fait semble confirmer l'existence reconnue par Manec d'une sorte d'action élective des caustiques arsenicaux à l'égard des tumeurs de nature épithéliale. Manec avait également montré que si l'on recouvre un petit cancroïde de poudre arsenicale, en dépassant les limites du mal, l'escharification ne s'étend qu'à la tumeur seule et respecte les parties avoisinantes.

M. *Dumontpallier* demande si cette action élective est spéciale au caustique de Rousselot ou si elle appartient également au chlorure de zinc ; il serait utile de savoir si Manec avait fait des expériences comparatives sur l'action des différents caustiques à l'égard des tumeurs épithéliales. Récemment il a pu constater la guérison définitive d'un malade cautérisé cinq ans auparavant avec la pâte de Canquoin, pour un cancroïde de la face ayant récidivé après une ablation au bistouri.

M. *Laboulbène* ne critique nullement l'emploi des autres caustiques, il est même convaincu que l'on peut obtenir des guérisons avec la pâte de Canquoin si l'on dépasse les limites de la tumeur ; il a voulu seulement insister sur l'action élective du composé arsenical, action qui s'étend aux portions du cancroïde non recouvertes de caustique au moment de l'opération. Il a vu autrefois, dans le service de Manec, un cancroïde volumineux du sein être éliminé en bloc, consécutivement à deux cautérisations avec la poudre de Rousselot, pratiquées en deux points limités de la surface de la tumeur. Il n'y eut pas de récidive après plusieurs années.

— M. *C. Paul* a reçu dernièrement de province, pour en pratiquer l'examen, un morceau de muscle de porc que l'on pensait atteint de trichinose. Il a constaté la présence au milieu des fibres musculaires de nombreux petits corps blanchâtres, de grosseur variant d'une tête d'épingle à un pois, disposés en chapelet, non transparents et ne renfermant qu'une matière puriforme, caséeuse, analogue à de la fibrine désagrégée. Le microscope ne révélait ni globules de pus, ni cysticerques, ni crochets. Ce n'était certes pas, à première vue, l'altération due aux trichines ; aussi M. C. Paul a-t-il pensé à un cas de ladrerie : l'absence de toute trace de crochets et l'aspect opaque des petits kystes l'empêchent cependant d'affirmer ce diagnostic ; peut-être doit-on voir là une dégénérescence particulière de kystes à cysticerques chez un porc ladre.

M. *Laboulbène* désirerait savoir si ces petits kystes étaient spécialement situés au voisinage des fibres tendineuses.

M. *C. Paul* les a rencontrés disséminés dans toutes les portions du muscle ; mais tous les muscles, paraît-il, ne présentaient pas de semblables lésions.

M. *Laboulbène* est d'avis qu'il ne s'agit point ici de trichines, vu le petit volume des kystes, et que c'est en effet un cas de ladrerie ; d'ailleurs, Davaine a décrit diverses altérations de cysticerques du cerveau, qui avaient fait admettre un moment des variétés dans l'espèce, il est probable qu'on a affaire dans le cas en question à une dégénérescence de même nature.

— M. *Guyot* rapporte l'observation d'un enfant de onze ans et demi qui, au vingt-deuxième jour d'une scarlatine, présenta un peu d'albuminurie et fut pris le lendemain de convulsions éclamptiques suivies de coma. Il pratiqua une saignée de 300 grammes à la suite de laquelle le coma disparut, puis deux lavements de chloral furent administrés et la guérison fut complète et durable. M. Guyot n'hésitait pas à attribuer le succès obtenu au traitement aujourd'hui classique de l'éclampsie et qui lui avait si souvent réussi chez les femmes en couches, lorqu'il lut dans les *Archives générales de médecine* une observation publiée vers la même époque par M. Lépine et dans laquelle un enfant, atteint également d'éclampsie albuminurique, avait guéri sans autre intervention thérapeutique que l'administration d'un lavement simple. Que conclure de ce fait ? La saignée et le chloral seraient-ils moins indispensables qu'on ne le pense généralement ?

M. *Dumontpallier* croit que, dans le cas rapporté par M. Lépine, le lavement, surtout s'il a été donné froid, a agi en modifiant les réflexes nerveux, ce qui constitue la principale indication à remplir dans le traitement de l'éclampsie. C'est dans le même but qu'en Allemagne, on a recours, même pendant le coma, aux inhalations de chloroforme. N'est-ce pas

à une modification dans le fonctionnement des actes réflexes qu'on doit attribuer les phénomènes nerveux d'anesthésie, de parésie ou de contracture observés par M. Maurice Raynaud dans les thoracentèses avec injection de liquides médicamenteux?

M. *Hervieux* doute fort qu'un lavement simple ait le pouvoir de guérir une éclampsie albuminurique. Il en serait tout autrement dans les cas d'éclampsie non albuminurique de l'enfance; on sait, en effet, que les convulsions sont, le plus souvent, chez l'enfant sous la dépendance des troubles intestinaux: aussi, un léger laxatif ou même un simple lavement peuvent-ils faire cesser promptement les accidents.

M. *Maurice Raynaud* a pu constater, lorsqu'il était chargé du service de la crèche à l'hôpital Saint-Antoine, l'influence peu connue de la fissure à l'anus sur l'apparition des convulsions chez les enfants à la mamelle. C'est Lorain, le premier, qui a signalé l'importance étiologique de la fissure anale dans l'éclampsie des nourrissons. On devra toujours songer à la possibilité d'une semblable lésion en présence de convulsions dont la cause échappe à un examen attentif; la simple dilatation de l'anus par l'introduction du pouce sera, dans ce cas, le meilleur mode de traitement.

M. *Hervieux* fait observer que la fissure à l'anus agit chez l'enfant comme toute vive douleur de cause quelconque. Il a vu, à l'hospice des Enfants assistés, des attaques répétées de convulsions être déterminées par l'embrochement du cuir chevelu avec l'épingle qui attachait le bonnet d'un enfant de deux ans et demi. Les phénomènes convulsifs constituent le mode de réaction des enfants à l'égard de toute irritation périphérique violente.

M. *Guyot* tient à rétablir les faits dans toute leur exactitude. M. Lépine ne dit nullement, dans l'observation qu'il publie, que son petit malade a guéri *parce que* on lui a administré un lavement simple. On constate seulement, en lisant la relation du fait, qu'un enfant atteint d'éclampsie albuminurique a guéri, et que le seul traitement employé a été un lavement d'eau pure.

— A cinq heures la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Traitement de l'anthrax.

M. *M. Sée* lit une note sur le traitement de l'anthrax. Il a employé le curage pendant quelques mois, mais il y a renoncé pour mettre en pratique le procédé de Hueter. M. Tillaux croit que ce dernier procédé n'est autre que celui de Alphonse Guérin; cela n'est pas exact. Alphonse Guérin intitule son procédé : incision cruciale sous-cutanée. Il pratique, en effet, quatre incisions rayonnées sous la peau, et croit lever l'étranglement causé par les brides fibreuses; mais il laisse intacts les tractus fibreux intermédiaires, ne favorise pas l'écoulement des liquides septiques, et ne met pas à l'abri des accidents des plaies ordinaires.

M. Tillaux est d'avis qu'on doit agir seulement quand les anthrax sont douloureux; c'était aussi l'avis de Nélaton. La critique de la méthode expectante a été faite par Chassaignac dans son *Traité de la suppuration;* cette expectation expose aux dangers les plus sérieux.

Billroth est d'avis d'agir énergiquement dès le début. M. Sée préfère la section sous-cutanée de toutes les brides par de petites ouvertures qui servent en même temps à faire des injections antiseptiques.

M. *Labbé.* Chaque chirurgien défend une méthode particulière et soutient qu'il y a une manière principale de traiter l'anthrax, sans compter les chirurgiens qui conseillent de ne pas agir. En réalité, chaque chirurgien fonde son opinion sur des faits bien observés. Au point de vue clinique, il y a des anthrax qu'il faut respecter, d'autres qu'il faut traiter par la méthode sous-cutanée, d'autres par les incisions multiples, et d'autres qu'il faut enlever, comme l'a conseillé Broca.

On rencontre à la nuque des anthrax énormes qui se vident facilement par de petites ouvertures spontanées; ils guérissent par les cataplasmes ou les autres moyens. Si l'élimination du pus n'est pas facile, la méthode d'Alphonse Guérin rend des services. Quand l'anthrax est étendu, dur, il faut plus, il faut de larges incisions et multiples; à chaque pansement, badigeonner les plaies avec la teinture d'iode. D'autres anthrax ressemblent à de véritables tumeurs inflammatoires: ce sont les anthrax ligneux; quand on les incise, le tissu crie sous le bistouri; les forces du malade ne peuvent suffire à l'élimination d'une tumeur de ce genre; il faut enlever cette tumeur. Trois fois M. Labbé a pratiqué l'ablation de l'anthrax ligneux, et avec succès. Quand on vient parler d'une nouvelle méthode de traitement, il faut ajouter qu'elle n'est applicable qu'à certains anthrax. Quant au curage, on peut le remplacer par les incisions multiples.

M. *Després.* Les anthrax qui guérissent avec les incisions auraient guéri sans incisions. M. Després a soigné en ville trois gros anthrax et quarante-neuf à l'hôpital; tous ont été traités sans incisions; trois malades seulement sont morts, et ils étaient diabétiques. Dans les anthrax diffus, il n'est pas possible de tout inciser ou de tout enlever par n'importe quel procédé. Les incisions n'empêchent pas les malades de mourir. M. Després est pour l'abstention; seulement, quand la peau résiste et qu'il y a une collection de pus, il fait une petite ouverture sur le point fluctuant.

M. *Trélat* a inséré dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* un article qui peut se résumer ainsi : l'anthrax est une maladie deutéropathique le plus souvent, parfois compliquée de diabète, ayant des indications variables suivant les cas. M. Trélat ne croit pas qu'il faut à tout propos ouvrir et inciser. Broca n'a jamais exécuté l'ablation de l'anthrax; il l'a proposée pour les mêmes raisons que M. Labbé. La thérapeutique doit varier selon les indications.

M. Alphonse Guérin a expliqué son procédé à M. Trélat ainsi qu'il suit : sectionner l'anthrax sous la peau en quatre sens, sans retirer le bistouri; c'est à peu près le procédé attribué par M. Sée à Hueter; la pensée thérapeutique est la même. Les indications à remplir dans le traitement de l'anthrax sont: chercher à limiter la tumeur, faire l'antisepsie des produits excrétés, et favoriser l'élimination parfois au moyen du fer rouge.

M. *Tillaux.* Il ne faut pas toujours faire de grandes incisions. On soulage grandement certains malades en incisant non au début, mais vers le sixième jour. Alors la douleur disparaît, et la fièvre tombe. Si le malade ne souffre pas beaucoup, si le pus sort facilement, il est inutile d'inciser.

M. *Labbé.* Nélaton, à la fin de sa carrière, incisait les anthrax et disait qu'il fallait les inciser tous, contrairement à ce qu'il avait écrit autrefois dans son livre. Dans l'état actuel de la chirurgie, on est en droit d'intervenir dans les cas d'anthrax envahissants.

M. *Marjolin* peut citer trois faits à l'appui de l'utilité des incisions. Un habitant d'Asnières avait un gros anthrax à la nuque; quatre larges incisions amenèrent la guérison. Le grand-père de M. Marjolin fut opéré d'un anthrax à l'âge de quatre-vingt-onze ans, et guérit également. Enfin M. Marjolin subit la même opération avec succès.

M. *Verneuil.* Sur cent anthrax, il y en a quatre-vingts qu'il faut laisser tranquilles; parfois un anthrax traité par les cata-

plasmes guérit plus vite qu'un autre dans les mêmes conditions traité par le bistouri. Il faut inciser quand les anthrax sont douloureux, ou quand ils ne se limitent pas. On ne sauve d'anthrax diabétiques que ceux qu'on débride, parce qu'ils sont souvent diffus et tendent à se propager. M. Verneuil cite plusieurs observations d'anthrax diabétiques opérés et guéris. Le débridement doit se faire avec le thermo-cautère; il faut repousser les incisions qui donnent beaucoup de sang chez les diabétiques. On endort le malade, car l'opération dure vingt minutes; on trace avec le thermo-cautère des rayons dépassant de 1 centimètre la circonférence de l'induration; entre les rayons, appliquer des pointes de feu assez profondément. Rien ne peut remplacer ce moyen. Ensuite, on applique le pansement de Lister. L'incision souscutanée de l'anthrax a toujours paru à M. Verneuil d'une utilité douteuse.

M. *Théophile Anger*. Nélaton était grand partisan des incisions dans le traitement de l'anthrax. Il indiquait un moyen de savoir si l'incision était suffisamment profonde : les quatre morceaux de l'anthrax, séparés par l'incision cruciale, devaient être mobiles sur les parties profondes; alors seulement Nélaton s'arrêtait. M. Anger a suivi cette pratique pour les anthrax douloureux.

M. *Boinet*. Chez les diabétiques, M. Boinet fait des incisions en rayons et introduit des flèches de Canquoin dans les incisions. Il change le pansement le troisième jour, et introduit dans les plaies de la charpie trempée dans la teinture d'iode.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Développement des nerfs crâniens : M. Mathias Duval — Recherches sur le Tænia tricuspidaria nodulosa de Rudolphi : M. Mégnin. — Localisations cérébrales chez le singe et le chien : M. Couty — Action du café et du sucre sur la digestion stomacale : M. Leven.

M. *Mathias Duval* complète sa dernière communication. Ses recherches les plus récentes sur le développement des nerfs crâniens ont porté sur le nerf optique. Il pense qu'il y a analogie entre le développement du trijumeau et celui du nerf optique.

— M. *Mégnin* observe une épidémie de Tænias qui sévit sur les Perches de Seine. Le tænia trouvé par cet auteur dans les perches est bien connu des entomologistes allemands ; c'est le *Tænia tricuspidaria nodulosa de* Rudolphi, ainsi nommé parce qu'il est muni de quelques griffes tricuspides à la place des ventouses ordinaires. M. Mégnin ne l'observe que chez les perches, mais il a été rencontré dans la truite, la tanche, chez tous les poissons carnassiers d'eau douce.

Cet auteur a trouvé dans l'intestin, dans le foie des perches, des kystes remplis de petits tænias. Ces kystes ont plus particulièrement attiré son attention et ses recherches. Ce sont de véritables cysticerques dont la paroi interne bourgeonne. Les bourgeons sont multiples. Le cysticerque est *policéphale*. Les têtes se détachent avant d'avoir leur armature; c'est seulement après leur chute que les griffes tricuspides se développent. Une autre particularité de cet helminthe, c'est que son cysticerque n'a pas besoin de passer dans le corps d'un autre animal pour donner naissance à un tænia complet. Chez la même Perche, M. Mégnin a trouvé, dans l'intestin, le Tænia *tricuspidaria* à l'état d'adulte et d'adolescent. Il paraît arriver dans l'intestin par le canal cholédoque.

— M. *Couty* continue la série de ses communications sur les localisations cérébrales chez les singes et les chiens. D'après ses nombreuses expériences, il faut admettre qu'il n'y a pas de rapport entre la topographie de la lésion cérébrale et les troubles périphériques. Il y a dans ces troubles une variabilité excessive, peu en rapport avec l'uniformité de la lésion. Il est facile de trouver *le pourquoi* de ces troubles divers. C'est qu'entre la lésion du centre cérébral et les troubles observés à la périphérie, il y a un intermédiaire obligé, la moelle.

D'après M. Couty, on est sûr de trouver un trouble fonctionnel de l'axe médullaire toutes les fois qu'il y a un trouble quelconque à la suite d'une *lésion* ou d'une *excitation cérébrale*. Ainsi, à la suite d'une excitation corticale légère, on constatera toujours la diminution des réflexes du côté opposé. De même, d'une lésion cérébrale. De tous les réflexes, celui dont la diminution ou la disparition totale est la plus fréquente, la plus constante, c'est le *réflexe palpébral*. C'est aussi le plus facile à constater du côté opposé à la lésion.

Ce trouble de la moelle est le plus fréquent, mais il n'est pas le seul. Il y a aussi des troubles de coordination motrice qui sont surtout manifestes chez le singe. Il est atteint de véritables troubles ataxiques. Vient-on à lui faire l'occlusion des deux yeux, et non pas d'un seul comme l'avaient fait les expérimentateurs précédents, on constate une différence énorme dans le désordre et l'intensité des mouvements. D'autres troubles médullaires sont ceux de la calorification. La température des membres opposés à la lésion a été constamment plus élevée que celle des membres correspondants à la lésion. La durée de ce phénomène est variable.

Tous ces phénomènes, dont la constance est variable, ont la même valeur. Tous font conclure à un trouble médullaire. C'est par l'intermédiaire de la moelle que le trouble cérébral est venu réagir dans les appareils périphériques. Ce qui est vrai de la lésion l'est aussi de l'excitation électrique.

— M. *Leven* communique le résultat de ses recherches expérimentales de l'action du café et du sucre sur la digestion stomacale. Il a été frappé de la divergence d'opinion des médecins sur l'action du café. Les uns, par exemple, tels que Trousseau et Pidoux, considèrent le café comme un excellent digestif; d'autres, au contraire, comme étant très nuisible à la digestion. Voici comment M. *Leven* a procédé : Il a fait avaler 30 grammes de café en poudre dans 150 grammes d'eau à un chien qui venait de manger 200 grammes de viande. L'animal est sacrifié trois heures après. On trouve la muqueuse de l'estomac pâle, décolorée, profondément anémiée. Les vaisseaux de la surface interne, aussi bien que ceux de la périphérie de l'estomac, sont contractés. 145 grammes de viande restent non digérés. *Donc, le café ralentit* la digestion stomacale. Cela, parce que la contraction des vaisseaux et l'anémie consécutive de la muqueuse, entravent la sécrétion du suc gastrique. L'abus du café produira la dyspepsie. Ainsi les Anglais, les Hollandais, qui prennent du café, du thé, à hautes doses, sont fréquemment dyspeptiques. La répétition fréquente de l'anémie stomacale entraîne un effet contraire : la *congestion*, état physiologique indispensable à la dyspepsie, d'après M. Leven.

Le café suractive les fonctions cérébrales. Il a un effet général utile, agréable, et un effet local nuisible.

Le *sucre* a été très incriminé par les médecins, et surtout par les médecins chimistes. Pour eux, le sucre est une substance dont les effets sont déplorables pour les dyspeptiques. M. Leven ne partage pas ces craintes. Il cite le cas d'un de ses amis, médecin, qui, dyspeptique depuis deux ans, avait une véritable terreur du sucre, et qui, aujourd'hui, mange jusqu'à 120 grammes de sucre par jour sans en être incommodé. L'auteur a suivi là la même méthode expérimentale que pour le café. Un chien prend 80 grammes de sucre blanc après un repas de 200 grammes de viande. Sacrifié six heures après, son estomac renferme *à peine* de viande. La muqueuse gastrique est rouge, vivement congestionnée. La congestion du foie est notable. Si on ouvre un animal qui a pris 200 grammes de viande et pas de sucre, on retrouve dans son

estomac de 90 à 100 grammes de viande. Le *sucre favorise donc la sécrétion du suc gastrique*. Le café sucré perd une partie de ses défauts. Il ne faut pas prendre de café non sucré.

REVUE DES JOURNAUX

Péritonite mortelle provenant d'une injection d'une solution d'acétate de plomb dans le vagin, par le docteur Baum.

Le cas suivant paraît être en faveur de la possibilité, qui est maintenant généralement contestée, qu'un fluide injecté dans le vagin atteigne la cavité abdominale à travers les tubes fallopiens.

Une femme âgée de vingt-deux ans souffrait d'une forte attaque de leucorrhée. Il lui fut ordonné de se servir d'injections d'acétate de plomb. Les injections avaient été répétées pendant dix jours avec de bons résultats; le onzième jour, l'injection fut prise à la hâte à cause d'une interruption, la femme éprouva immédiatement des douleurs violentes dans le bas-ventre; elle devint d'une pâleur mortelle et tomba en syncope. Le médecin fut immédiatement appelé; il trouva que la malade présentait les symptômes d'une péritonite aiguë, la mort survint soixante-douze heures après. L'autopsie révéla qu'outre les lésions ordinaires de la péritonite, il se trouvait sur la surface séreuse du grand intestin, à travers l'hypogastre tout entier et même à la hauteur du nombril un précipité de sulfure de plomb. Le précipité présentait la forme de petits pois ronds gris noirs, et qui étaient dans quelques endroits très nombreux et très épais, tandis que, dans d'autres, ils étaient éparpillés et rares (*Physician and Pharmacist*, septembre 1880).

De l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement des hémorrhagies post partum, par le docteur W. E. Forest, (de New-York.)

L'auteur indique les avantages suivants pour le traitement des hémorrhagies *post partum*, par la teinture d'iode. D'après lui : 1° L'iode réprime l'hémorrhagie, non pas en coagulant le sang dans l'utérus, mais en excitant l'utérus à se resserrer. Le sang coule à l'état liquide plutôt que de permettre à l'utérus de se remplir d'un caillot dur et visqueux prêt à se décomposer; l'utérus se trouve donc ainsi vide et désinfecté.

2° La teinture d'iode n'a jamais, dans la pratique du docteur Forest, causé aucun mauvais résultat, même étant injectée à l'état pur dans l'utérus. Ainsi, dans un de ces cas, on a injecté près de 150 grammes de teinture d'iode, et aucun mauvais résultat n'a été observé.

D'après l'auteur, la teinture d'iode ne manque jamais d'arrêter l'hémorrhagie (*New-York, Medical Record*, 4 septembre 1880).

Recherches expérimentales sur l'action des sels de magnésie sur la circulation, par le docteur Laffargue.

Des expériences faites sur des chiens et des lapins, dans la veine crurale desquels on injecta des solutions de sels de magnésie, amenèrent l'auteur aux conclusions suivantes :

Tous les sels de magnésie arrêtent l'action du cœur ou en ralentissent les battements; en même temps, la pression artérielle s'abaisse. Ce fait est la conséquence d'une action portée sur les centres nerveux du bulbe, et secondement sur les centres nerveux intracardiaques. En coupant le nerf vague, les mouvements du cœur réapparaissent.

Les sels de magnésie peuvent agir sur les nerfs cardiaques suspenseurs de la respiration en portant leur action sur l'endocarde. Ils produisent ainsi l'arrêt de la respiration par un mécanisme reconnu par Vulpian (syncope respiratoire). Ce phénomène se remarque facilement quand, l'injection ayant été faite par la jugulaire, la solution pénètre directement dans la cavité ventriculaire.

On étudia comparativement par la même méthode les sels de sodium, qui sont antagonistes de ceux de magnésium. Ils accélèrent les mouvements du cœur et en augmentent en même temps l'énergie. Des injections de sels de sodium faites simultanément avec des sels de magnésium neutralisent les effets de ces derniers.

Ces expériences démontrent, au point de vue pratique, qu'il faut éviter l'administration des sels de magnésie chez les individus menacés de syncope ou d'asystolie, et qu'il ne faut pas employer les sels de sodium, quand il y a menace de congestion ou d'hémorrhagie (*La Presse médicale* et *Archives médicales belges*, décembre 1880).

BIBLIOGRAPHIE

Études cliniques sur l'hystéro-épilepesie ou grande histérie, par le docteur Paul Richer, précédé d'une lettre-préface de M. le professeur Charcot. Avec 105 figures intercalées dans le texte et 9 gravures à l'eau-forte. — Paris, 1881, A. Delahaye et Lecrosnier.

Un livre comme celui-ci mérite plus qu'une mention sommaire ou une recommandation banale. Ce n'est point, en effet, dans le seul but de rendre hommage au talent artistique et au zèle intelligent déployé par son auteur, que M Charcot a cru devoir le signaler à l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la neuropathologie et lui prédire le succès qui s'attache aux travaux vraiment sérieux. L'illustre médecin de la Salpêtrière a tenu tout particulièrement à louer la méthode suivie par M. Richer dans cette étude si précise et si minutieuse d'une maladie qui ne sera bien connue que le jour où l'on en aura analysé tous les symptômes et systématisé toutes les manifestations. Parlant des faits d'hypnotisme nouvellement remis à l'étude : « nous avons cru mieux servir la science, avait dit M. Richer, en cherchant surtout les signes diagnostiques, physiques et facilement appréciables des divers états nerveux produits, en nous renfermant d'abord dans l'étude des faits les plus simples et les plus grossiers, en n'abordant qu'ensuite, et avec beaucoup de circonspection, les faits un peu plus complexes, et j'ajouterai même en négligeant complètement, du moins provisoirement, ceux d'une appréciation beaucoup plus difficile qui, pour le moment, ne se rattachent par aucun lien saisissable aux faits déjà connus. » Cela est excellent, ajoute M. Charcot. Et, quelques lignes plus haut, il écrivait à M. Richer : « En raison du but que vous vous proposiez, surtout d'atteindre, vous vous êtes attaché volontairement à considérer non pas la maladie totale, mais seulement quelques-uns de ses principaux épisodes. Par le temps de rénovation où nous sommes, je crois la méthode fort recommandable. Il ne me paraît pas douteux, en effet, que ces grands épisodes, minutieusement étudiés, profondément fouillés, conformément aux tendances scientifiques qui vous ont constamment guidé, seront les meilleurs documents à utiliser lorsqu'il s'agira, quelque jour, de reconstituer sur des bases nouvelles l'histoire tout entière. » Nous avons voulu reproduire, au début de notre analyse, l'approbation donnée à ce livre par le juge le plus éminent et le plus autorisé qu'ait pu choisir l'auteur. Aussi bien, n'est-on point surpris de le voir présenté au public médical par le professeur dont les leçons magistrales et les recherches cliniques ont tracé les nouvelles voies qui s'ouvrent à ceux qui chercheront dé-

sormais à approfondir les études neuropathologiques. Ancien interne de la Salpêtrière, M. Richer a pensé, avec raison, qu'il serait utile de tracer un tableau fidèle et précis de toutes les manifestations, si souvent considérées comme extraordinaires, que l'on observe dans le cours de l'hystéro-épilepsie. Il fallait, pour que ce tableau fût complet, reproduire avec tous leurs détails des observations bien prises, étudier l'un après l'autre les symptômes de la maladie, et pour bien faire voir que « rien n'est livré au hasard » dans une névrose qui ne doit paraître « protéiforme » qu'à des yeux peu exercés, se servir tout à la fois de la plume et du crayon pour graver dans l'esprit les traits les plus saillants de l'attaque hystéro-épileptique. De semblables ouvrages nécessitent un labeur aussi pénible que méritoire; ils ne peuvent être écrits que par des médecins déjà aussi savants que consciencieux; à tous les points de vue ils méritent la sympathique attention des critiques.

Le livre se divise en quatre parties. Dans la première, toute descriptive, l'auteur étudie d'abord les prodromes de la grande attaque hystérique complète et régulière. Il la divise ensuite en quatre périodes: 1° période épileptoïde; 2° période des contorsions et des grands mouvements (clownisme); 3° période des attitudes passionnelles; 4° période de délire. La marche, la durée des attaques et un parallèle de l'attaque hystéro-épileptique et de l'attaque d'hystérie vulgaire terminent cette première partie. Des observations inédites recueillies à la Salpêtrière ou communiqués à l'auteur par divers médecins servent de confirmation à cette étude d'ensemble.

Dans une deuxième partie sont étudiées au point de vue symptomatique les variétés que présentent ces quatre périodes. C'est dans ce chapitre que l'on trouve l'étude et l'analyse détaillée des faits d'hypnotisme, de catalepsie et de somnambulisme provoqués par l'influence de la lumière, par les vibrations du diapason, par le regard, la pression des globes oculaires, la pression sur le vertex, etc., etc. De nombreuses observations viennent encore à l'appui des descriptions de l'auteur, et un chapitre d'un grand intérêt étudie les analogies qui paraissent exister entre le délire de la grande hystérie et les troubles cérébraux que déterminent l'abus de l'alcool, de l'absinthe, de l'opium ou du hachisch.

Dans une troisième partie, M. Richer examine en détail les symptômes permanents de l'hystéro-épilepsie, c'est-à-dire l'anesthésie hystérique et les troubles de la motilité qui s'observent si souvent dans le cours de la maladie. C'est à ce propos qu'il étudie l'action des agents esthésiogènes et les influences exercées par l'application des aimants.

Dans une quatrième partie, il passe en revue le diagnostic, le pronostic et le traitement de la grande hystérie. A propos du diagnostic, les faits de simulation ne pouvaient manquer d'être signalés. Au sujet, du traitement on trouve l'indication de quelques-unes des méthodes récemment préconisées, depuis l'emploi de l'hydrothérapie et de la métallothérapie jusqu'à celui de l'aimantation et de l'électricité statique.

Cette étude si complète déjà se termine par un appendice dans lequel se trouvent passées en revue les faits de chorée, et ces épidémies de possession démoniaque, de convulsions diverses, d'extases, etc., qui, au moyen âge et même au dix-neuvième siècle, ont si vivement frappé les imaginations.

Nous pourrions nous contenter d'avoir ainsi reproduit les têtes de chapitre de cet important ouvrage pour inspirer à tous ceux qui ont souci de connaître les progrès de la pathologie nerveuse le désir de l'étudier plus en détail. Il nous semble, en effet, très difficile d'analyser les nombreuses observations qui s'y trouvent résumées. Dans la pratique journalière de la ville et même dans certains hôpitaux, on rencontre le plus fréquemment les formes frustes ou atténuées de l'hystérie. Le milieu ambiant, une hygiène appropriée, un traitement bien institué, ont modifié les allures de la maladie. Dans les hôpitaux spéciaux, au contraire, l'étude de la grande hystérie éclaire singulièrement celle des manifestations les plus fréquentes de l'hystérie commune. Ce n'était point cependant un mince labeur que de donner la clef de phénomènes si souvent impossibles à interpréter, « de relier à la grande névrose nombre de faits pathologiques qui ont paru isolés et dont le lien qui les rattache à la grande hystérie n'a pas été jusqu'ici suffisamment précisé ». C'est là le côté scientifique d'une étude qui a paru jusqu'à ce jour n'intéresser que le public extra-médical en raison surtout du caractère étrange que présentent ses manifestations. En divisant en plusieurs variétés les formes de la grande attaque hystérique, en examinant successivement l'attaque épileptoïde dans ses périodes incomplètes (état de mal, spasme viscéral, etc.) et dans ses formes les plus graves (contracture généralisée et permanente), l'attaque démoniaque et les contorsions clowniques, les attaques d'extase, les phénomènes délirants, etc. M. Charcot et, après lui, M. Richer, ont bien fait comprendre les relations qui unissent entre elles ces diverses phases d'une même maladie. Un chapitre des plus intéressants, bien qu'il eût peut-être mérité des développements plus étendus, est celui que l'auteur a consacré à établir que la simulation ne peut induire en erreur un observateur un peu expérimenté. Sans doute les preuves tirées de l'achromatopsie, et les observations qui montrent que le mode de retour de la sensibilité, le transfert, les oscillations consécutives, etc. se font suivant un ordre déterminé et qu'ignorent les malades, démontrent l'exactitude des faits sur lesquels on peut s'appuyer pour prouver que la simulation sera déjouée par tous les médecins un peu au courant des recherches modernes. Mais la simulation de l'anesthésie est souvent très facile, — nous en citerons un jour ou l'autre un exemple remarquable, — et les faits de transfert aussi bien que ceux d'hypnotisme sont bien délicats à interpréter. On ne saurait donc assez se tenir en garde contre la simulation que l'on devra toujours considérer comme tendance habituelle de toutes les hystériques. Les observations si consciencieuses que nous venons de lire, et les expériences si minutieuses et si multiples qui ont été faites depuis quelques années à la Salpêtrière démontrent que l'histoire de l'hystéro-épilepsie, que l'on ne connaîtra bien qu'après avoir lu le livre de M. Richer, ne paraît passible que d'un petit nombre d'objections.

Nous n'en dirons pas tout à fait autant du chapitre, trop court à notre sens, consacré au traitement de la maladie. M. Richer a très bien indiqué le traitement des attaques, mais lorsqu'il envisage le traitement de la grande hystérie, il ne nous parle, et très succinctement encore, que de l'hydrothérapie, de la métallothérapie, de l'aimantation et de l'électricité statique. N'y a-t-il donc rien à faire en dehors de la médication externe? N'existe-t-il aucun modificateur du tempérament nerveux, aucun médicament qui puisse atténuer les crises ou en prévenir le retour? Nous croyons avoir pu, dans un certain nombre de cas, remplir l'indication qui s'impose au médecin: soulager d'abord pour arriver ensuite à guérir. Nous croyons même que certaines médications internes, bien administrées et longtemps continuées, ont pu amener des guérisons, sinon définitives, du moins provisoires.

Les agents esthésiogènes que nous avons mis en usage sont d'ailleurs connus de tous les médecins, et nous n'avons pas à les rappeler. Quant aux médicaments externes, nous croyons qu'à côté des pratiques hydrothérapiques et de l'aimentation, on peut ranger les bains prolongés et surtout les bains médicamenteux dont il n'est point question dans le chapitre de thérapeutque qui précède l'appendice historique si intéressant du livre de M. Richer.

Mais nous ne voulons pas insister sur une question que nous considérons nous-même comme accessoire, étant donnés le but que l'auteur a voulu atteindre et le plan qu'il a adopté. Ce bel ouvrage, nous aimons à le redire, mérite de

trouver place dans toutes les bibliothèques. Les nombreux documents qu'il contient, le talent avec lequel ils ont été analysés et commentés, des dessins si remarquables qui les font mieux comprendre, les études pathologiques et historiques qui les complètent, font, en effet, de ces *Études cliniques* un livre exceptionnellement utile et intéressant à étudier.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

LA PESTE

Nous recevons la lettre suivante :

Le Caire, 8 avril 1881.

Cher docteur,

Votre lettre, que j'ai reçu, à Bagdad le 25 février, m'a causé un certain embarras. Peu au courant des choses de la médecine, je craignais de ne pouvoir répondre, comme vous le désiriez, à vos diverses questions. Heureusement, j'ai trouvé à Bagdad un médecin aussi intelligent que serviable, qui m'a remis à plusieurs reprises ou envoyé ici des notes au moyen des quelles j'ai pu rédiger, la carte du pays sous les yeux, le petit exposé que je vous envoie.

Le Tigre et l'Euphrate circonscrivent de Bagdad à Kornak, où ils se réunissent pour former le Chat-el-Arab, une sorte d'anse allongée, ou plutôt une sorte de bouteille irrégulière dont le goulot toucherait au nord-ouest Bagdad, et le fond s'appuierait au sud-est à Kornak. Cet espace, compris entre le 31° et le 33° latitude nord, est coupé de nombreux canaux faisant communiquer les deux fleuves. C'est seulement à l'ouest, sur l'Euphrate, que le fléau sévit actuellement ; encore n'en occupe-t-il que la petite branche, dite *canal de Hindié*, de *Chinafié*, avec les lacs salés de Nedjeff, où il trouve à s'alimenter parmi des rizières et des plantations de dattier, coupées de canaux sans nombre. La population y est composée d'Arabes, de Juifs et de Turcs employés du gouvernement.

Vous savez sans doute que Nedjeff, ou Mesched-Ali, ou Imam-Ali, possède le tombeau d'Ali, gendre de Mahomet, et Merched-Hussein ou Imam-Hussein, celui de Hussein fils d'Ali. Ce sont les deux lieux de pèlerinages des musulmans Chiites. Or, ces pieux personnages y apportent de Perse et de Mésopotamie, bon an mal an, une vingtaine de mille de *cadavres* (des cadavres en putréfaction), enfermés dans des sacs et des boîtes, et qu'on inhume le plus près possible des saints tombeaux, dans les champs, dans des caveaux, dans les cimetières, dans les villes même : le tout, bien entendu, moyennant rétribution. On respecte beaucoup dans l'Irak-Arabi le droit qu'ont les *pères de famille* d'infecter leur prochain, et qu'ils réclament dans vos Chambres à propos de la vaccination obligatoire. Pointez donc sur votre carte Nedjeff et Mesched-Hussein. La première ville est située près du lac de même nom, à l'ouest de la grosse branche de l'Euphrate, entre ce fleuve et l'Arabie déserte. La seconde n'en est pas fort éloignée. Au sud, sud-ouest et sud-est de Nedjeff se trouvent Konfa ou Kufé, Chinafié, Djaara et la tribu El-Zagad ou Ziad. Au nord notez surtout Musseyib et Samaowa ou Samona, deux endroits où existent des lazarets de l'intendance sanitaire ottomane.

C'est dans la tribu des El-Zagad que l'épidémie a commencé, en septembre 1880, peut-être un peu plus tôt. De là, elle a gagné Djaara, puis Konfa, puis Nedjeff. Vers la fin de mars (mais j'avais déjà quitté Bagdad), elle n'avait pas franchi ce district, du moins du côté de l'est. On ne savait rien de sa marche dans la région de l'ouest qui, du reste, n'est guère qu'un désert. Quant aux symptômes de la maladie, voici la note qui m'est remise : « Accablement excessif, inappétence, fièvre intense, soif ardente, céphalalgie, langue *fuligineuse* (ai-je bien copié ?) yeux *vitreux*, hagards; diarrhée, vomissements sanguinolents, chez quelques-uns urines sanglantes, bubons dans l'aisselle et dans l'aine, prostration, *coma* et mort en 18, 24, 48 heures. » Je m'y connais peu, mais ça m'a bien l'air de la peste.

Sur la *mortalité*, les chiffres qui me sont fournis ne sont qu'approximatifs et ne concernent qu'un petit nombre de localités. A Djaara, sur 1200 habitants, 350 morts jusqu'au 25 mars. A Nedjeff, on ne signale pas de grands ravages; on accuse, six semaines environ après l'invasion de la maladie, de 25 à 30 morts sur une population de 6 à 8000 habitants; deux quartiers seulement sont atteints. Par contre, à Abou-Sékir, village voisin de Djaara, la mortalité serait très grande, ainsi qu'à Konfa. En somme, la gravité de cette épidémie paraît devoir dépasser celle de la peste d'Astrakan, qui n'a fourni, me dit le docteur, qu'un peu plus de 400 décès en quatre mois environ.

Des prescriptions de mesures sanitaires ont été expédiées par télégraphe de Constantinople à Bagdad, et transmises de là par le gouverneur aux médecins qui sont sur les lieux de l'épidémie : 1° établissement d'un cordon sanitaire autour de chaque localité infectée; 2° établissement d'un second cordon formé de gardes, gendarmes, soldats de pied et cavaliers turcs, isolant l'ensemble des localités, passant au nord de Kerbela, suivant le grand bras de l'Euphrate et interceptant toute communication entre le fleuve et les pays situés à l'est. Les quarantaines se purgent dans les lazarets de Musseyib et de Samoana. On a en même temps prescrit nombre de mesures intérieures : incendie des cabanes, des huttes, incinération des hardes, évacuation de villages, de maisons, etc.

Le personnel médical se compose de trois ou quatre médecins titulaires de l'administration sanitaire (Européens), et de plusieurs médecins militaires ottomans (également Européens). Il paraît que des ordres formels de Constantinople enjoignent au gouverneur civil de Bagdad et au commandant des troupes de la province, de prêter en hommes, argent, secours de toute sorte, une généreuse assistance au personnel médical.

Tout cela est bel et bon; mais il faut compter avec les difficultés topographiques, avec les mœurs nomades, avec les préjugés. Aussi le Conseil de Constantinople a-t-il voulu établir, à des distances quelquefois très grandes du foyer épidémique, un troisième cordon par lequel se trouvent fermées, au moyen de quarantaines de quinze jours, les routes de terre ou d'eau qui, de Bagdad et de Nedjeff, se dirigent : à l'ouest, vers la Syrie ; à l'est, vers la Perse ; au nord, vers le Kurdistan et l'Arménie. Ainsi, quarantaines sur l'Euphrate, sur le Chat-el-Arab et sur le Tigre, sans compter celles par lesquelles la Perse garde elle-même sa frontière. Tout est donc clos, sauf la route de Nedjeff à Médine par le désert Arabique; encore pourrait-elle bien être fermée à cette heure. Enfin la Russie veille au nord du côté de sa part d'Arménie et du côté de la Caspienne.

C'est dans cette position défensive qu'on attend, vers le mois de juin, l'arrivée des grandes chaleurs, qui, dit-on, tuent la peste.

Là-dessus, cher docteur, en attendant le plaisir de vous voir, je vous serre la main avec affection.

N.

HÔPITAL MILITAIRE DE SAINT-PÉTERSBOURG.

Voici ce que nous lisons dans *le récit* de M. Legendre, compagnon de M. Charcot dans son voyage en Russie :

A l'hôpital militaire, dépendance de l'Académie, les maladies des yeux, de la peau sont dans des salles distinctes; mais ce qui nous frappe ici, comme d'ailleurs dans les autres hôpitaux, c'est que les salles ne renferment que deux, quatre ou huit malades au plus; elles sont vastes, aérées par des couloirs immenses, chauffées constamment. Nulle part de courant d'air, et cependant il doit y avoir une ventilation excellente, car on n'est pas impressionné dans ces salles par l'odeur *sui generis* qui règne dans tous les hôpitaux de Paris. L'hôpital militaire possède une très belle bibliothèque, une salle d'instruments avec les portraits des chirurgiens célèbres appendus aux murs ; nous y voyons la lithographie de la plupart des chirurgiens français de ce siècle.

A la clinique du professeur Mierzejewski (affections nerveuses ou mentales), les malades, dont quelques-uns payent, sont presque tous dans des chambres particulières. Au fond des salles est un jardin d'hiver rempli de plantes vertes, une salle de gymnastique de chambre, tout ce qu'il faut pour distraire et soigner les malades est réuni dans cet établissement modèle.

L'hôpital d'enfant, fondé par le prince d'Oldenbourg, sous la direction du professeur Rauchfuss, est plus remarquable encore. Tout ce qui est utile, pratique, a été fait; beaucoup de détails sont très ingénieux et mériteraient d'être employés partout. Un lit-brancard est dans un couloir, tout prêt, chauffé, pour envoyer

chercher les enfants. Les bonnes, qui sont des jeunes filles de la campagne très peu payées, sont d'une propreté recherchée. On donne des bains aux enfants externes, et, dans ce cas, souvent à déjeuner à ceux qui demeurent loin. Il existe des chambres d'attente pour les enfants dont la maladie est douteuse au point de vue de la contagion; une salle de gymnase pathologique où l'on voit tous les appareils les plus variés, entre autres un appareil pour mesurer les courbures de la colonne vertébrale, et qui se compose d'une série de pointes mobiles sur une tige droite, et que l'on *met au point*, en quelque sorte, comme les *praticiens* font les statues. Les salles, ventilées par des ouvertures graduées à volonté et chauffées par des tuyaux d'eau chaude compris dans les murs, ne renferment que deux ou quatre malades, et sont inspectées quatre fois par jour. Il n'y a pas d'angles aux murailles, pas de meubles fermés. Les vases de nuit sont garnis d'un rebord rempli d'eau, pour ne pas laisser échapper d'odeur. Pour les maladies contagieuses, il y a un autre bâtiment séparé du premier par une grille que personne ne peut franchir, sauf le médecin, et encore celui-ci a-t-il le soin de se couvrir d'une blouse de toile.

Voilà certes bien des choses utiles qui manquent à nos hôpitaux.

Nécrologie. — Nous avons appris, avec une bien douloureuse émotion, la mort tragique de notre ancien élève, le docteur Guiard, aide-major de 1re classe de l'armée, massacré par les Touaregs, avec les compagnons du colonel Flatters. Guiard était né en 1851. Nous avions appris à le connaître et à l'estimer à l'École du service de santé militaire de Strasbourg. Il était parti plein d'ardeur et d'énergie pour la mission périlleuse qu'il avait sollicitée. Sa mort est un deuil pour la médecine militaire, où il comptait un si grand nombre d'amis.

L. L.

Médaille Milne Edwards. — Nous avons annoncé qu'un comité de savants français, auquel se sont joints des savants de différents pays, s'est formé pour offrir à M. Milne Edwards, membre de l'Institut, une médaille commémorative pour son grand ouvrage d'anatomie et de physiologie comparées. Cette médaille d'or, qui a 8 centimètres de diamètre, et qui porte sur sa face un portrait de M. Milne Edwards, lui a été remise dimanche par une délégation composée de MM. de Quatrefages, Dumas, Sappey, Blanchard, Marey, Brown-Séquard, Vaillant et Georges Masson.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Planchon, docteur ès sciences, docteur en médecine, pharmacien de première classe, a été nommé professeur de botanique et histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Emile Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques le lundi 25 avril, et les continuera les lundis et vendredis suivants. Le lundi, à dix heures, leçon sur la thérapeutique des maladies de la peau. Le vendredi, à neuf heures et demie, visite des malades et conférence clinique (salle Saint-Jean).

Mortalité a Paris (13e semaine, du vendredi 25 au jeudi 31 mars 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1241, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 27. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 54. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 59. — Phthisie pulmonaire, 198. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 64.—Bronchite aiguë, 66.—Pneumonie, 98. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 22; au sein et mixte, 42; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 88; de l'appareil circulatoire, 75; de l'appareil respiratoire, 83; de l'appareil digestif, 56; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 13; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 40. — Causes non classées, 6.

Bilan de la 13e semaine. — On a enregistré cette semaine 1241 décès, soit 48 de plus que la semaine précédente. A l'exception de la diphthérie, qui a occasionné 54 décès (au lieu de 42, chiffre de la 12e semaine), les affections épidémiques sont demeurées stationnaires. Nous noterons cependant que, sur 45 décès typhiques, la garnison en a fourni 9, dont 3 concernent des soldats casernés à l'École militaire.

La distribution, par quartiers, des décès par diphthérie est fort inégale. Le rectangle formé par les cinq quartiers, très peuplés au surplus, des Folie-Méricourt, Saint-Ambroise, la Roquette, le Père-Lachaise et Belleville, compte 15 décès, soit plus du quart du chiffre total. Les quartiers Notre-Dame-des-Champs et du Gros-Caillou ont chacun 3 décès. La variole a surtout frappé les quartiers de La Villette (4) et de la Roquette (6), déjà si éprouvés par la diphthérie. En outre, les cartes de morbidité parvenues au service dénoncent, pour ce dernier quartier, 12 nouveaux cas d'invasion.

Bien que la coqueluche ne soit pas au nombre des maladies comprises dans l'enquête sur la morbidité, nous avons cependant reçu plusieurs avis qui nous signalent de nombreux cas de cette affection dans les quartiers des Champs-Elysées et Saint-Georges.

La discussion qui a eu lieu cette semaine, au Conseil municipal, sur l'état de la santé publique à Paris, a fait ressortir pour l'année 1880, comparée aux années précédentes, une aggravation de la mortalité générale.

Dans notre opinion, cette augmentation subite du nombre des décès est due principalement aux froids, d'une intensité et d'une durée extraordinaires qui ont marqué l'hiver 1879-1880. Par suite de cette température exceptionnelle, les maladies organiques ou infectieuses ont rencontré un terrain favorable, les unes à leur développement, les autres à leur propagation, et leur terminaison a été d'autant plus souvent et plus rapidement fatale qu'elles ont frappé des individus offrant une résistance vitale moins grande. C'est ce que l'on a eu à constater, dans des proportions bien autrement élevées, pour l'épidémie de variole de 1870-1871.

Mortalité a Paris (14e semaine, du vendredi 1er au jeudi 7 avril 1881.). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1196, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 37. — Rougeole, 18 — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 53. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 67. — Phthisie pulmonaire, 189. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 64.—Bronchite aiguë, 50.—Pneumonie, 116.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 42; au sein et mixte, 22; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91; de l'appareil circulatoire, 75; de l'appareil respiratoire, 92; de l'appareil digestif, 47; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 11. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 10.

Bilan de la 14e semaine. — Parmi les affections épidémiques, la fièvre typhoïde seule a sensiblement décru. Elle a occasionné 34 décès, chiffre qui se rapproche de celui de la moyenne des années antérieures. C'est surtout la garnison qui a bénéficié de cette diminution. L'examen de la distribution des décès par quartier révèle l'existence d'un foyer variolique très accusé dans le 43e quartier (la Roquette), et l'on a reçu cette semaine avis de 12 nouveaux cas de variole dans ce quartier. L'épidémie dont ce quartier est le siège n'approche donc pas de son terme.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

Quelques notes et observations sur l'alimentation des nourrices par les peptones.

Personne n'ignore aujourd'hui que les pays où la mortalité des nouveau-nés tombe au minimum, sont aussi les pays où se pratique le plus religieusement l'allaitement maternel. C'est là une vérité que vient encore de démontrer indirectement M. le professeur Bouchardat, dans un article de la *Revue scientifique*, sur « l'excessive mortalité des enfants de la naissance à un an, à Paris, ses causes et ses remèdes ». La raison de ces faits est simple : il est hors de conteste, en effet, que le seul aliment vraiment approprié aux besoins de l'enfant qui vient de naître est le lait de sa mère, ou, à défaut de celui-ci, le lait d'une autre femme. Aussi admettons-nous sans réserve les conclusions de M. Bouchardat, à savoir : qu'il convient de faire de continuels efforts pour revenir exclusivement, sauf de rares exceptions, à l'allaitement maternel, non seulement à Paris, mais partout.

Malheureusement il arrive (c'est un fait trop souvent observé dans la pratique) que la mère, la nourrice n'a pas assez de lait ou que son lait n'est pas assez riche. Il arrive encore que la sécrétion laiteuse est en qualité et en quantité suffisante, mais que la mère, anémiée et dyspeptique, de par la grossesse et l'allaitement même, maigrit, perd ses forces, s'épuise de plus en plus. Nous avons eu plusieurs fois, à l'hospice des Enfants assistés, l'occasion de constater des faits de ce genre. Dans le premier cas, le nourrisson, dans le second, la nourrice est sous le coup d'un danger plus ou moins imminent.

Des pesées régulières nous ont amené à reconnaître que, dans la plupart de ces cas, on peut rendre à la nourrice toutes ses aptitudes fonctionnelles, en la soumettant — non pas à une alimentation trop copieuse que refuse d'accepter ou de digérer un estomac fatigué ou surchargé, — mais simplement à un régime tonique, à une nourriture renfermant, sous les plus faibles volumes possibles, la plus grande quantité possible de substance alimentaire, eupeptique et directement assimilable. Les observations suivantes paraissent établir que les peptones trouvent une indication spéciale dans ces conditions. Nous remercions ici M. Chapoteau pour l'extrême obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition sa conserve et son vin de peptone pepsique. Voici quelques-uns de nos résultats :

Obs. I.—B. Emile, né le 22 mai. Poids, le 5 juillet, 3255 grammes; le 19 juillet, 3605; le 3 août, 4390. Ainsi les 15 jours qui précèdent le 19 juillet, l'enfant augmente de 350 grammes, soit 22 par jour; et les 15 jours suivants de 785 grammes, soit 52 par jour. Or, jusqu'au 20 juillet, jour où la nourrice a commencé à prendre des peptones, toutes les pesées restent au-dessous de la moyenne normale. Donc le bénéfice pour le nourrisson est indiscutable, mais il n'est pas moins net pour la nourrice, qui y a gagné des forces, des couleurs, de l'appétit et des digestions faciles, sans compter une plus grande abondance de lait. Soumise au régime peptonique, sans préjudice du reste de l'alimentation habituelle, elle prenait, ainsi que les autres nourrices, soit dit une fois pour toutes, à ses deux principaux repas, une cuillerée à bouche de conserve de peptone pepsique et un verre à Bordeaux de vin de peptone.

Obs. II.—R... Frédéric, né le 27 mai. Apparences chétives, pesé chaque semaine, du 7 juin au 10 août, il s'est accru pendant cette période de 2kg,605, avec une moyenne quotidienne de 14, 22, 40, 45, 30, 40, 52, 71, 60 grammes pour les semaines correspondantes, chiffres qu'on voit rarement à l'hôpital et même en ville. La moyenne de l'accroissement en poids s'élève ici à 43 grammes par jour pour plus de deux mois. Mais, du 7 juin au 19 juillet, la nourrice a son alimentation ordinaire, et la moyenne quotidienne est de 31 grammes. Au delà, et pendant 22 jours, elle s'élève et se maintient au chiffre énorme de 60 grammes. Or, la nourrice a pris pendant ce temps des peptones en sus de sa nourriture habituelle. Très amaigrie, pâle, fatiguée, elle a pourtant un appétit dévorant, insatiable même. La nutrition est active, mais l'épargne s'épuise par l'allaitement. Grâce aux peptones, l'appétit se régularise, la sensation de faim s'apaise, l'entrain et la vigueur reviennent, le lait restant du reste extrêmement abondant.

Obs. III. — N... Edmona, née le 12 juin. Poids le 21 juin, 2508 grammes; le 19 juillet, 2910; le 12 août, 3630. Le tableau des pesées du 21 juin au 12 août présente des variations notables. Les poids faiblement ascendants d'abord : 11, 13, 18, 15, sont stationnaires ensuite : 37, juste deux semaines; puis ils tombent à 24 les dix derniers jours. Mais le 1er août l'enfant est pris de toux avec enchifrènement et épistaxis qui se répètent fréquemment pendant plus d'une semaine. Tous ces phénomènes ont entravé la nutrition en gênant la succion et la respiration. La nourrice, soumise à partir du 20 juillet au régime alimentaire des peptones, était une forte brune, bien musclée, sans notable embonpoint, n'ayant ni maigri, ni pâli depuis 14 mois de lactation.

Obs. IV. — B... Alfred, né le 17 juin. Poids à l'entrée, 25 juin, 2780 grammes; le 19 juillet, 3100; le 9 août, 4000. L'accroissement moyen, du 25 juin au 19 juillet, n'est donc que de 14 grammes par jour, soit 320 grammes en 23 jours. Au contraire, du 19 juillet au 9 août, il a gagné 900 grammes, soit 45 d'augmentation quotidienne pendant une période de 20 jours. Encore la dernière semaine de juillet fut-il atteint d'un coryza intense qui le gênait pour teter. Quant à la nourrice, son appétit s'est notablement accru, les crises gastralgiques dont elle se plaignait ont cessé. La peau et les muqueuses, qui étaient pâles, se sont sensiblement colorées. Les seins paraissent plus tendus. Mieux être général.

Obs. V. — G... Edmond, né le 22 juin, du 5 juillet au 6 août, s'est accru par semaine de 95, 135, 210, 75 et 170 grammes avec une moyenne quotidienne de 14, 19, 30, 45 et 28 grammes, les chiffres 75 et 15 répondant à une période de 5 jours, où il a été très malade. Du 26 au 30 juillet, en effet, toux fréquente, vomissements, refus du sein. Le 30, ne tousse presque plus; le 6 août, guérison. La nourrice, qui avait un bon appétit, très augmenté depuis qu'elle allaite, n'a présenté rien de particulier du côté des fonctions digestives ni de l'état général.

Obs. VI. — B... Charles, né le 15 juillet. Conjonctivite légère, muguet, diarrhée verdâtre, cris, agitation, vomissements. Le 30 août, tous les accidents ont cessé. Poids à l'entrée : 3510 grammes le 19 juillet; à la sortie, 4360 le 17 août. Du 1er au 17 août, la moyenne de l'accroissement journalier a été de 44 grammes, tandis qu'il n'avait été que de 8 grammes du 19 au 31 juillet, c'est-à-dire pendant le temps assez court d'ailleurs de sa maladie. La nourrice, dont l'appétit était presque nul, surtout depuis trois semaines, et les digestions laborieuses, a vu rapidement les fonctions gastro-intestinales se relever. Les forces se sont augmentées, bien que l'anémie persiste encore. La sécrétion laiteuse semble avoir été heureusement modifiée soit dans la qualité, soit dans la quantité, car un autre enfant qu'elle avait allaité antérieurement n'avait gagné en 24 jours que 354 grammes, soit 15 en moyenne par jour.

Obs. VII. — D... Albertine, née le 3 juillet. Poids à l'entrée : 2930 grammes, à la sortie, 4170. Gain, 1240 grammes, se décomposant ainsi : 360 du 19 juillet au 3 août, jour où la nourrice est alimentée par les peptones, et 880 du 3 au 25 août; ce qui donne, comme moyenne quotidienne des 15 premiers jours, 24, et 40 pour les 22 derniers. Quant à la nourrice, appétit plus grand, force et entrain plus marqués.

Obs. VIII. — A... Marie, née le 30 juin. Prend bien le sein, ni diarrhée ni muguet. Cependant, du 14 juillet au 31, accroissement lent : 310 grammes, soit 15 par jour. Mais à dater du 1er août (le régime des peptones est institué à cette date), le mouvement nutritif est plus intense, et la moyenne quotidienne atteint 36 grammes, soit 830 de gain en 23 jours. La nourrice, sujette aux crampes d'estomac avec flatulence, éructations acides ou gazeuses, digestions lentes, appétit médiocre, quelquefois anorexie absolue, a vu disparaître tous ces troubles. Dès le 12 août, le teint est frais et coloré, les digestions sont silencieuses, l'appétit excellent. Très faible, anémique, maladive depuis longtemps, elle quitte l'hospice le 24 août reconfortée et plus vigoureuse qu'elle n'a jamais été, dit-elle.

En résumé, le régime des peptones, ajouté au régime ordinaire des nourrices, nous a donné d'excellents résultats, tant au point de vue de celles-ci que de leurs nourrissons. Si l'on compare, en effet, les chiffres des pesées pour 200 jours et 10 nourrissons, avant et pendant l'alimentation des nourrices par les peptones, on obtient à peine, dans le premier cas, un accroissement journalier de 25 grammes; tandis que, dans le second, la moyenne s'élève au-dessus de 40 grammes. Ces faits nous ont semblé dignes d'attention.

L'iode et ses préparations.

La médication iodée a de très nombreuses applications. La plupart des cachexies, telles que le lymphatisme, le scrofulisme, le rachitisme, le syphilisme, etc., etc., en sont justiciables. Sa puissance thérapeutique, dans ces circonstances, a été proclamée depuis de longues années.

Tout récemment M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, dans ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, particulièrement sur le lupus, fait ressortir l'efficacité de la médication iodée chez les scrofuleux, et c'est au sirop de raifort iodé qu'il donne la préférence, pour le jeune âge surtout. On comprend que cette préparation, entre toutes les autres, soit préférée et jouisse d'une vertu particulière due à ses éléments constitutionnels : le cresson avec l'iode, le raifort et le cochléaria avec le soufre qu'ils contiennent et l'écorce d'oranges amères avec ses propriétés toniques dont est constitué le sirop de raifort de Grimault, et dans lequel l'iode est tellement dissimulé, qu'on ne le reconnaît ni au goût ni à l'odorat, et ne peut-être décelé que par les réactifs les plus puissants: ce qui le distingue essentiellement du sirop antiscorbutique dans lequel on ajoute la teinture d'iode qui ne peut alors se trouver à l'état de combinaison intime.

Nous avons cru ces quelques lignes préliminaires utiles pour justifier la publication succincte de quelques faits qui militent en faveur de cette puissante médication.

Jos. Cop..., vingt-six ans, tempérament lymphatique avait contracté une syphilis, qu'il n'avait osé avouer à sa famille, et qui avait été d'une lenteur extrême à guérir. A cet effet, il avait fait un long séjour à l'hôpital. Le traitement mercuriel prolongé avait amené, chez lui, une exagération du système lymphatique telle, que cette médication avait dû être suspendue à diverses reprises, pour être remplacée par la médication iodée (l'iodure de potassium). Le retard de cette guérison (cinq mois et demi de traitement) et le développement du lymphatisme étant attribué, avec quelque raison, à l'atmosphère hospitalière, Cop... fut renvoyé chez ses parents. C'est alors qu'il vint nous consulter. A cette époque, les accidents locaux avaient complètement disparu. Restaient une exagération du tempérament lymphatique, des traces de syphilides encore visibles avec engorgements multiples des glandes au cou et aux aines, où l'une d'elles s'était abcédée et continuait de fournir du pus par une sorte de trajet fistuleux. Sans nous préoccuper de ce dernier fait autrement que pour conseiller la propreté, préférant nous en servir pour juger des progrès de la médication, nous prescrivîmes journellement 3 cuillerées à bouche de sirop de raifort iodé, un régime animalisé, assaisonné à volonté d'une tisane de houblon édulcoré par la réglisse. Cette médication fut très bien supportée, et le jeune homme s'en accomodait parfaitement, au point que, au bout de quinze jours, sentant lui-même les bons résultats qu'il en obtenait, il nous demanda à prendre une cuillerée de sirop en plus par jour. Malheureusement, on était entré en hiver, ce qui ralentit la cure : car ce ne fut qu'au bout de près de trois mois que le trajet fistuleux tarit complètement, en l'absence du reste de toute médication locale. A ce moment, le jeune homme était tout transformé ; restait cependant encore un certain engorgement des chapelets lymphatiques attestant une cure incomplète. Il ne nous fut pas difficile d'obtenir du jeune homme et de sa famille de continuer ce traitement pendant deux mois encore, en le réduisant à deux cuillerées de sirop par jour, pour arriver à une guérison complète que nous avons eu la satisfaction de constater ultérieurement.

Nous avons cru utile de publier ce fait qui atteste l'efficacité de l'iode au point de vue constitutionnel de la façon la plus péremptoire.

Nous empruntons à la *Tribune médicale* l'observation suivante du docteur Delzenne, dans laquelle la même médication a aussi produit de merveilleux résultats :

Mademoiselle Jeanne D..., âgée de quinze ans, est grande, bien développée, jouissant d'un appétit normal. Chez elle, la prédominance du système lymphatique s'est accusée, dès l'âge de douze ans, par un volume exagéré des amygdales avec catarrhe des trompes d'Eustache, accompagné d'un certain degré de surdité et d'un peu d'écoulement séro-purulent des oreilles, se produisant à époques intermittentes. Ces phénomènes avaient disparu sous l'influence d'un bon régime et de l'usage longtemps soutenu du fer et des sulfureux.

Depuis un an, l'éruption menstruelle se fait avec régularité. Tout semblait marcher à souhait, lorsque, il y a six mois, se déclara un coryza persistant qui, après un mois de durée, donna lieu à un écoulement purulent d'odeur désagréable, fort pénible à supporter, aussi bien pour la jeune malade que pour les personnes qui l'entouraient. On eut de nouveau recours au fer, au soufre sans aucun résultat. L'iodure de potassium fut employé à son tour et sans plus de succès.

C'est alors que tenant compte de l'état de combinaison particulier que présente l'iode dans le *sirop de raifort iodé* de Grimault et me rappelant les effets tout particulièrement favorables qu'il m'avait déjà donnés dans plusieurs cas analogues, je résolus de le prescrire.

Je recommande à la jeune malade d'en prendre une cuillerée à bouche, *au milieu* de chaque repas, c'est-à-dire deux par jour. Au bout de huit jours je fis prendre une troisième cuillerée, au moment du premier repas et voici ce que je pus observer :

Dès le cinquième jour, la sécrétion est aussi abondante, mais la coloration jaune-soufre a diminué ; l'odeur est moins pénétrante.

Le dixième jour, la sécrétion est presque muqueuse, et l'odeur peu appréciable.

A la fin de la troisième semaine, les sécrétions nasales sont normales, et l'état général de santé des plus satisfaisants.

Les règles survenues pendant le traitement ont été un peu plus abondantes et nullement douloureuses.

Je conseille de continuer l'usage du sirop de raifort iodé de Grimault pendant un nouveau mois.

Nul doute que l'on éviterait le développement de bien des cas presque incurables de punaisie, si l'on se déterminait à recourir à temps au précieux médicament qui a rendu a Mademoiselle Jeanne D... le service que je viens de signaler.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action de l'eau de Châtel-Guyon et de ses indications dans le traitement de la dyspepsie.

La dyspepsie est traitée avec succès par l'eau de Châtel-Guyon transportée ; en présence de faits cliniques bien constatés, il est nécessaire de chercher l'interprétation des effets produits, et d'arriver ainsi à préciser les cas dans lesquels la médication est nettement indiquée. Un aperçu sur la composition de cette eau et l'action physiologique de ses principes, déterminé par l'expérimentation, permettra d'abord de se rendre compte de son rôle dans les phénomènes de la digestion.

L'eau de Châtel-Guyon est gazeuse, chlorurée, sodique et magnésienne, bicarbonatée calcique et ferrugineuse. Elle renferme par litre, d'après les analyses récentes, comme principes particulièrement actifs :

Acide carbonique...........	1gr,10.
Chlorure de sodium..........	1gr,85.
Chlorure de magnésium......	1gr,23.
Bicarbonate de chaux........	2gr,45.
Bicarbonate de magnésie.....	0gr,45.
Sulfate de soude............	0gr,52.
Bicarbonate de fer...........	0gr,05.

L'action de l'*acide carbonique* sur les voies digestives est bien connue ; il stimule l'appétit en excitant la muqueuse et les nerfs gastriques, active les sécrétions de l'estomac et celles de l'intestin, et accroît suivant Brown-Séquard, les mouvements de cet organe.

Le *chlorure de sodium* est un puissant auxiliaire des opérations chimiques de la digestion, puisqu'il augmente la sécrétion et l'acidité du suc gastrique, et que, d'après certains auteurs, il aurait le pouvoir de dégager la propepsine des cellules capitales des glandes pepsiques. Son action a été mise hors de doute par les expériences de Bardleben et celles plus récentes de Rabuteau sur des chiens munis de fistules gastriques. Bardleben, en introduisant directement ce sel dans l'estomac d'un chien a constaté l'accroissement du suc gastrique.

Rabuteau, en donnant des aliments plus ou moins salés, a pu s'assurer que le suc gastrique, recueilli par la fistule, était plus abondant sous l'influence d'un régime très salé, et qu'il était en même temps plus acide.

D'après Bidder et Schmidt, ce sel se transformerait dans l'estomac en soude et en acide chlorhydrique. On comprend toute l'importance de ces faits, si l'on admet avec la majorité des auteurs que l'acidité du suc gastrique est due à cet acide.

Le *chlorure de magnésium* a été récemment l'objet d'une étude spéciale par Laborde. En injectant une solution de ce sel dans les veines de différents chiens, il a constaté des contractions énergiques des anses intestinales qui, après s'être montrées d'abord dans l'intestin grêle, s'étendaient de proche en proche à l'intestin tout entier, ainsi qu'à l'estomac. En même temps avait lieu une abondante sécrétion biliaire, se traduisant pas une distension progressive de la vésicule et des canaux d'excrétion, et par la présence d'une quantité insolite de liquide biliaire dans une grande étendue des premières portions de l'intestin grêle. Laborde a observé également des contractions de la veine, mise à nu, au contact de la solution.

Quant aux *carbonates calcaires* et *magnésiens*, ils agissent comme anti-acides et absorbants ; et leur utilité est démontrée dans les affections catarrhales.

On voit, d'après cet ensemble, que l'eau de Châtel-Guyon constitue un médicament complexe, exerçant une action spéciale sur les sécrétions gastrique et biliaire, et sur les contractions intestinales, en un mot sur les phénomènes chimiques et mécaniques de la digestion, sans parler de l'action reconstituante produite sur l'organisme tout entier par l'absorption des chlorures et du fer. Cette analyse des propriétés physiologiques de ses éléments permet également de dégager de la *pathogénie* des dyspepsies, formulée par le professeur G. Sée, les variétés dans lesquelles cette médication se trouve indiquée, et de comprendre les services qu'elle peut rendre dans des dyspepsies de modes différents.

L'eau de Châtel-Guyon est prescrite avec succès, quand les troubles digestifs sont engendrés par la diminution dans le suc gastrique de l'acide chlorhydrique, sans le secours duquel la pepsine ne peut rien sur la transformation des substances albuminoïdes en peptone, ou bien quand la pepsine elle-même n'existe pas en quantité suffisante pour remplir son rôle de ferment. L'eau agit dans ce cas par son chlorure de sodium dont les propriétés ont été exposées.

Le suc gastrique perd ses vertus digestives, lorsqu'il est altéré par des éléments anormaux, tels que le mucus et la mucine ; ce qui arrive dans les catarrhes muqueux. Administrée à titre d'évacuant, l'eau de Châtel-Guyon débarrasse l'estomac de la couche de mucus qui empêche le contact de la pepsine avec les aliments, et exerce par ses carbonates calcaire et magnésien une influence salutaire sur l'état catarrhal de la muqueuse.

La bile joue un rôle important dans l'acte de la digestion. Elle émulsionne la graisse, dont elle favorise l'absorption par l'imbibition des villosités, détermine des contractions intestinales par l'intermédiaire de ses acides, et facilite à l'aide de sa mucine le glissement des matières stercorales.

L'acholie détermine donc l'indigestion des graisses, la constipation et une production abondante de gaz, résultat de

la fermentation putride que favorise le suc pancréatique en l'absence de la bile. Cette acholie peut tenir à différentes causes : à l'inaction du foie, à l'hypertrophie simple de cet organe entraînant la diminution de la sécrétion biliaire, ou bien encore à des calculs agissant soit par obstacle mécanique, soit par inflammation chronique des canaux. L'eau de Châtel-Guyon est utile dans l'espèce par son chlorure de magnésium qui excite la sécrétion biliaire, débarrasse la vésicule de ses calculs, et aide la bile à franchir les canaux rétrécis par l'inflammation. La présence de ce liquide dans l'intestin amène la disparition de la constipation à laquelle concourt également l'action du sel sur les fibres intestinales.

L'eau de Châtel-Guyon trouve encore son indication dans certaines formes d'atonie intestinale désignées par G. Sée sous le nom de *pseudo-dyspepsies*. Cette atonie peut être essentielle, ou être causée par des hémorrhoïdes internes ou externes. Une lenteur extrême de la digestion, une constipation habituelle, se traduisant par des scybales appréciables le long du côlon, du météorisme, en sont les principaux phénomènes. C'est encore le chlorure de magnésium qui a raison de ces différents symptômes. Son action énergique sur les fibres musculaires lisses rémédient à l'atonie. D'autre part, la déplétion produite sur le système sanguin abdominal par son influence sur la contractilité des vaisseaux, par les évacuations, et l'accroissement de la sécrétion biliaire qui rend la circulation du foie plus libre, amène la diminution des hémorrhoïdes.

L'eau de Châtel-Guyon, pour combattre efficacement la dyspepsie, doit en général être administrée à petites doses.

Elle sera prise aux repas par doses fractionnées, depuis un demi-verre jusqu'à deux et trois verres par jour.

Dans certains cas, lorsqu'on veut remédier à l'insuffisance du suc gastrique, on pourra la faire prendre une demi-heure avant les repos.

S'il s'agit d'obtenir un effet évacuatif, elle devra être administrée le matin à jeun, à la dose d'un ou deux verres à une demi-heure d'intervalle, et au besoin être continuée à table.

Dans certaines formes de constipation rebelle, ayant résisté à d'autres médications, on l'a donnée avec succès à dose élevée, un litre et même plus dans la journée.

C'est du reste au praticien qu'il appartient d'approprier la dose et le mode d'administration aux indications qu'il veut remplir.

Pour le traitement de dyspepsies graves, principalement de nature muqueuse, accompagnées de vomissements alimentaires incoercibles, le lavage de l'estomac au moyen d'une sonde munie d'une pompe aspirante est aujourd'hui usité. Ce procédé, mis en pratique en 1869 par Kussmaul et avant lui par Somerville, a donné, entre les mains de médecins qui ont fait usage de l'eau de Châtel-Guyon, d'excellents résultats.

Dr Voury,
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

BIBLIOGRAPHIE

On lit dans *la Nature :*

« Notre savant collaborateur, M. Edmond Perrier, dont nos lecteurs ont apprécié les notices magistrales sur les *Origines et le développement de la vie*, vient de mettre au jour une œuvre capitale (1), qui sera accueillie avec la plus grande faveur par les naturalistes, et par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la philosophie naturelle. M. Edmond Perrier occupe au Musée d'Histoire naturelle la chaire de Lamarck, où fut professée, pour la première fois, la doctrine de la variabilité des espèces et de leur descendance par voie de filiation naturelle. Le digne successeur du grand maître a résolument abordé cette théorie de la descendance. Avec une puissance de travail peu commune, il a réuni tous les documents propres à l'éclairer, étudiant l'échelle des êtres, depuis la monère jusqu'au vertébré, en passant par les Radiolaires, les Foraminifères, les Éponges, les Polypes Hydraires, les Méduses, les Siphonophores, les Coralliaires, les Bryozoaires, les Tuniciers, les Annélides, les Articulés, les Échinodermes et les Mollusques; il a reconstitué la chaîne des organismes dont il ne manque aucun anneau. « Nous nous efforçons, dit le savant naturaliste, d'établir qu'une propriété commune à tous les animaux inférieurs, le pouvoir de se reproduire par division, ou, comme les végétaux, par bourgeonnement, a été la cause première de toute l'évolution organique. Les êtres nés les uns des autres par ce procédé sont d'abord demeurés associés, et ce sont leurs associations qui portent le nom de *colonies*. Ces colonies sont ensuite devenues des organismes. » M. Edmond Perrier, cherchant à déterminer les conditions qui ont présidé à cette transformation, montre d'une façon tout à fait saisissante qu'il est possible d'en suivre les phases, en passant par toutes les formes animales actuellement vivantes. Il fait voir comment des êtres d'abord indépendants, groupés en sociétés et constituant ainsi des *colonies animales* peuvent devenir graduellement solidaires au point de ne pouvoir plus être séparés, comment leur individualité s'efface peu à peu devant une individualité plus générale, celle de la colonie elle-même, comment s'est constituée par ce procédé l'individualité de tous les animaux supérieurs. Les lois de l'organisation, celles du développement embryogénique, sont ainsi ramenées aux lois de formation et de développement des colonies animales, en même temps que le degré de parenté des diverses formes vivantes se trouve nettement précisé. — Le livre du savant naturaliste brille par un talent d'exposition tout particulier, par une forme d'une grande clarté, souvent élégante, toujours strictement scientifique. Les articles publiés ici même ont en quelque sorte été l'origine et comme le canevas de cet ouvrage; c'est un honneur pour *la Nature*. Nous nous promettons de revenir sur les *Colonies animales*, quand nous aurons terminé dans quelques semaines la publications des excellents articles : *les Origines et le développement de la vie*. Nous n'avons pas voulu tarder plus longtemps à dire tout le bien que nous pensons du grand et beau travail de notre savant collaborateur. »

(1) *Les Colonies animales et la formation des organismes*, par Edmond Perrier, professeur-administrateur du Muséum d'Histoire naturelle, 1 vol. in-8 de 798 pages, avec 2 planches et 158 figures dans le texte. — Paris, G. Masson, 1881. Prix : 18 francs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON,

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 21 avril 1881.

Académie de médecine : La vaccination obligatoire.

C'est toujours le même raisonnement. La vaccine est une admirable découverte; elle préserve d'une maladie dangereuse; si elle peut en garantir les individus, elle en garantit conséquemment les populations, et, conséquemment aussi, prévient ou enraye les épidémies de variole; si bien que, supposé un groupe de population vacciné avec de bon virus et avec tout le soin nécessaire huit jours avant l'arrivée d'une épidémie, celle-ci s'arrêtera court devant lui, sauf peut-être ce tribut de l'exception dont la médecine pratique n'est nulle part l'affranchie entièrement. L'effet préservatif de la vaccine s'affaiblit chez un nombre plus ou moins grand d'individus, et semble disparaître au bout d'une dizaine d'années; une seconde vaccination rétablit l'immunité. Il y a bien le danger de la syphilis vaccinale, mais il est si rare! Et puis on l'éviterait sûrement avec le vaccin animal. Quant à la substitution de la fièvre typhoïde à la variole chez les vaccinés, c'est une idée qui n'a guère hanté que l'esprit d'un capitaine d'artillerie et celui de deux ou trois médecins amis du paradoxe. Ni ce danger réel de la syphilis ne pèse devant l'immensité du bienfait, ni cette théorie fantaisiste ne vaut devant le *consensus* universel. Donc, allez-vous dire, quel avantage ce serait si tout le monde était vacciné peu de temps après la naissance et revacciné à temps! Donc, il faut obliger...

Obliger!... y pensez-vous? On a pu songer à cela chez des nations dociles, où l'on se découvre devant l'autorité. Mais le Français est revêche; il n'aime pas le gendarme; il s'insurgera, suivant le mot de M. Hardy, contre le *despotisme de la lancette*. Il montera sur l'échafaud plutôt que de se soumettre; un député n'a-t-il pas déjà fait à peu près la même déclaration pour son propre compte? Il est bien vrai que la vaccination et la revaccination s'exécutent *par contrainte* depuis un long temps sur toute la surface de la République et sur une grande partie de la population, puisqu'on exige un certificat de vaccine en mille circonstances (énumérées mardi par M. Hervieux) et que la revaccination est réglementaire dans l'armée. Oui, mais ce certificat de vaccine est déjà une invention de tyrannie, et, quant à l'armée, la contrainte va de soi : il est de l'essence du soldat de subir la discipline. On viole les droits du père de famille en imposant la vaccination à ses enfants; mais non les droits du soldat, père de famille lui-même, en vaccinant sa propre personne. Le pantalon rouge le cède à la bavette. Quand l'enfant est orphelin, il a un tuteur dont les droits sont aussi sacrés que ceux du père; le soldat, lui, « est mineur », et comme son tuteur est l'Etat, ce tuteur le fait vacciner sans rémission. Rien de plus juste que tout cela; mais, en dehors de l'armée

FEUILLETON

Étude sur le stimulisme et le contro-stimulisme.

Je me propose d'étudier sous cette rubrique, mais au seul point de vue de la thérapeutique, les trois doctrines qui ont agité le plus récemment et le plus fructueusement la médecine : le brownisme, le rasorisme et le broussaisisme.

Tout système part d'une conception ontologique de la maladie et aboutit à une formule générale de traitement. L'esprit humain a une tendance irrésistible vers la simplification. Est-ce instinct noble de généraliser et appétit philosophique, ou bien paresse inconsciente qui s'irrite de la complexité réelle des choses que l'esprit embrasse et leur prête, dans l'intérêt de son repos, une simplicité qu'elles n'ont pas? Il y a de l'un et de l'autre au fond de tous les systèmes, et le dichotomisme, dans les incursions successives qu'il a faites sur le domaine de la médecine, n'a sans doute jamais été exempt de cet alliage. Il y a d'ailleurs puisé sa force et la raison de son crédit momentané, en offrant aux esprits fatigués l'appât d'une formule simple, réduite à deux termes antagonistes, affichant la prétention de contenir à la fois toute la physiologie, toute la pathologie et toute la thérapeutique.

Themison est le père de cette lignée impérieuse de doctrinaires, et encore les trois dichotomistes modernes ont-ils renchéri sur lui, puisque sa doctrine admettait des maladies *mixtes*, dont le fond était une combinaison éclectique de deux êtres de raison, le *strictum* et le *laxum*, qui servaient de base à sa pathologie. Simplifier est bon en soi, mais il y a deux sortes de simplifications qui ne se valent pas : l'une philosophique et féconde, qui, s'appuyant sur une généralisation légitime et partant du terrain concret des faits observés, va chercher leurs rapports au delà de leur diversité apparente; l'autre artificielle, qui part d'une conception arbitraire, tient pour non avenu ce qui la gêne et arrive par la pente de l'infatuation,

(qui comprend, à la vérité, aujourd'hui tous les hommes valides), on ne rencontre que résistance. Il y a même danger de guerre civile; car, dans les campagnes, où tout le monde se connaît, s'il se trouve des gens pour préférer le risque de la variole à la vaccination, il s'en trouvera aussi qui, ne voulant pas être exposés à l'infection, feront aux premiers, la loi et peut-être un bâton à la main, sommation de se faire vacciner. Bref, l'administration se prépare bien des embarras.

Eh! les embarras administratifs, cela regarde l'administration! Est-ce que vous vous imaginez que les Chambres, nommées pour légiférer, vont, sur une question de droit public ou de dispositif, prendre conseil d'un corps savant? Et de fait, vous ririez bien si demain M. Baudry d'Asson ou M. Pâris allaient s'imaginer que vous attendez leur avis sur la question technique, et, abandonnant à votre compétence la question d'obligation, entreprendre à la tribune de discuter les mérites scientifiques et pratiques de la vaccine. Laissez-la donc enfin, cette question de l'obligation! M. le ministre l'a posée, dit-on, à l'Académie. Mais d'abord, on peut répondre sur une question, qu'elle ne vous regarde pas. Puis, qui ne voit comment celle-ci est arrivée devant l'Académie? M. Larrey a fait remarquer à la Chambre des députés que, sur un projet de loi comportant une question de science et de pratique médicales, il serait bon de prendre l'avis du corps qui est, en France, la plus haute représentation de la médecine. Et alors, le ministre a purement et simplement passé le projet à l'Académie; mais qu'il soit entré dans son esprit de consulter ce corps savant sur la question de dignité humaine ou sur les difficultés d'ordre administratif, c'est ce que nous ne croyons aucunement.

Est-ce à dire que l'Académie ne doive pas aux Chambres certaines indications propres à les guider dans l'opinion même qu'elles auront à se faire sur la convenance de l'obligation? Assurément, non. Et par exemple, au lieu d'examiner avec M. Hardy si le meilleur moyen d'amener le gouvernement à apporter dans le service de la vaccine les améliorations nécessaires est de le pousser à l'obligation ou de l'en détourner, il y a une réponse bien simple à lui faire : « L'obligation, si vous la votez, étendra certainement les bienfaits de la vaccine; mais elle ne sera pas sérieusement profitable tant que le service de la vaccine restera ce qu'il est. Nous vous dirons, si vous le souhaitez, comment on le rendra aussi efficace que possible; pour aujourd'hui, nous vous avertissons que le perfectionnement de ce service est le complément indispensable de la vaccination obligatoire. En conséquence, ou rejetez l'obligation, ou, si vous la votez, votez sans retard les mesures que nous vous demanderons. »

Sur un seul point, l'Académie pourra mettre le pied sur le terrain administratif. M. Trélat a rappelé les lois constitutives des pouvoirs municipaux, non abrogées, qui arment les corps municipaux, et à Paris le préfet de police, du droit de prendre des mesures pour prévenir ou éviter les épidémies. Rien n'empêcherait l'Académie de rappeler ces lois aux pouvoirs publics; de leur faire remarquer que, à défaut d'une obligation légale étendue à l'universalité des citoyens, ils pourraient trouver, ou au besoin faire entrer dans ces lois le moyen d'atteindre sûrement, en ce qui touche (particulièrement la variole) comme l'ont déjà fait du reste nombre de communes de France) le but que le législateur s'est proposé. Il est manifeste que ce serait là encore une « vexation » une « violence. » Mais un simple rappel de l'état de la question juridique n'engagerait en rien l'Académie dans les mesures légales qui pourraient être adoptées.

En attendant, et pendant qu'on s'escrime sur des questions de contrat social, on arrive au jour du vote, qui sera probablement mardi prochain, sans avoir vidé la question scientifique, sans avoir réfuté ni les arguments, ni les statistiques qui tendent à discréditer la vaccine, et l'on fait beau jeu à ses détracteurs du Parlement. Nous attendons curieusement, à cet égard, la réplique générale de M. le rapporteur.

De l'hémoglobinurie paroxystique ou « a frigore ».

I

Hématurie intermittente (Harley), paroxysmale (W. Legg), hivernale (Hassall), *hémoglobinurie* périodique (Lichtheim), paroxystique (Kuessner), *a frigore* (Murri, Mesnet), ce sont autant de dénominations données successivement à un état morbide qui, étudié depuis longtemps (1864) en Angleterre, depuis trois ans environ en Allemagne, a été, dans ces derniers temps, l'objet de plusieurs travaux en Italie et en France.

Sans insister sur la question historique, dont les éléments pourraient être puisés dans les travaux de W. Legg (*Saint-Barthol. hosp. Reports*, 1874), Roberts (*Reynold's system of med.*, 1879), et dans la revue critique de Ramlot (*Revue mens. de méd. et chir.*, 1880), nous nous bornerons à citer au premier rang des auteurs qui se sont occupés de cette maladie, en Angleterre W. Legg (*loc. cit.*), en Allemagne Lichtheim (Leipzig, 1878), et Kuessner (*Deutsch. med. Woch.*,

---

de l'illuminisme et du parti pris à en faire la règle et la mesure impérieuse des choses. Je n'ai pas toutefois l'intention de médire des systèmes et de méconnaître les services qu'ils ont rendus et qu'ils rendent encore à la médecine : leur tyrannie passagère, lourde au présent, est une semence de progrès pour l'avenir, et ce n'est jamais sans profit qu'ils agitent les esprits. Le moment où ils s'imposent et celui où leur autocratie est renversée sont en effet des occasions d'examen, de résistance, de controverses, d'effervescence critique, qui donnent de la vie à une science et la poussent en avant. Qui pourrait nier, par exemple, que les trois agitateurs modernes de la thérapeutique, Brown, Rasori et Broussais, n'aient exercé une mission de progrès extrêmement féconde? et où en serions-nous si ces trois violents n'avaient remué de leur soc le champ de la médecine et ne l'avaient préparé pour la moisson à venir? Cette génération du progrès par l'erreur est assurément une des lois les mieux constatées dans l'évolution progressive de l'esprit humain vers la conquête de la vérité, et elle ne se vérifie nulle part d'une manière plus expressive qu'en médecine.

Le stimulisme érigé en système est personnifié dans la doctrine de Brown; le contro-stimulisme l'est dans les doctrines de Rasori et de Broussais qui, séparées par des différences considérables que nous mettrons en relief, sont réunies par leur opposition antagoniste au principe même de la thérapeutique brownienne.

Le brownisme se présente tout d'abord par droit d'antériorité et, je pourrais ajouter, de supériorité. Aucun des deux autres systèmes n'a montré en effet, au même degré, cette originalité puissante qui se suffit à elle-même et qui marque les vrais réformateurs. Rasori et Broussais ont tenu leur mission de Brown, et ne se seraient peut-être pas révélés sans lui; ils lui demeurent subordonnés et n'ont fait que continuer son œuvre d'agitation; Brown est et demeurera le chef incontesté de la réforme thérapeutique moderne, et son livre est plus qu'un manifeste : c'est une époque.

1879), en Italie Murri (Bologne, 1880), enfin en France, M. Mesnet, qui vient de lire à l'Académie de médecine un très intéressant mémoire, complété par les recherches hématologiques de M. Hayem (1). Quant aux travaux de Van Rossem (thèse inaug., Amsterdam, 1877), Rosenbach (*Berl. klin. Woch.*, 1880), et Lépine (*Rev. mens. de méd.*, 1880), ils ne concernent pas, à proprement parler, l'hémoglobinurie paroxystique, mais sont utiles à consulter au point de vue de l'hémoglobinurie, comme symptôme d'affections rénales.

II

L'hémoglobinurie à frigore se présente, pour nous servir des expressions de M. Mesnet, « avec une physionomie tellement personnelle, qu'il est impossible au clinicien de la méconnaître dès sa première rencontre. »

Une place spéciale dans la nosographie est assurée à ce *symptôme clinique* par un ensemble de caractères constants : caractère étiologique, l'influence indéniable du froid ; caractère clinique, la production d'accès, à intervalles irréguliers, constitués d'une part par des manifestations générales, qui rappellent celles d'un accès de fièvre intermittente, et d'autre part par l'émission d'une urine colorée en rouge plus ou moins foncé par l'hémoglobine, sans que le microscope y révèle jamais la présence de globules rouges; hématurie fausse.

Un individu, bien portant jusqu'à ce moment, éprouve, immédiatement après s'être exposé au froid, un certain malaise, des tiraillements dans les membres, de l'angoisse précordiale, des frissonnements ou même un frisson plus ou moins violent. La face pâlit, les extrémités se cyanosent. Souvent le malade accuse de la douleur, une sensation de pression au niveau de l'épigastre ou des lombes. En même temps, la fièvre s'allume; le pouls s'élève de 10 à 15 pulsations ; la température monte à 38 et 39 degrés, rarement davantage. L'examen des organes reste ordinairement négatif; parfois, cependant, il existe un peu d'endolorissement et d'hypertrophie du foie. Souvent les téguments prennent une teinte jaunâtre, ictéroïde, ou même franchement ictérique.

Peu après ces phénomènes généraux qui, dans les cas légers, se réduisent à un sentiment de courbature assez peu marqué pour que le malade n'interrompe pas ses occupations, l'excrétion urinaire présente des caractères tout spéciaux. D'abord rouge pâle, couleur vin de Bordeaux (Mesnet), l'urine devient de plus en plus foncée, rappelant la coloration du Porter, du vin de Porto. Elle laisse déposer un sédiment brun rouge qui contient des cylindres et des granulations formées par l'hémoglobine plus ou moins altérée, et quelques cellules épithéliales provenant des reins.

(1) Nous tenons à remercier ici M. Mesnet, qui, en nous communiquant le manuscrit de son mémoire, véritable travail d'ensemble sur la question, a singulièrement facilité notre tâche.

La partie liquide, très acide, renferme de l'albumine, en quantité proportionnelle au pigment sanguin, qui par l'acide nitrique forme un coagulum coloré en rouge brun. Au microscope, on ne trouve pas de globules rouges, ni même des débris d'hématies. Enfin, le spectroscope donne les deux raies de l'oxyhémoglobine, auxquelles se substitue, sous l'influence du sulfhydrate d'ammoniaque, la raie unique de l'hémoglobine réduite.

L'accès ainsi constitué dure six, huit heures en général, rarement davantage; le plus souvent, il cesse dès que le malade se met au lit, en se couvrant bien, après une réaction sudorale plus ou moins abondante. Le pouls et la température reviennent rapidement à la normale ; les urines recouvrent peu à peu, mais plus lentement leurs caractères physiologiques, en repassant par une dégradation de teintes successives, ingénieusement représentée par M. Mesnet sous forme de tracé chromographique ; et le malade peut reprendre ses occupations, en n'éprouvant plus, comme souvenir de cette crise, qu'un peu de faiblesse.

Ces accès se reproduisent à intervalles très variables, allant d'un jour à une année entière, toujours sous la même influence, le froid. L'affection est donc essentiellement chronique; chez le malade de M. Mesnet, aujourd'hui encore en observation, elle dure depuis trois ans. A la longue, le malade présente une teinte sale, anémique ou même subictérique et se plaint d'une faiblesse croissante. Toutefois, il n'y a pas, à notre connaissance du moins, d'exemple de terminaison fatale par cachexie progressive ; car les précautions hygiéniques, le retour de la belle saison, empêchant le retour des accès, laissent à l'organisme le temps de réparer ses pertes. Mais l'affection ne présente aucune tendance à la guérison spontanée et, de plus, se montre généralement, comme nous le verrons, réfractaire aux efforts de la thérapeutique.

III

L'hémoglobinurie paroxystique se voit dans les conditions étiologiques les plus variables, les plus disparates. Au milieu de ces données d'une importance évidemment secondaire, quelques faits cependant méritent d'être signalés. Ainsi, on ne saurait contester l'influence du sexe, car la maladie ne frappe guère que les hommes, ni celle de l'âge, car, exceptionnelle dans l'enfance et la vieillesse, elle appartient parti-

---

Les *Elementa medicinæ* du réformateur écossais ont paru à Edimbourg en 1780, trois ans avant la publication des *Eléments de médecine pratique* de Cullen, qui ne semble pas avoir compris l'importance de la révolution qui se préparait, puisque dans la préface magistrale placée en tête de son livre, et datée de novembre 1785, il ne prend pas la peine de réfuter les idées de Brown et déclare qu'il demeure attaché au système d'Hoffmann, expurgé des idées humorales qui le déparent.

C'est à l'âge de quarante-cinq ans que Brown publia le manifeste de sa doctrine. Il le faisait précéder d'une introduction retentissante, dans laquelle il déclarait qu'ayant passé vingt ans à approfondir toutes les branches de la médecine, il en était arrivé à déplorer « l'incertitude profonde et les impénétrables obscurités d'un art salutaire ». Au bout de ce temps, la lumière se fit brusquement dans sa nuit, et c'est un accès de goutte qui la lui apporta. Le passage où il raconte comment se fit cette révélation clinique mérite d'être cité textuellement. « Il y a, raconte-t-il, treize ans que j'eus un premier accès de goutte; j'étais alors dans ma trente-sixième année. J'avais *bien vécu* depuis plusieurs années ; seulement quelque temps avant l'invasion de cette maladie, je m'étais astreint à une nourriture plus légère qu'à l'ordinaire. La maladie se termina en quarante-cinq jours ou environ, et ce ne fut que six ans après qu'elle se reproduisit d'après les mêmes causes occasionnelles que la première fois. J'étais alors dans la force de l'âge et d'une bonne complexion, à la goutte près, jointe à un peu de faiblesse causée par une abstinence *inaccoutumée*. On disait, selon l'opinion des anciens médecins, que ma maladie dépendait de la pléthore et d'un excès de vigueur. On me prescrivit une nourriture végétale et on me défendit le vin. On me promettait que ce régime suivi exactement empêcherait le retour des accès. Je le suivis toute une une année, pendant laquelle j'eus quatre accès des plus longs et des plus violents; elle fut partagée, à quatorze jours près, entre des tourments cruels et la claudication. Je commençai

culièrement à la période moyenne de la vie ; quant à l'influence de la race, qui semble démontrée par la fréquence de la maladie dans la race anglo-saxonne, sous les climats les plus divers, aux Indes comme en Angleterre, elle est aussi intéressante à noter. Il est à remarquer, d'ailleurs, soit dit en passant, que toutes les congestions aiguës, les accidents imputables à un violent « coup de froid », comme le coup de sang pulmonaire, se montrent beaucoup plus souvent chez nos voisins d'outre-Manche qu'en France.

Comme antécédents pathologiques on a signalé, et nous verrons ultérieurement quel parti peut être tiré de ces données, au point de vue théorique la préexistence fréquente, soit de manifestations paludéennes, soit d'accidents syphilitiques.

Tous ces documents sur l'étiologie de la maladie sont encore fort incomplets ; la cause prochaine, non de la *maladie*, mais de l'*accès*, est, au contraire, bien établie ; car, à part certains cas où l'on a incriminé des efforts violents, l'équitation, etc., c'est toujours à un refroidissement brusque qu'on peut rapporter l'origine de la crise hémoglobinurique. Aussi, ces accès ne se produisent-ils guère que dans les saisons froides et humides, d'où le nom d'hématurie d'hiver souvent employé depuis Hassall, pour cesser dès le commencement de l'été et reprendre aux approches de la saison rigoureuse.

Cette relation pathogénique entre le froid et l'hémoglobinurie est si accusée que M. Mesnet a pu, chez son malade, provoquer l'accès à volonté, et cela à plusieurs reprises, en le soumettant à l'influence d'une température basse. Il lui a suffi de le faire sortir pendant un quart d'heure, une demi-heure, une heure au plus, suivant l'abaissement de la température extérieure (0°, par exemple) pour obtenir la production de l'urine caractéristique.

Par contre, le retour dans une chambre bien chauffée ou le séjour au lit bassiné, l'absorption d'une boisson chaude stimulante, tel est le traitement de l'accès. Quant à la médication à diriger contre la maladie elle-même, dans l'intervalle des crises, elle est plutôt du ressort de l'hygiène que de la thérapeutique proprement dite. D'une part, il faut, par une hygiène sévère, l'usage de vêtements chauds, éviter autant que possible l'action du froid ; d'autre part, les toniques, les reconstituants aident à la réparation de l'organisme.

Quant aux médicaments, il en est deux qui, à côté d'insuccès fréquents, peuvent revendiquer quelques résultats heureux, le sulfate de quinine et surtout les mercuriaux. L'efficacité de ces agents thérapeutiques tient sans doute à ce que, dans certains cas, l'hémoglobinurie *a frigore* est sous la dépendance plus ou moins directe, soit de l'intoxication paludéenne, soit de la dyscrasie syphilitique. Quoi qu'il en soit, les seuls faits de guérison que nous connaissions sont dus à l'action des mercuriaux (Murri), employés chez des syphilitiques.

IV

Il nous faut aborder maintenant la question pathogénique, encore fort obscure, diversement résolue par les cliniciens et les expérimentateurs. Mais, au préalable, il importe de mettre à part certains *complexus* pathologiques qui, sans appartenir à la maladie que nous étudions, comptent l'hémoglobinurie au nombre de leurs manifestations.

Les faits de cet ordre peuvent être rangés dans deux catégories distinctes, selon qu'il s'agit d'une maladie générale ou d'une lésion locale, d'une altération des reins.

L'hémoglobinurie s'observe parfois dans le cours des affections aiguës, où il se produit une fonte rapide des globules rouges, maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde (Immermann), hémorrhagipares comme le scorbut (Vogel), intoxications aiguës par l'hydrogène arsénié, l'acide sulfhydrique, le phosphore (Vogel et Neubauer, Bartels). On peut expérimentalement réaliser ces conditions pathologiques en introduisant dans la circulation des agents capables de détruire les globules rouges (injections d'acides biliaires, glycérine, inspirations d'hydrogène arsénié). Produit de la fonte globulaire, l'hémoglobine, mise en liberté en proportion trop considérable pour les besoins physiologiques, tels que la formation des pigments urinaire et biliaire, s'accumule dans le sang et s'élimine par la voie rénale.

D'autre part, l'hémoglobinurie peut apparaître, à titre de symptôme purement local, dans certaines affections rénales chroniques (Gull, Legg, Lépine), et il s'agit, dans ces cas, comme le dit M. Lépine, d'une hémoglobinurie sans hémoglobinhémie. Le savant professeur de Lyon a cherché à expliquer ces faits par l'expérimentation. Il a montré, en effet (Société de biologie, 1880), que l'urine, étendue de deux fois son volume d'eau, dissout rapidement les globules rouges. Ceci posé, que quelques hématies pénètrent par diapédèse ou par rupture de la membrane glomérulaire, soit dans la capsule de Bowman, soit dans les *tubuli contorti*, où le liquide urinaire est très dilué, on aura réunies les conditions nécessaires à la production de l'hémoglobinurie.

Enfin, dans quelques cas (fait de van Rossem), il semble qu'il s'agisse d'une véritable hématurie, et que la dissolution des globules rouges s'effectue, non plus dans le parenchyme

---

à me demander pourquoi de si grands désordres : si la pléthore et l'excès de vigueur en étaient cause, pourquoi la maladie n'était pas survenue douze ou quinze ans auparavant, où j'étais bien plus robuste et bien plus pléthorique ; pourquoi elle s'était déclarée lorsque, depuis assez longtemps, j'avais considérablement retranché de ma nourriture ; pourquoi il y avait eu entre le premier accès et le dernier un si grand intervalle, durant lequel j'avais repris mon régime ordinaire ; pourquoi j'avais au contraire éprouvé deux rechutes depuis que je vivais plus sobrement... Je vis qu'il ne me fallait pas chercher de secours dans les débilitants, conformément aux prescriptions des médecins qui ordonnent, en pareil cas, la diète et les évacuants, mais bien dans les fortifiants. Je crus devoir nommer cette faiblesse *indirecte*. Le régime fortifiant me réussit à tel point pendant deux ans, que je n'eus dans tout ce temps-là qu'un très léger accès vers la fin ; encore ne fut-il que le quart de l'un des quatre précédents. Certes, aucun médecin ne niera qu'une telle maladie reproduite quatre fois dans un an ne fût revenue plus souvent, à proportion, les deux années suivantes, si j'avais continué le même régime, et qu'il n'y eût eu au moins deux accès de plus par chaque année. Le dernier accès avait été des trois quarts moindre que les précédents. En multipliant donc 12 par 4, on trouvera que l'amélioration obtenue par ce nouveau régime est dans le rapport de 48 à 1. Je n'avais usé que de végétaux la première année ; durant les deux autres, ma nourriture fut presque toute animale et des plus substantielles ; je choisissais ce qu'il y a de meilleur en ce genre, j'évitais seulement l'excès. Un jeune homme qui demeurait chez moi, et qui avait un asthme très violent, s'étant soumis au même régime, au lieu d'un accès tous les jours, n'en eut plus qu'un au bout de deux ans. Comme on m'objectait ensuite que la goutte ne consistait pas dans la débilité, puisqu'elle était accompagnée d'inflammation, persuadé que j'étais du contraire, j'en fis l'expérience. J'invitai mes amis à dîner ; je bus assez pour me mettre en gaieté, et dans l'espace de deux heures j'eus entièrement recouvré l'usage

rénal, mais dans les voies d'excrétion, sous l'influence des oxalates en excès dans le liquide urinaire.

Si nous avons signalé ces faits pathologiques, c'est que, bien qu'étrangers à l'hémoglobinurie paroxystique vraie, ils jettent une certaine lumière sur la pathogénie du phénomène principal de cette entité morbide, et justifient dans une certaine mesure les diverses hypothèses que l'on a émises sur la nature de ce syndrome clinique.

Pour les uns, l'*hémoglobinurie a frigore* est due à un trouble fonctionnel, de nature congestive, des glandes rénales, à un « coup de sang » rénal; pour les autres, c'est dans le torrent circulatoire que se fait la dissolution des globules rouges, et l'hémoglobinurie n'est que la conséquence d'une *hémoglobinhémie* excessive.

Seule, cette seconde interprétation, défendue par Lichtheim et Murri, nous semble admissible. Car, comment, dans l'hypothèse d'un processus exclusivement local, du côté des reins, expliquer la préexistence des phénomènes généraux et surtout la production de l'ictère, d'origine évidemment hématique, puisqu'on ne trouve pas de pigment biliaire dans les urines.

La théorie de l'hémoglobinhémie aurait le caractère de la certitude si l'on pouvait démontrer l'existence d'une altération des globules rouges ou la présence de l'hémoglobine en excès dans le sang. Sur le second point, nous pouvons invoquer une expérience, malheureusement isolée, de Kuessner, qui a démontré, par l'examen spectroscopique, l'existence du pigment sanguin dans le sérum recueilli pendant les crises à l'aide de ventouses scarifiées.

Quant à la lésion des hématies, signalée par Murri, elle n'a pas été retrouvée par M. Hayem chez le malade de M. Mesnet. Toutefois, notre maître a constaté qu'à la suite de l'accès le sang présente des caractères spéciaux (augmentation du réseau fibrineux, empilement particulier des hématies), analogues à ceux que l'on observe dans les phlegmases et les maladies hémorrhagiques.

Mais, par quel mécanisme le froid produit-il cette dissolution des globules rouges? Question non moins obscure. Sans analyser les remarquables recherches clinico-physiologiques de Murri, que nous a fait connaître le travail de Ramlot, on en peut accepter, provisoirement du moins, les conclusions. Le froid agit sur les centres réflexes des vaso-moteurs; d'où stase dans le foie, les reins; d'où cyanose et accumulation d'acide carbonique dans l'économie qui dissout les globules rouges. L'hémoglobine, en excès dans les capillaires, s'élimine soit par les urines (hémoglobinurie), soit par les voies lymphatiques, et vient imprégner les téguments cutanés (ictère hémoglobinique).

Mais ici nouvelle difficulté. L'expérimentation démontre qu'il est imposible de produire, chez les animaux, l'hémoglobinurie par l'action du froid. Force nous est donc, pour expliquer les résultats pathologiques, de faire intervenir un autre facteur, une altération fonctionnelle ou organique préexistante des organes hématopoiétiques, ayant pour conséquence l'affaiblissement de la vitalité des globules rouges. Cette dernière hypothèse semble corroborée par les données étiologiques; puisque, chez un grand nombre de malades, on a signalé, comme antécédents morbides, des dyscrasies telles que l'impaludisme ou la syphilis. C'est ainsi qu'à l'autopsie d'un de ses hémoglobinuriques, Murri trouve les lésions du foie syphilitique, et, dans le même sens, plaide l'influence favorable du mercure sur la marche de la maladie.

En ce qui concerne le rôle pathogénique de l'impaludisme, il nous faut signaler le mémoire tout récent de Corre (*Arch. de méd. nav.*, 1881), où est démontrée l'identité des caractères présentés par l'urine dans l'hémoglobinurie paroxystique et la fièvre bilieuse dite hématurique. Corre se demande s'il ne faut pas voir, dans cette affection, qui pourrait être dénommée fièvre hémoglobinurique, « une fièvre mixte dont les éléments générateurs sont l'infection palustre et l'action d'un froid relatif sur des organismes de résistance amoindrie par certaines conditions d'acclimatement. »

A ce propos, qu'on nous permette de rappeler que, dans notre thèse inaugurale, nous nous étions déjà prononcé en faveur de la nature hémaphéique de l'ictère dans certaines affections paludéennes, et, en particulier, la fièvre hématurique.

Or, qui se souvient des travaux de notre vénéré maître Gubler verra, dans l'hémaphéisme et l'hémoglobinisme, deux processus identiques, à l'intensité près, puisque le pigment, qui caractérise les urines et l'ictère hémaphéique, n'est autre chose que de l'hémoglobine plus ou moins modifiée.

Ceci nous amène à rapprocher l'hémoglobinurie paroxystique d'un fait clinique bien connu, d'observation journalière; la coloration si accusée des urines dans les accès fébriles, dans les pleurésies franches ou les empoisonnements aigus, en un mot dans les processus qui entraînent une destruction rapide des globules rouges. Il en est de même de la crise hémoglobinurique; mais ici, sans doute à cause d'une susceptibilité spéciale de l'économie ou d'une altération préexistante

---

du pied, que la douleur ne me permettait pas de poser à terre auparavant. Je vis par là qu'il existait aussi une inflammation asthénique. » (*Eléments de médecine*, trad. Fouquier, Paris, 1803, p. 22.)

La doctrine du stimulisme est sortie tout entière de cette auto-observation, dont Brown étendit bientôt les conclusions à l'esquinancie gangréneuse, au rhumatisme, au typhus, aux fièvres intermittentes et aux névroses convulsives. Il y aurait beaucoup à dire à propos de ce point de départ, et l'expérience n'est pas aussi concluante qu'il le pensait. La goutte a-t-elle donc dans ses manifestations une régularité de marche et une périodicité assez imperturbables pour que, ses accès se rapprochant ou s'éloignant, on soit fondé à imputer ce résultat aux conditions de genre de vie ou de traitement? D'ailleurs, la goutte de Brown était celle d'un podagre habitué aux stimulants, et chez lequel la privation de ceux-ci produit des effets d'asthénie imputables à la rupture d'une assuétude ancienne. Sa goutte était justiciable des alcooliques, parce qu'il les faisait entrer largement dans son régime habituel, et leur efficacité dans ce cas n'est pas d'autre nature que celle de l'alcool et du vin dans le délire de la pneumonie chez les intempérants. Malgré tout, une lumière qui ne s'éteindra plus en thérapeutique était sortie de cette expérience *inter pocula* : « Il y a des inflammations asthéniques et auxquelles conviennent les stimulants. » Il a fallu plus de quatre-vingts ans pour la restauration de cette idée féconde, qu'un brownisme rajeuni nous ramène aujourd'hui en démontrant l'importance clinique de l'emploi de l'alcool dans les maladies de nature asthénique, eussent-elles le masque d'une fièvre ou d'une inflammation. A quoi tiennent les systèmes! Si Brown avait été abstème et n'avait pas eu la goutte, la doctrine du stimulisme serait peut-être encore à naître.

Désireux de rester sur le strict domaine de la thérapeutique, nous ne rappellerons de la physiologie de Brown que ce qui est indispensable pour comprendre sa doctrine curative. Pour Brown, vitaliste pur, la vie est la mise en jeu par

des organes hématopoiétiques, la dissolution des hématies est plus intense ou brusque, si bien que le pigment sanguin passe dans les urines, ou imprègne le tégument cutané, sans avoir subi aucune transformation appréciable; en d'autres termes, il n'y a qu'une question de degré entre les urines foncées ou hémaphéiques qui se produisent dans toutes les poussées fébriles à frigore et l'hémoglobinurie paroxystique, et celle-ci peut être considérée comme la forme la plus accusée de l'hémaphéisme.

A cette assimilation de ces deux processus, on pourrait, il est vrai, opposer une objection tirée de la présence de l'albumine dans les urines hémoglobinuriques, tandis que les urines hémaphéiques en sont généralement dépourvues. Mais n'est-il pas admissible que cette albuminerie passagère soit due à une congestion rénale causée par le froid; hypothèse rendue vraisemblable par l'endolorissement de la région lombaire souvent signalé pendant les crises.

Quoi qu'il en soit de ces considérations théoriques, où l'hypothèse a une part peut-être trop large, on voit quelle envergure peut prendre la question et quelle importance peut avoir, au point de vue de la pathologie générale, l'étude clinico-physiologique de l'entité morbide dont nous venons d'esquisser l'histoire.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hygiène.

Les trois allaitements et la diarrhée infantile, par M. le docteur E. Le Menant des Chesnais (d'Authon-du-Perche).

C'est au corps médical qu'appartient l'honneur d'avoir signalé le premier l'effrayante mortalité des petits enfants en France, il est donc du devoir de ceux d'entre nous qui sont à même de le faire de rechercher sans cesse les causes de cette mortalité et de les dénoncer sans crainte. Imitons, en cela, la persévérance et le courage de nos confrères Monod, dans le Morvan, et Brochard, dans le Perche. Nos efforts ne seront pas vains, malgré mille hostilités locales contre lesquelles chaque jour il nous faudra lutter, et nos statistiques, ainsi que les enseignements que nous en tirerons seront une précieuse collaboration aux savants travaux des docteurs Bertillon et Th. Roussel.

C'est cette conviction qui m'a fait détacher de mes statistiques personnelles les résultats que les trois sortes d'allaitement m'ont données, dans le cours de 1879, parmi les petits enfants que je surveillais en nourrice.

Les chiffres ci-dessous sont tirés de notes prises chaque jour, par moi seul, sans aucun esprit de système et dans le seul but de m'instruire. Toute leur valeur est là, et les voici :

Sur 141 enfants qui représentaient à peu près tous les enfants placés en nourrice autour de moi, à deux lieues à la ronde, 16 sont morts, dont 1 de broncho-pneumonie, suite de coqueluche, et 14 de diarrhée. Laissons de côté cette cause isolée d'un des décès pour nous occuper uniquement, dans cette étude, de l'affection dont sont morts les 15 autres.

De ces 141 nourrissons, 9 seulement étaient à l'*allaitement naturel*, c'est-à-dire élevés uniquement au sein pendant au moins trois mois. 15 étaient à l'*allaitement mixte*, c'est-à-dire qu'ils buvaient du lait de vache, en même temps qu'ils tétaient; 78 étaient à l'*allaitement artificiel*, c'est-à-dire au biberon.

Trois fois j'ai omis d'inscrire dans mes notes le mode d'allaitement. Or, 57 d'entre eux ont été atteints de diarrhée, 40 ont guéri, 15 sont morts. Et, en divisant ces 141 enfants, suivant le mode d'allaitement de chacun, nous obtenons le tableau suivant :

Allaitements	Total (1)	Exempts (2)	Malades (3)	Guéris (4)	Morts (5)
Naturel	9	3	6	6	»
Mixte	51	41	10	10	»
Artificiel	78	37	41	26	15
Inconnu	3	3	»	»	»
	141	84	57	42	15

D'où nous tirons les *moyennes suivantes :*

Allaitements	Total (1)	Exempts (2)	Malades (3)	Guéris (4)	Morts (1)
Naturel	6.03	33.03	66.06	100	»
Mixte	33.03	80.03	19.06	100	»
Artificiel	62.04	49.05	52.04	63.04	36.05

Voyons ce que nous apprennent ces chiffres :

La colonne, représentant le total des enfants élevés à chaque allaitement, nous montre que :

1° Le nombre des nourrissons élevés uniquement au sein pendant les premiers mois de la vie *est bien restreint*, puisqu'il n'a été, dans ma circonscription médicale, que de 6 pour 100, et le désaccord de mes chiffres avec ceux des mairies doit être bien grand sur ce point. Mais je puis affirmer les miens, qui ont été pris *de visu et par moi seul*. Ceux des mairies au contraire reposent sur la *simple déclaration des nourrices*, et n'offrent aucune garantie.

2° Un tiers seulement des autres étaient à l'allaitement

---

les stimulants externes ou internes d'une propriété fondamentale, l'*incitabilité*, inconnue dans sa nature, s'affirmant par ses effets, se développant avec la vie, dont elle est la caractéristique, si elle ne se confond pas absolument avec elle, constituant une quantité variable dans les divers individus, variable également dans le même individu, différenciant les êtres vivants des corps bruts, et modifiable par les *puissances incitantes*, les stimulants tant externes qu'internes. Du conflit des stimulants et de l'incitabilité naît l'*incitation*, cause prochaine de la vie et de la maladie. La vie est normale quand l'incitation ne pèche ni par défaut ni par excès; la maladie commence là où cet équilibre est rompu ; à une incitation trop forte correspondent les maladies sthéniques, à une incitation trop faible les maladies asthéniques. Celles-ci sont infiniment plus nombreuses que les autres. La faiblesse de l'incitation dépend de plusieurs causes : 1° d'une incitabilité faible en elle-même ; 2° de son apathie par insuffisance des stimulants ; 3° de son épuisement par l'exagération et la violence de ceux-ci. Les deux premières formes de cette incitation diminuée correspondent à l'*asthénie directe*, la troisième à l'*asthénie indirecte*. L'incitabilité se reconstitue par la diminution temporaire et intentionnelle de l'incitation, résultat obtenu en ménageant les stimulants, qui arrivent ainsi par voie détournée à des effets plus énergiques. Si l'incitabilité n'est pas dépensée par l'incitation produite, elle s'accumule et peut arriver à un degré qui ne permette plus à la vie de se maintenir, à moins qu'on ne la diminue par d'autres stimulants qui la ramènent à sa mesure normale, laquelle constitue la santé. Celle-ci est donc un équilibre instable entre l'incitabilité et l'incitation; la maladie n'est autre chose que la rupture de cet équilibre, et la production d'une incitation accrue dans le plus petit nombre des cas, d'une incitation affaiblie dans le plus grand nombre. Les *diathèses sthénique* et *antisthénique* ou *asthénique* sont le produit de ces quantités dans l'incitation. Elles n'existent pas seulement dans l'état de maladie, mais aussi dans ce que Brown appelait l'état d'*oppor-*

mixte (33,03). Je n'ai pas le droit de contrôler les chiffres des mairies, mais ici encore l'écart serait bien grand entre mes chiffres et les leurs. Que de nourrices déclarent devoir élever à l'allaitement mixte des enfants à qui elles ne donnent ensuite que le biberon!

3° Les deux autres tiers des nourrissons (62,04) étaient élevés au biberon.

A. — Au point de vue de la susceptibilité des enfants à contracter la diarrhée, les chiffres que nous donnent la deuxième et la troisième colonne sont si défavorables à l'allaitement naturel qu'au premier abord ils nous ont paru inexplicables.

En effet, tandis que sur 5 enfants élevés à l'allaitement mixte, 1 à peine a été atteint de diarrhée; que près de la moitié des enfants élevés au biberon ont échappé aux atteintes de la maladie, cette dernière a sévi sur les deux tiers des enfants élevés uniquement au sein.

Ce qui nous donne en chiffres ronds :

Enfants malades de la diarrhée,	à l'allaitement	mixte,	2 sur 10
—	—	— artificiel,	2 sur 4
—	—	— naturel,	2 sur 3

Grâce à mes notes et à la connaissance que j'ai eue de chaque enfant et de chaque nourrice, j'ai pu m'expliquer, par les raisons qui suivent, des chiffres en apparence si peu favorables à l'allaitement naturel.

1° D'abord, le nombre des enfants qui, pendant les trois ou quatre premiers mois de leur vie, n'ont pris aucun autre aliment que le lait de leur nourrice est, comme nous venons de le voir, si faible que nous devons nous montrer très réservé sur la valeur *absolue* de la moyenne qu'il nous donne.

2° D'autre part, la généralité des nourrices n'élève uniquement au sein que les enfants qui sont trop faibles pour supporter toute autre nourriture. La grande susceptibilité de ces derniers à contracter la diarrhée peut donc, en partie, dépendre de leur mauvaise constitution, de leur débilité naturelle.

C'est ce que m'a démontré l'examen attentif de l'observation de chacun des 9 enfants de cette catégorie; j'ai trouvé que, sur les 6 atteints par la diarrhée, 1 seul, le n° 34, présentait les apparences d'une bonne constitution. Et parmi les 3 exempts, je dois citer l'enfant n° 74, qui, placé au biberon dès sa naissance, avait dépéri en quelques jours. Confié à un nourrice au sein, il revint aussi rapidement à la santé et depuis n'a jamais été malade.

3° Mais si la constitution délicate des enfants a été une cause prédisposante à la diarrhée de 6 d'entre eux, l'alimentation prématurée a pu quatre fois en être la cause déterminante, car dans ces quatre cas les enfants mangeaient depuis un ou deux mois quand la diarrhée s'est montrée.

Nous verrons plus loin l'influence de la saison chaude sur les enfants de chaque allaitement.

Le sevrage ne m'a paru dans aucun des cas présents avoir eu une influence au moins directe sur la diarrhée. Je peux en dire autant de l'âge du lait de la nourrice.

B. — Néanmoins les mauvaises qualités du lait des nourrices peuvent, dans certains cas, être une cause de diarrhée chez les enfants élevés uniquement au sein. Peut-être ce lait est-il quelquefois trop fort? Je ne saurais le dire, mais très souvent il a la qualité inverse et ne fournit à l'enfant qu'une nourriture insuffisante ou d'une digestion difficile.

Ainsi le n° 12 a eu la diarrhée dès sa naissance, et cependant le lait de sa nourrice était abondant et jeune (il avait quatre mois, et la nourrice, bien constituée, avait vingt-neuf ans). L'enfant devint anémique, tandis que celui de la nourrice, sevré dès l'âge de quatre mois, venait très bien avec des panades et du bon lait de vache à discrétion. A quatre mois, la nourrice essaya d'adjoindre à son lait de la bouillie. L'enfant la digéra mal, la vomit souvent, et sa diarrhée persista. Aussi la nourice y renonça.

Enfin, à un an, elle le sevra pour prendre sa jeune sœur. Dès que l'enfant prit du lait de vache, et bien qu'on y joignît une ou deux petites panades par jour, sa diarrhée cessa et il commença à se bien développer. Deux mois après, il fit sans souffrance ses premières dents. Comme contre-épreuve, sa petite sœur n'a pu à son tour supporter le lait de la nourrice et l'a vomi jusqu'à ce que cette dernière lui fit prendre en même temps du lait de vache.: ses vomissements cessèrent aussitôt. Bien plus, à sept mois, la nourrice ayant voulu la sevrer et ne lui donner cette fois que le lait de vache, qui semblait si bien lui convenir, l'enfant fut reprise de vomissements qui disparurent avec le retour à l'allaitement mixte. Et, en effet, est-il étonnant de voir bien des nourrices présenter un lait de mauvaise qualité, quand on songe que la plupart d'entre elles vivent dans la misère, avec une nourriture insuffisante et des fatigues de bien des sortes? Aussi devons-nous reconnaître à l'allaitement mixte un avantage considérable sur les deux autres, si bien appliqués qu'ils soient, dans nos campagnes, de pouvoir mieux qu'eux se prêter à la susceptibilité individuelle de l'estomac de chaque enfant. Tantôt le lait de femme *corrige* ce que celui de vache a de trop contraire à la susceptibilité du tube digestif de certains petits enfants; tantôt ce dernier *complète* ce qui manque au lait de la femme pour procurer à l'enfant une nourriture suffisante.

C'est dans ces deux qualités, de *correctif* pour le lait de femme, de *complément* pour celui de vache, que réside tout le secret des beaux résultats de l'allaitement mixte.

C. — Les résultats que nous a donnés l'allaitement artifi-

---

tunité morbide, état de l'incitation intermédiaire entre celui de la santé et de la maladie, qui précède toujours les maladies générales. Les deux diathèses browniennes sont d'ailleurs générales ou locales: la diathèse sthénique générale produite par une incitation exagérée, manifestant ses effets dans l'organisme tout entier; et la diathèse sthénique locale, qui n'est autre chose que l'inflammation d'un tissu ou d'un organe, naissant d'une lésion ayant presque toujours une cause provocatrice extérieure, pouvant rester confinée dans le point où elle siège, pouvant intéresser l'économie tout entière, pouvant enfin procéder d'une diathèse sthénique générale, dont elle n'est qu'une localisation. La diathèse sthénique générale, produite par une incitation générale amoindrie, embrasse dans le système de Brown la plus grande partie de la pathologie; quant à la diathèse asthénique locale, au lieu de tendre à l'inflammation et à la suppuration, elle tend à la mortification, au sphacèle du tissu dans lequel elle siège.

En résumé, l'état de santé, ceux d'opportunité et de maladie, Brown le dit expressément, n'ont rien qui les différencie substantiellement; ce sont des degrés de l'incitation et pas autre chose; voilà pour la physiologie. Les médicaments, quelle que soit leur nature, sont des stimulants de l'incitabilité et pas autre chose, et leur maniement consiste à les choisir suivant les besoins d'une incitation déviée de son degré normal; voilà pour la thérapeutique. L'indication curative oscille entre ces deux fins antagonistes : diminuer l'incitation dans la diathèse sthénique; l'augmenter dans la diathèse asthénique, « jusqu'à ce qu'on l'ait amenée au terme moyen qui constitue la santé ».

Fonssagrives.

(*A suivre.*)

ciel vont confirmer ce que nous venons de dire. Auprès de bien des enfants le lait de vache, qui vient si bien en aide à l'allaitement au sein, ne saurait le remplacer; et bien des parents se décident trop facilement à envoyer à la campagne, pour y être élevés au biberon, leurs enfants, parce qu'en naissant ils paraissaient forts. De fréquentes déceptions les attendent.

Que de fois des parents m'ont écrit : « Monsieur, je ne puis comprendre que mon enfant dépérisse et vous paraisse délicat, car en naissant il était très fort. » Ils oublient que l'enfant a changé de restaurant.

Sans doute, il en est, et un grand nombre même, qui sont réellement assez forts pour digérer le lait de vache dès leur naissance, et c'est grâce à ces derniers probablement que la susceptibilité à contracter la diarrhée nous a paru moindre chez les enfants au biberon que chez ceux au sein. Mais voyez les tristes enseignements que nous donnent les colonnes (4) et (5) de notre tableau.

Ce ne sont pas ceux qui paraissaient les plus susceptibles qui ont été les plus gravement atteints; car tous mes petits malades à l'allaitement naturel ont aussi bien guéri que ceux à l'allaitement mixte : *Pas un n'est mort*, tandis que plus d'un tiers (36,05) de ceux qui étaient au biberon ont succombé. Comment expliquer ce caractère de haute gravité de la maladie pour les enfants au biberon?

Serait-il dû à ce que les nourrices au biberon ont plus de tendances que les autres à faire manger prématurément leurs nourrissons? Beaucoup, en effet, sont obligées d'acheter leur lait, ce qui réduit leur bénéfice mensuel.

Je ne le crois pas. Mes notes de l'an dernier sont incomplètes à ce sujet; néanmoins, j'y trouve les renseignements suivants :

Sur 41 petits malades au biberon, j'ai dans 25 cas noté l'époque à laquelle les enfants avaient commencé à manger; or, 11 d'entre eux n'avaient encore pris d'autre nourriture que du lait de vache quand la diarrhée s'est montrée. Sur ces 11 il en est mort 8. 14 autres, au contraire, mangeaient depuis plus ou moins longtemps; pas un d'entre eux n'est mort.

Loin de moi la pensée de défendre l'alimentation prématurée, contre laquelle je proteste chaque jour et dont j'espère bien pouvoir, avant peu, chiffrer les méfaits. Je veux seulement prouver que, dans le cas présent, il nous faut chercher ailleurs que dans l'alimentation prématurée la cause de la haute mortalité des enfants au biberon.

La malpropreté de ce dernier, son administration inintelligente, sont certainement des causes fréquentes de diarrhée, mais ces causes appartiennent ausssi bien à l'allaitement mixte qu'à l'allaitement artificiel.

Je me suis également demandé si l'immunité relative des enfants à la méthode mixte ne serait pas due à cette coïncidence possible qu'à l'époque où la diarrhée a présenté son maximum de fréquence et de gravité, le nombre des nourrissons au biberon, comparé à celui soit des mois précédents, soit des enfants aux autres allaitements, était plus considérable qu'à toute autre époque de l'année.

J'ai donc cherché : 1° à quelle époque de l'année la diarrhée avait atteint son maximum de fréquence et de gravité; 2° dans quelles proportions s'étaient chaque mois trouvés les enfants des trois allaitements.

Les tableaux que j'ai obtenus en faisant ces recherches sont trop considérables pour que je puisse les reproduire ici, mais voici ce qu'ils m'ont appris en réponse aux deux questions ci-dessus :

1° La maladie, à peu près nulle dans les premiers mois de l'année, a sévi surtout dans les trois mois de l'été et au commencement de l'automne. C'est en septembre qu'elle a eu son maximum de fréquence, et c'est aussi dans ce mois que nous trouvons la plus grande mortalité des enfants au biberon.

2° Le petit nombre des enfants élevés uniquement au sein pendant les premiers mois de leur vie a si peu varié dans tout le cours de l'année que nous pouvons le laisser de côté. Quant à la moyenne des enfants élevés au biberon, elle était presque double de celle des enfants à l'allaitement mixte à la fin de janvier, mais elle ne s'est pas maintenue et, malgré quelques hésitations, s'est mise à descendre aussitôt. A partir du mois de juillet surtout, sa chute s'est faite d'autant plus rapidement que l'on avançait davantage dans la période estivale.

Voici, en effet, cette moyenne mensuelle :

Janvier	63,06
Février	60,08
Mars	59,09
Avril	61,02
Mai	57,06
Juin	61,01
Juillet	59,03
Août	56,05
Septembre	51,06
Octobre	49,09
Novembre	49,03
Décembre	57,04

Sans doute, les décès qui se produisaient parmi les enfants au biberon aidaient à l'abaissement de cette moyenne, mais il n'en reste pas moins ce fait que, pendant les mois les plus dangereux de l'année, il y avait en nourrice moins d'enfants au biberon que dans les sept mois précédents, comparativement au nombre toujours croissant des présences à l'allaitement mixte.

La saison chaude n'a donc pas été la vraie cause de la haute mortalité de petits enfants élevés au biberon.

On ne peut non plus en accuser leur dentition, puisque, sur les 15 qui sont morts, 2 seulement avaient plus de quatre mois.

Mais c'est dans ce jeune âge des enfants morts que nous découvrons la vraie cause de cette haute mortalité constatée parmi les enfants élevés au biberon.

Elle est due, en effet, à l'*entêtement*, quelquefois des parents, bien plus souvent des nourrices, à maintenir au biberon des enfants qui y dépérissent.

Les chiffres suivants, que je trouve dans mes notes, le prouvent assez.

Sur 15 enfants morts au biberon : 7 n'avaient pas un mois; 4 n'en avaient pas deux; 1 enfant jumeau est mort à trois mois; 1 enfant né avant terme est mort à cinq mois; 2 de constitution chétive ont traîné au biberon, l'un jusqu'à quatre mois, l'autre jusqu'à neuf.

En voilà donc d'abord 11 sur 15 qui sont morts parce que le biberon ne leur convenait pas, et mes autres chiffres m'autorisent à penser que je les aurais sauvés presque tous s'il avait été en mon pouvoir, comme pour le n° 74, cité plus haut, de les faire placer à l'allaitement naturel ou mixte.

A plus forte raison puis-je en dire autant des quatre autres enfants, puisque, malgré leur mauvaise constitution, ils ont résisté plus longtemps encore que les premiers. Tels sont les enseignements que nous donnent les chiffres de ma statistique avec l'aide de mes notes journalières et de la connaissance que j'avais des enfants et des nourrices.

Parmi les conclusions que l'on peut tirer de cette étude, voici celles qui, au point de vue pratique, me paraissent présenter le plus d'intérêt :

1° L'allaitement naturel, quoique reconnu le meilleur, est si peu pratiqué par les nourrices de nos campagnes, que l'on ne peut beaucoup compter sur ses résultats pour diminuer la mortalité des petits enfants, du moins dans l'état actuel des choses.

2° Au contraire, l'allaitement mixte, tel que je le vois pratiquer dans nos campagnes, peut donner de très beaux résultats, tout en se soumettant à nos mœurs actuelles, aux nécessités et même aux préjugés de notre société.

3° Quant au biberon, aimé des uns, haï des autres, il est dangereux par lui-même et ne peut être utile que s'il est sérieusement surveillé par des *personnes compétentes*.

4° De cette étude enfin ressort une dernière conclusion : Il est regrettable, dans l'intérêt de la cause qui nous occupe, que la loi n'ait pas *donné aux médecins qui acceptent l'inspection des nourrissons une autorité absolue dans toutes les questions qui concernent directement l'hygiène ou la médecine*, au lieu de ne leur donner qu'une *simple voix consultative* au sein de conseils où le plus souvent ils sont seuls compétents.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Sur la transfusion du sang humain.

La *Gazette hebdomadaire*, dans son numéro du 8 avril 1881, vient de publier l'observation que M. le docteur Gibert a présentée récemment à l'Académie de médecine sur la transfusion du sang. Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'indication de cette opération dans le cas particulier du docteur Gibert. Notre très honoré confrère a eu soin de rapporter les conditions dans lesquelles se trouvait son malade au moment où la transfusion a été pratiquée. Je crois que le docteur Gibert a agi utilement et qu'il a aidé son malade à revenir à la vie et, autant que personne, j'applaudis à son succès. Mais la lecture de l'observation de notre confrère prouve une fois de plus combien la transfusion du sang est une opération délicate, souvent difficile. En effet, dans les cas où la transfusion est indiquée, les veines du malade sont presque vides et leurs parois sont revenues sur elles-mêmes; il est donc difficile de pénétrer dans les veines avec un trocart-aiguille ou bien d'y introduire une canule. Une fois il m'a été impossible d'introduire la canule, une autre fois je n'y suis parvenu qu'après de trop longs tâtonnements. Quiconque aura tenté cette opération sur l'homme restera convaincu que ce temps de l'opération, quelque procédé que l'on mette en usage, est toujours une entreprise délicate, même pour les plus habiles. Que de fois le trocart a pénétré à côté de la veine et alors le sang a été injecté le long des parois veineuses dans le tissu cellulaire! Je crois donc que le mieux est de disséquer la veine dans une étendue de 3 à 4 centimètres, de la charger sur une sonde cannelée, de faire une incision partielle de la veine et de ne tenter l'injection du sang qu'au moment où l'on peut démontrer aux assistants que la canule est bien introduite dans la veine.

C'est alors seulement que l'on doit s'occuper du second temps de l'opération, second temps qui consiste : 1° à ouvrir la veine du donneur de sang; 2° à faire passer le sang dans la veine du malade.

Nous sommes loin de méconnaître les avantages de l'ingénieux appareil du docteur Roussel, parce qu'il permet de transfuser le sang de veine à veine sans exposer le liquide sanguin au contact de l'air. Toutefois cet appareil oblige à faire la saignée pour ainsi dire dans les ténèbres, et nous croyons qu'il y aurait avantage à pratiquer la saignée à ciel ouvert, puis à placer immédiatement sur la veine largement ouverte l'appareil aspirateur. Les 10 ou 15 premiers grammes de sang seraient alors rejetés au dehors, afin d'être certain de n'introduire dans la veine du malade que du sang parfaitement pur et qui serait absolument purgé d'air. La double canule de débit de l'appareil du docteur Roussel rendrait cette petite manœuvre très facile. Enfin pour éviter la coagulation du sang, je crois qu'il convient de diminuer autant que possible la longueur des tubes de caoutchouc et la capacité de la pompe aspirante et foulante, c'est-à-dire de la poire de caoutchouc située entre le tube aspirateur et le tube de débit. Il va sans dire que le tube aspirateur est maintenu sur l'ouverture de la veine saignée au moyen de la ventouse. De la sorte on aura résolu le problème de la transfusion immédiate de la veine du donneur de sang dans la veine du receveur.

L'appareil du docteur Roussel a le grand avantage sur tous les autres appareils de transfuser directement le sang avec tous ses éléments et de mesurer exactement la quantité de sang transfusé. Nous croyons, en effet, qu'il importe de transfuser du sang entier, du sang vivant, à une température déterminée, parce que l'on se rapproche ainsi le plus possible des conditions désirables, tandis que, dans tous les cas où le sang a subi le contact de l'air et lorsqu'il a été défibriné, on s'éloigne des conditions du sang normal.

Avec l'appareil du docteur Roussel, surtout avec cet appareil modifié, la question de la transfusion pourra désormais être étudiée avec plus de profit pour la science. Des expériences sur les animaux permettront d'abord de fixer la valeur de l'appareil et, c'est lorsque ce premier résultat aura été obtenu, qu'il conviendra d'établir les différents procédés opératoires les plus favorables à la transfusion sur l'homme.

Les faits jusqu'ici publiés, rapprochés de celui dont le docteur Gibert a entretenu l'Académie de médecine, prouvent que, dans des conditions très différentes où il existait une anémie menaçante, la transfusion du sang humain a été une opération utile et nous pensons qu'il y a lieu d'étudier de nouveau cette intéressante question de la transfusion du sang.

Dr Dumontpallier.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (session d'Alger, 1881).

SÉANCE DU 14 AVRIL 1881.

Virus et ferments.

La session a été ouverte au théâtre d'Alger par un remarquable discours de M. *Chauveau* sur *les virus et les ferments.* Malgré la nature assez spéciale de la question, étant donné que l'assistance était composée en grande partie de personnes étrangères à la science, son caractère d'actualité était, tel que l'intérêt qui s'y rapportait en a fait disparaître toute l'aridité.

M. Chauveau s'attache dans ce discours à tracer l'historique de la question, ce qu'il fait de parole de maître, à en exposer l'état actuel, à montrer les rapports qui existent entre les virus et la fermentation, et à donner les résultats pratiques qui découlent des notions nouvelles, bien élucidées surtout depuis les travaux de Pasteur.

Un des chapitres les plus intéressants de ce discours a trait à l'influence de l'hérédité dans la pathogénie des affections virulentes. M. Chauveau montre le rôle prépondérant de la mère dans la communication des affections et de l'immunité morbide, et dont l'exemple le plus frappant est celui qu'il a constaté en Algérie même, au sujet de l'immunité conférée au fœtus du mouton par l'inoculation charbonneuse de la mère. M. Chauveau pense qu'un jour viendra où la démonstration de ce mode d'inoculation préventive sera péremptoirement établi, pour les plus communes et pour les plus graves des maladies infectieuses, comme la scarlatine, la rougeole et les différents typhus.

Actuellement, sur le terrain de la thérapeutique, on peut dire que jusqu'à présent les tentatives d'applications de découvertes récentes ont été absolument stériles. Ces tentatives se bornent, du reste, à quelques essais de traitement du sang de rate par la pratique de l'échauffement. Mais l'avenir réserve sans doute d'heureuses surprises.

De biens meilleurs résultats ont été obtenus dans le domaine prophylactique. La chirurgie antiseptique en est la plus brillante preuve. Depuis est née la théorie de l'immunité conférée

par les inoculations préventives, point sur lequel insiste en terminant M. Chauveau.

Le principal, presque l'unique problème à résoudre, c'est de rendre ces inoculations préventives sûrement et constamment bénignes. Pour cela, cinq moyens sont à notre disposition.

1° Agir avec des virus, non pas de même espèce, mais de même famille et naturellement bénins (virus, vaccin et variole, choléra des poules et charbon).

2° Communiquer aux virus malins une atténuation spécifique et permanente, c'est-à-dire indéfiniment transmissible. Ou bien obtenir simplement l'affaiblissement individuel du virus.

3° Demander la diminution d'activité des virus au petit nombre des microbes infectieux mis en rapport avec l'organisme (préparation du sang de rate, Toussaint).

4° S'adresser, pour obtenir cette diminution d'activité, à un mode particulier d'introduction des agents infectieux (inoculation dans les veines au lieu de l'inoculation dans le tissu cellulaire).

5° Enfin, combiner plusieurs de ces procédés pour arriver plus sûrement au résultat.

En développant ces propositions, M. Chauveau signale chemin faisant, les désidérata laissés par les expérimentateurs; par exemple, la transformation des virus malins en virus bénins, pour laquelle on n'est pas encore sûr d'être à l'abri de tout retour offensif à la malignité atavique. Il faut, dit à ce sujet l'orateur, accumuler encore les faits, continuer à « étudier les virus; d'un côté dans leur milieu naturel, de l'autre par les cultures en vases clos; et bientôt, du rapprochement des résultats obtenus jaillira la lumière qui éclairera le couronnement de la théorie microbiotique de la virulence ».

Après ce discours, M. *Guillemin*, professeur de mathématiques au lycée, maire d'Alger, a pris la parole pour souhaiter la bienvenue « à l'armée scientifique qui, cinquante ans après la conquête par les armes, vient à son tour planter son drapeau sur le sol africain ».

M. *Gariel* lut ensuite le rapport financier préparé par M. Georges Masson, et qui montre la prospérité toujours croissante de l'œuvre.

M. *Albert Grévy*, gouverneur général de l'Algérie, exprime ensuite toute sa satisfaction de voir dans les murs de la ville tant de savants français, qui n'avaient pas craint d'affronter les ennuis d'une longue traversée pour tenir leurs assises annuelles à Alger. Puis les membres du Congrès se retirent dans leurs sections respectives, au lycée, pour y nommer leurs bureaux.

Section des sciences médicales.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1881.

Le paludisme en chirurgie.

Président (élu en 1880), M. Rochard; *vice-présidents* (élus en 1881), MM. *Herard* (de Paris) et *Gros* (d'Alger); *secrétaires*, MM. Caussidon (d'Alger), Chervin et L. H. Petit (de Paris).

— Avant d'aller plus loin, nous devons constater ici le grand et légitime succès obtenu par M. *Verneuil* dans sa conférence, en assemblée générale, sur *le paludisme étudié au point de vue chirurgical*, et dont voici le résumé :

Le paludisme mérite au plus haut degré l'attention des chirurgiens; les rapports qu'il présente avec les affections dites chirurgicales sont si fréquents et si nombreux qu'on s'étonne de l'oubli dans lequel ils sont si longtemps restés.

L'honneur de les avoir mis en lumière appartient aux chirurgiens de Montpellier ; quelques praticiens de province, quelques élèves de l'école de Paris ont continué l'œuvre; le soin de l'achever incombe surtout à nos confrères de l'armée et de la marine, qui, du reste, ont déjà apporté leur tribut. Les médecins de l'Algérie pourront puissamment y aider.

Il est aujourd'hui démontré : 1° que le paludisme engendre directement un certain nombre d'affections externes, spontanées en apparence, et en réalité symptomatiques de l'empoisonnement; 2° qu'il influence d'une manière généralement fâcheuse la marche et la terminaison des affections chirurgicales intercurrentes ou préexistantes; 3° qu'il agit fréquemment et fortement sur le travail réparateur des blessures accidentelles ou opératoires, travail qu'il entrave, arrête, empêche ou détruit; qu'il suscite au foyer même de la blessure diverses complications dont certaines sont fort graves et nécessitent un traitement prompt et énergique ; que, parvenu à un certain degré, le paludisme assombrit à ce point le pronostic des blessures, qu'il constitue une contre-indication presque absolue à toute tentative chirurgicale ; 4° que le traumatisme, à son tour, exerce très souvent son action sur le paludisme; qu'il aggrave, réveille, éveille ou révèle; il n'est pas rare de voir les deux états morbides s'influencer réciproquement, au grand dommage du blessé.

Si les propositions précédentes sont incontestables dans leur expression générale, il s'en faut de beaucoup qu'elles aient acquis tout le développement dont la science et la pratique auraient besoin. Des observations nombreuses, complètes et recueillies suivant un programme déterminé, sont donc tout à fait nécessaires.

Loin de perdre en intérêt et en actualité, cette étude d'ailleurs devient de plus en plus urgente à notre époque où la civilisation tend à pénétrer dans les régions les plus sauvages et les plus meurtrières. Qu'elle ait pour guides l'ingénieur ou l'officier, et pour agents la machine ou l'épée, cette civilisation ne peut avancer sans combats, et qui dit *combats* dit *blessures*. Donc, pour longtemps encore, le médecin attaché aux escouades d'ouvriers ou aux bataillons de soldats aura intérêt à connaître les notions que cette conférence a pour but d'établir et de vulgariser.

SÉANCE DU 15 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHARD.

Le goitre pyrénéen. — Vomissements incoercibles. — Dessèchement d'un lac. — Traitement des hémorrhoïdes. — Électrothérapie. — Eaux du Mont-Dore. — Opération de la fistule vésico-vaginale. — Abcès froids. — L'électrolyse dans le goitre. — Action des hellébores. — Accidents bulbaires de l'ataxie locomotrice. — Ambulances volantes.

M. *J. B. Gauché* (de Bayonne) présente trois notes :

1° *Sur un semestre chirurgical à l'Hôtel-Dieu.* C'est le compte rendu du mouvement d'un service dont l'auteur a été l'interne, comparé avec celui qui existait en 1863.

2° *Esquisse séméiologique et thérapeutique du goitre pyrénéen.* — L'auteur rapporte un fait qu'il a observé chez une femme de trente et un an, guérie par le traitement ioduré à l'intérieur et à l'extérieur (badigeonnages et injections interstitielles). Il rappelle d'autres cas de sa pratique et présente quelques considérations sur la pathogénie de ces cas de goitre. Il montre l'influence du sexe féminin (l'établissement et la cessation de la menstruation, la grossesse) sur l'apparition et le développement du goitre; l'influence non moins manifeste de la diminution de la quantité d'iode dans l'eau, celle de l'hérédité, et insiste sur le traitement à employer en pareil cas : pontion et injection iodée des kystes; injections interstitielles de teinture d'iode dans la partie parenchymateuse du goitre, badigeonnages de teinture d'iode et administration à l'intérieur du même médicament.

3° *Une observation de vomissements incoercibles chez une femme atteinte de nervosisme héréditaire.* — L'inefficacité de tous les narcotiques administrés en potion ou en injections hypodermiques fit recourir aux lavements d'une solution de chloral. Il y eut amélioration des vomissements, mais un jour survint une syncope mortelle. Pas d'autopsie.

— *Dessèchement du lac de Fetzara*, par M. *Milliot*. — Après avoir fait la description du lac de Fetzara (province de

Constantine), des qualités de ses eaux, de la structure géologique de son fond, des marécages produits par le dessèchement naturel de ses bords, M. Milliot expose les tentatives faites à partir de 1844 pour le dessèchement total du lac. Ce dessèchement, commencé définitivement en 1877 par la Compagnie des minerais de fer magnétique de Mekta-el-Hœdid, fut terminé en août 1880. On fit une saignée au lac au moyen d'un canal déversant les eaux du lac dans la Meboudja, le canal Bouchet et la Seybouse; le dessèchement complet suivit assez rapidement. La morbidité paludéenne, si considérable auparavant, diminua parallèlement dans les centres situés dans les bassins qui alimentent le lac, ainsi que le démontrent les statistiques et la consommation infiniment moindre de sulfate de quinine.

— *Traitement des hémorrhoïdes par l'eau chaude*, par M. *Paul Landowski*. — Chez un sujet atteint d'hémorrhagies incoercibles, par suite d'hémorrhoïdes internes et externes, M. Landowski employa le moyen suivant : le malade étant placé dans un bain de siége, à 35 degrés environ, le rectum fut maintenu béant au moyen d'un petit spéculum olivaire à claire-voie, analogue à celui de Raciborski; puis on échauffa peu à peu le bain de façon à élever la température jusqu'à 40 degrés. Au bout d'un quart d'heure l'écoulement sanguin avait complètement cessé et ne reparut pas. Il y eut un phénomène consécutif des plus intéressants, la disparition progressive de la tumeur hémorrhoïale, résultat durable depuis plusieurs mois.

M. Landowski ajoute que l'emploi hémostatique de l'eau chaude n'est pas nouveau, mais que ce mode d'application n'a pas encore été mis à exécution.

— *Influence de l'électrisation sur la température des organes*, par M. *Letourneau*. (Sera publié.)

— *Sur quelques effets du traitement Mont-Dorien*, par M. *Richelot père*. — Il s'agit dans cette communication de phénomènes qu'on pourrait appeler accessoires, qui se manifestent à côté, si l'on peut ainsi dire, ou à la suite de la cure. Ces phénomènes accessoires, qui toutefois ont une grande importance, font naître des indications particulières, qu'ils soient observés pendant la cure, ou qu'ils surgissent ultérieurement. Pendant le traitement, les indications sont surtout relatives à la prudence et à la surveillance dans l'emploi de l'eau minéro-thermale, en raison des effets très divers produits chez les différents sujets par le médicament mont-dorien, dont l'action sur l'organisme est parfois énergique. A la suite du traitement, les phénomènes ultérieurs constituant ce qu'on appelle la *crise des eaux*, M. Richelot combat les préjugés qui règnent à l'occasion de la crise des eaux et qui portent à lui appliquer des traitements plus ou moins énergiques. Une douce hygiène suffit toujours. Il conseille encore aux personnes qui ont fait une cure au Mont-Dore, à une altitude 1050 mètres, de ne pas se rendre sans transition dans un pays de plaine, et de passer quelque temps dans une localité qui tienne le milieu, pour l'altitude et la température, entre le Mont-Dore et le pays qu'ils doivent habiter.

— *Sur l'hémostase par la position verticale*.— M. *Houzé de l'Aulnoit* revendique contre Bruns l'idée d'arrêter les hémorrhagies des membres par l'élévation du membre et la pression du bandage. Il rappelle qu'à la séance de la Société de chirurgie du 13 décembre 1876 il a fait déjà une communication à ce sujet, et que son idée, laissée dans l'oubli en France, a été reprise en Allemagne sans même que son nom fut cité.

Les avantages de ce moyen sont d'éviter la présence de corps étrangers dans la plaie (éponges, pinces, etc.), de ne pas contondre les tissus et de permettre à toute personne de pouvoir l'employer en cas d'urgence.

M. *Rochard* dit que la ligature sera toujours le moyen d'hémostase par excellence, et que tous les chirurgiens préféreront longtemps encore la ligature des deux bouts d'une artère dans une plaie à l'hémostase par l'élévation après l'opération.

M. Houzé de l'Aulnoit dit qu'il lie toujours les artères visibles, mais que d'ailleurs il n'a jamais eu d'hémorrhagies consécutives dans 20 cas d'amputation dont il a les observations.

— *Sur deux points de l'opération de la fistule vésico-vaginale*, par M. *Trélat*. — Le premier point concerne le placement des fils. Dans un cas de fistule très large, après l'avivement ordinaire, la manœuvre du placement des fils étant très difficile, M. Trélat imagina l'expédient suivant : A l'aide de son aiguille à manoplastie, présentée à la Société de chirurgie, en 1877, M. Trélat perfora la lèvre gauche de la fistule de dehors en dedans, accrocha un fil terminé en boucle et l'attira de dedans en dehors; la même manœuvre fut répétée sur l'autre lèvre, avec l'autre extrémité du fil, qui fut ainsi placé très facilement, à tel point que douze sutures purent être placées en un quart d'heure.

Le second point a trait à l'ablation des fils. M. Trélat rappelle que la difficulté de cette ablation est la raison capitale du délai assez long que l'on met à la pratiquer; on peut enlever les fils au bout de cinq à six jours, mais comme on craint de tirailler une cicatrice encore peu solide, on remet cette opération à dix ou douze jours. M. Trélat conseille, pour éviter cet inconvénient, d'agir de la manière suivante : On tord les fils, qu'on laisse longs et qu'on réunit en un faisceau. Pour les enlever, il faut détordre chacun d'eux et lorsque les deux chefs sont écartés, on voit facilement le point où on peut couper pour les enlever. M. Trélat recommande encore, dans les sutures des fistules vésico-vaginales, de ne mettre que deux fils métalliques et de terminer la suture avec des fils de soie, dont l'ablation est beaucoup plus facile.

— *Sur les abcès froids*, par M. *Trélat*. — Les abcès qui méritent actuellement ce nom sont indépendants de ceux qu'on rencontre autour des corps étrangers, de l'ostéomyélite, dont la caractéristique est la chronicité. Ceux dont parle M. Trélat sont ceux que l'on appelait autrefois, à tort, ossifluents, dont on ne connaît guère la nature que depuis quelques années. Ils sont communs et nombreux.

Leur pronostic était très grave il y a encore un petit nombre d'années; ils produisaient des fistules multiples et interminables; l'altération des liquides de leur cavité engendrait la septicémie et la mort. La thérapeutique fut longtemps sinon impuissante du moins très hésitante, et les résultats fournis peu satisfaisants; la cautérisation, l'aspiration par divers moyens, étaient seules utilisées avec quelque succès.

Cependant la guérison pouvait survenir, et Bouvier, il y a quelque vingt ans, rappelait même qu'au siècle dernier David, de Rouen, avait dit que certains abcès froids pouvaient guérir spontanément.

Lister, il y a quelques années, fit faire un pas immense à cette thérapeutique en appliquant au traitement des abcès froids sa méthode de pansement, mais l'ouverture, la désinfection, le drainage des abcès ne suffisaient pas encore.

Depuis, le progrès accompli est immense et date d'un travail de Brissaud et Josias, publié il y a deux ans, sur les gommes tuberculeuses. Les recherches de Charcot sur l'évolution du tubercule, et de Grancher sur le tubercule naissant, puis de Lannelongue sur la pathogénie des abcès froids, montrèrent que ces abcès sont primitivement des gommes tuberculeuses, qui s'accroissent de proche en proche, envahissent tous les tissus, perforent les aponévroses et les os, etc.

Toutes les idées émises par Lannelongue ont été vérifiées par M. Trélat, qui les a toujours trouvées exactes sur les pièces pathologiques recueillies dans son service à l'hôpital Necker. De là sont nées une doctrine pathologique nouvelle et, par suite, une thérapeutique nouvelle. L'abcès froid étant une tumeur composée d'une paroi fibreuse et d'un contenu

variable, il fallait enlever cette tumeur, ou l'ouvrir et racler sa paroi, en faire une plaie simple et la traiter antiseptiquement. Dans la plupart des cas, la maladie se traite alors comme un simple lipome. Quand les os sont cariés, il faut aller jusqu'à l'altération osseuse et la traiter en conséquence; il ne faut pas oublier les diverticules, les fusées de l'abcès, qui sont des causes fréquentes de récidive; si celle-ci survenait, il faudrait la traiter comme on a traité la tumeur principale. M. Trélat cite plusieurs cas de sa pratique, traités et guéris rapidement par cette méthode. Il montre pourquoi le listérisme simple appliqué aux abcès froids était inefficace : c'est parce qu'on négligeait de curer la poche dont la paroi était infiltrée de tubercules.

M. *Houzé de l'Aulnoit* rappelle ses travaux antérieurs sur le traitement des abcès froids par les injections d'eau salée, topique qu'il préfère à l'eau phéniquée parce que la première dissout la fibrine et que la seconde la coagule. Le même traitement est appplicable aux épanchements sanguins. Enfin, un bon nombre d'abcès froids peuvent guérir par des applications externes.

M. *Trélat* n'a pas voulu défendre l'acide phénique contre tel autre topique; il n'ignore pas que la guérison des abcès froids, sans ouverture, est possible; il a voulu tout simplement exposer l'état de ses connaissances actuelles sur une question très importante qui constitue un des plus grands progrès de la chirurgie.

— *Traitement du goître vasculo-kystique par l'électrolyse capillaire*, par *Henri Henrot* (de Reims). — Dans les goîtres vasculo-kystiques, il y a deux indications à remplir : 1° vider la poche ; 2° oblitérer les gros vaisseaux qui vont alimenter la tumeur et contribuer ainsi à son développement continu. M. Henrot remplit ces deux indications à l'aide de ce qu'il appelle l'*électrolyse capillaire*, et qu'il applique de la manière suivante :

Deux trocarts capillaires, dont les canules sont mises en rapport avec les réophores d'une forte machine de Gaiffe, sont enfoncés dans les parties fluctuantes du goître; on retire alors le poinçon du trocart et on met la machine en mouvement. Ce moyen a les avantages suivants : 1° vider les kystes; 2° déterminer la coagulation du sang dans les parties vasculaires de la tumeur; 3° laisser un orifice de sortie aux gaz qui résultent de la décomposition chimique de l'eau des liquides organiques; 4° favoriser la formation de caillots fibrineux solides en les débarrassant de la mousse albumineuse produite par l'action chimique; 5° éviter, par la formation rapide d'un caillot, la formation d'embolies capillaires. M. Henrot cite, à ce propos, l'observation d'une jeune fille qui, atteinte d'un goître vasculo-kystique, avec phénomènes de dysphagie et de dyspnée, et accès de suffocation, a été complètement guérie par ce procédé, alors que les injections interstitielles d'iode et le traitement général avaient complètement échoué. La malade a pu ainsi éviter l'opération toujours redoutable de la thyroïdectomie.

— *Recherches expérimentales sur l'action physiologique des Hellébores*, par MM. *Pécholier* et *Redier*. — Les expériences des auteurs démontrent une opposition complète entre les effets du *veratrum album* et ceux de l'hellébore noir. Le premier est éméto-cathartique, contro-stimulant, sialagogue, diurétique, sédatif de la sensibilité; le second est un excitant, mais surtout un poison très dangereux qui, suivant l'expression de M. Pécholier, *mord sans aboyer*. L'avoir employé indistinctement avec le veratre blanc, comme l'ont fait autrefois les partisans de l'helléborisme, a été une source d'accidents terribles, et c'est ce qui explique la ruine de celui-ci.

Le veratre blanc peut, exceptionnellement, être employé en médecine, quoique la thérapeutique possède des agents armés des mêmes vertus et qui doivent lui être habituellement préférés. L'hellébore noir est, pour les auteurs, jusqu'ici, absolument dépourvu d'indications thérapeutiques. (Nous publierons un autre travail de l'auteur sur le même sujet.)

— *Sur les accidents bulbaires, à début rapide, de l'ataxie locomotrice progressive*, par M. *Joffroy*, en son nom et au nom de M. *Hanot*. Les accidents bulbaires, à marche lente, ont déjà été signalés par plusieurs auteurs, entre autres MM. Charcot et Pierret (thèse inaugurale). Mais les accidents bulbaires à début subit non pas été signalés encore. M. Joffroy cite deux cas à ce sujet.

Obs. I. (Joffroy). — M. X..., quarante ans, traité avec M. Charcot. A peine quelques symptômes pouvant être rapportés à l'ataxie; seulement quelques phénomènes douloureux spéciaux. Subitement, en août 1880, le malade est pris de nasonnement, les boissons reviennent par le nez, le bol alimentaire ne traverse le pharynx qu'après un effort répété pour chaque bol. En même temps, troubles de la sensibilité de la face : anesthésie incomplète et analgésie irrégulièrement distribuée; trouble du goût (ne distingue pas le vin, l'eau, le lait, les différentes viandes, la soupe grasse ou maigre, etc.).

En novembre 1880, paralysie faciale incomplète du côté droit. En janvier, absence complète du réflexe tendineux, parésie vésicale, perte absolue de la puissance génitale, grandes plaques anesthésiques sur le dos, le tronc, les fesses, la tête, etc. Mais pas d'incoordination motrice, l'occlusion des yeux ne trouble pas l'équilibre. — *Traitement* par l'hydrothérapie, le galvanisme, le seigle ergoté. Amélioration considérable en trois mois. Disparition presque complète des symptômes bulbaires.

Obs. II. (Hanot). — Homme de cinquante ans. Quelques symptômes peu marqués, existant depuis peu de temps, et imputables à l'ataxie locomotrice. Dans les premiers jours de mars, fatigue, surmenage. Le 5, faiblesse extrême avec incoordination motrice. En même temps, paralysie faciale double, inocclusion des yeux, paralysie des lèvres gênant énormément la mastication, la déglutition des liquides, la phonation. Les jours suivants, surviennent : l'incoordination motrice, la perte de la notion de position, la paralysie de la vessie et du rectum, les douleurs fulgurantes, etc. Dans les semaines suivantes, amélioration considérable.

En somme, voilà deux malades atteints d'ataxie locomotrice progressive, et qui sont pris tout à fait au début de leur maladie d'accidents bulbaires, survenant presque brusquement, et dont l'état s'améliore en peu de temps en dépit de la gravité des premiers accidents observés.

Au point de vue de la pathogénie, on peut supposer qu'il s'agit d'accidents hyperémiques, peut-être avec hémorrhagie capillaire, et alors on pourrait prévoir la possibilité (le trouble circulatoire étant poussé plus loin) d'une hémorrhagie bulbaire et d'accidents rapidement mortels.

M. *Bouchard* rapporte, à ce sujet, un fait qui lui paraît être relatif à une lésion d'une autre partie du bulbe, mais assez analogue à ceux de M. Joffroy. Il s'agit de troubles respiratoires survenant chez un ataxique qui avait eu déjà depuis longtemps de crises gastriques et consistant dans l'arrêt inconscient de la respiration. Le malade oubliait en quelque sorte de respirer; il était obligé de régler volontairement tous les actes mécaniques de la respiration. Ces troubles ne furent que passagers et transitoires.

— M. *Collardot* présente un projet d'ambulance volante, d'une construction facile et rapide et dont les murailles seraient en planches. M. Rochard pense que l'idée est bonne, mais elle n'est pas nouvelle, et l'expression a été employée dans un autre sens par Larrey. Il faudrait mieux appeler ces ambulances des hôpitaux, puisqu'elles sont fixes.

L.-H. P.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1881.— PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Aucune communication relative à la médecine, sauf une note de M. Zamconi sur *un remède contre le choléra.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret approuvant l'élection de M. Besnier, comme membre titulaire; celui-ci est invité à prendre place parmi ses collègues.

L'Académie reçoit : 1° de M. Hoffmann, un mémoire manuscrit sur l'emploi de l'huile de lin et du liniment oléo-calcaire à l'huile de lin contre les brûlures (*Commission :* MM. Chatin et Regnauld); 2° de M. Galtier (de Lyon) pour le prix Barbier deux mémoires manuscrits intitulés : *Études sur la rage* et *Études sur la morve*; 3° de M. le docteur Hubert Boëns (de Charleroi), une partie des travaux, manuscrits et documents recueillis par la Ligue internationale des anti-vaccinateurs. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur Haeser (de Breslau), deux ouvrages : *Scriptores de sudore anglico superstites*, par Gruner, et *Buch der Bundt-Ertznei*, par Heinrich von Pfolfpeundt ; 2° deux brochures contre la vaccination, par le docteur Spinzig, de Saint-Louis (Amérique).

M. *Bourgoin* présente, de la part de M. Yvon, un mémoire manuscrit *Sur la composition des hypobromites alcalins employés pour le dosage de l'urée.* (*Commission :* MM. Planchon et Bourgoin.)

M. *Vulpian* offre, au nom de M. le docteur Mariez (de Montpellier), sa thèse d'agrégation sur *La chlorose*, ainsi que la traduction faite en italien par M. le docteur Antonio Larghi.

M. *Larrey* présente : 1° de la part de M. le docteur Armieux, des *Études médicales sur Barèges*; 2° au nom de M. le docteur Widal, un recueil de *Conférences sur l'hygiène militaire*; 3° de la part de M. le docteur Ferran, une brochure sur l'*Hygiène des adolescents pour la phthisie.*

M. *Marey* transmet, au nom de M. le docteur Carlet (de Grenoble), un *Précis de zoologie médicale.*

M. *Bouley* présente, de la part de M. Edmond Perrier, un ouvrage intitulé : *Les colonies animales et la formation des organismes.*

M. *Jules Guérin* dépose : 1° au nom de M. le docteur Rahlfs, une brochure portant le titre de : *Die Berechtigung der Agitation gegen das deutsche Impfgesetz*; 2° de la part de M. Germond de Lavigne, une étude sur la *Législation des eaux minérales*; 3° un *Rapport officiel* de la Chambre du commerce du Havre *sur les salaisons d'Amérique.*

M. *Chéreau* fait hommage à l'Académie de son étude sur *Le médecin de Molière.*

Application de l'électricité aux accouchements. — M. le docteur *Apostoli* (de Paris) applique, immédiatement après la délivrance, un courant faradique à l'utérus; il renouvelle cette application 8 à 10 fois pendant six jours en moyenne après un accouchement à terme et normal, 15 à 20 fois pendant dix à quinze jours à la suite d'une fausse couche ou d'un accouchement laborieux, afin, dit-il, d'aider, hâter et compléter l'involution utérine, d'abréger la convalescence et de prévenir toutes les complications qui résultent de son arrêt ou de sa lenteur. Il fournit un certain nombre d'exemples qui lui paraissent confirmer cette pratique.— Son mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Guéniot et Tarnier.

Vaccination et revaccination obligatoires.— M. *Hardy* est, lui aussi, un partisan déclaré des bienfaits de la vaccine; mais il tient à être un adversaire résolu de son obligation. On a, dit-il, laissé jusqu'ici chacun se traiter à sa guise; on avait autrefois une religion d'état; il serait révoltant d'avoir une thérapeutique officielle, une médecine d'État. On prétend agir au nom de l'intérêt général; mais on n'en abuse que trop pour chercher à excuser une foule d'entraves à la liberté individuelle. Où s'arrêtera-t-on? Faudra-t-il imposer également de par la loi des mesures préventives contre toutes les autres maladies contagieuses? Les mesures de police n'ont pas fait cesser la syphilis; on vient cependant de demander un hôpital-prison pour ceux qui en sont atteints, on en arrivera à décréter « la continence obligatoire pour les célibataires et la fidélité conjugale obligatoire pour les deux sexes » Ayons donc plus de confiance dans la sagesse et l'initiative de chacun. La vaccination obligatoire, a-t-on dit, existe indirectement pour l'entrée dans les écoles; cependant on ne vaccine pas de force les enfants dont les parents s'y refusent; à l'armée, il est vrai, on force les soldats à se faire vacciner et revacciner, mais ceux-ci sont des mineurs, qui doivent obéir passivement, et l'on ne saurait les comparer avec les civils, qui doivent rester libres et indépendants. M. Hardy ajoute que, parmi les personnes non vaccinées, il y aura d'une part les réfractaires systématiques, qu'on n'atteindra jamais, et les négligents, les indifférents, que l'organisation du service de la vaccine, tel que tout le monde le souhaite, fera sortir de leur torpeur, ou corrigera de leur négligence. Il faudrait d'ailleurs rendre aussi la revaccination obligatoire; mais la commission elle-même de l'Académie n'en veut pas, tant elle est impossible à réaliser. On a objecté, en outre, que l'adoption de cette loi serait le seul moyen d'obtenir du gouvernement l'argent nécessaire pour la réorganisation du service de la vaccine; M. Hardy déclare qu'il a meilleure opinion de nos gouvernants, et il pense que si l'Académie déclare qu'avec un peu d'argent et de bonne volonté on obtiendra ce résultat, ils n'hésiteront pas à ne pas faire peser sur les populations une nouvelle obligation; en tout cas, il ne faut pas faire du médecin une sorte d'exécuteur public, et décréter le « despotisme de la lancette ».

M. *Hervieux* a voté les conclusions de la commission, et il les votera encore, afin de s'associer à tous les efforts ayant pour but la généralisation des bienfaits de la vaccine, parce que la proposition de M. Liouville est une tentative généreuse à laquelle il lui paraît que tous les médecins doivent apporter leur concours et parce qu'il n'existe pas de meilleur moyen pour obtenir une amélioration du service général des vaccinations que l'adoption du projet de loi. M. Hervieux reprend les diverses raisons qu'on peut alléguer à l'appui de ces assertions, tout en passant en revue les opinions émises par les précédents orateurs; puis il fait la critique des dispositions secondaires de la proposition de loi, telle que la commission de la Chambre des députés l'a transformée, et il propose en conséquence d'en supprimer purement et simplement les articles 2, 3, 4 et 5 (revaccination obligatoire, sanctions) qu'il pense devoir devenir une source d'embarras pour les autorités administratives et judiciaires, et d'édicter, par un nouvel article, que les conseils d'hygiène seront armés des pouvoirs nécessaires pour réorganiser le service des vaccinations, choisis parmi les médecins, officiers de santé et sages-femmes, les vaccinateurs officiels, créer des instituts vaccinaux, parcs vaccinogènes, étables, nommer des inspecteurs, fixer les allocations. Un crédit spécial serait ouvert à ces conseils dont les décisions seraient soumises à l'approbation d'un comité central supérieur.

La discussion sera continuée et très probablement achevée dans la prochaine séance; MM. *Blot* et *Larrey* sont inscrits pour prendre la parole.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Considérations sur l'articulation tarso-métatarsienne et l'amputation de Lisfranc. — Kyste hématique du corps thyroïde traité par l'électrolyse. — Corps étranger du fond de l'œil; extraction avec le stylet aimanté.

M. *Tillaux* présente quelques considérations sur l'articulation tarso-métatarsienne et l'amputation de Lisfranc. Les ligaments dorsaux et plantaires intéressent peu le chirurgien; mais les ligaments interosseux sont très importants. Le ligament interne, désigné par Lisfranc sous le nom de *clef de l'article*, s'attache dans le premier espace; il va de la face

externe du premier cunéiforme à la partie supérieure du deuxième métatarsien; un second faisceau se dirige vers la partie profonde et externe du premier métatarsien. Il y a un ligament externe partant de la face externe du troisième cunéiforme pour se bifurquer et se fixer aux troisième et quatrième métatarsiens. Ces deux ligaments permettent de comprendre que l'articulation de Lisfranc est divisée en trois parties; il existe une synoviale spéciale pour chacune de ces parties.

Il résulte de là que les amputations partielles du pied sont acceptables; on peut enlever le premier métatarsien seul, ou bien le quatrième et le cinquième métatarsiens. La synoviale scaphoïdo-cunaire communique constamment avec l'articulation des deuxième et troisième métatarsiens, et l'ablation des deuxième et troisième métatarsiens serait une mauvaise opération.

N'y aurait-il pas lieu de faire une distinction capitale selon qu'on applique l'amputation de Lisfranc aux lésions spontanées du pied ou aux lésions traumatiques. M. Tillaux ne comprend pas qu'une carie osseuse nécessitant l'opération de Lisfranc n'atteigne point l'articulation du scaphoïde avec les cunéiformes; et les chirurgiens qui ont opéré dans ces conditions n'ont-ils pas eu une récidive plus haut? C'est un point à éclaircir. Selon M. Tillaux, on devrait réserver l'amputation de Lisfranc pour les lésions traumatiques.

M. *Desprès* apporte une preuve clinique à l'appui de la description anatomique de M. Tillaux. Un homme diabétique avait une carie des premier et cinquième métatarsiens; il se forma des abcès. D'un côté, une portion du premier cunéiforme et du premier métatarsien fut éliminée; de l'autre côté, une portion du cuboïde et du cinquième métatarsien. Si les synoviales avaient communiqué entre elles, la lésion ne serait point restée ainsi limitée chez un sujet diabétique.

L'expérience démontre que les malades auxquels on a fait une amputation partielle latérale du pied marchent très mal. Il n'y a que deux bonnes amputations pour le pied, la sous-astragalienne et la tibio-tarsienne; car il est important de faire entrer en ligne de compte la manière dont pourront marcher les opérés.

M. *Désormeaux* a obtenu d'excellents résultats avec les amputations partielles du pied dans les cas de traumatisme. Il a renoncé à l'amputation de Lisfranc pour la carie des os, parce que le mal récidivait au-dessus, et parfois on est obligé d'amputer la jambe à des individus qui ont subi auparavant la désarticulation de Lisfranc.

M. *Farabeuf* repousse également l'amputation de Lisfranc pour les cas pathologiques; les résultats sont bons pour les cas traumatiques. Les ligaments interosseux ne cloisonnent pas complètement les articulations, et dès lors les synoviales ne sont pas toujours aussi isolées que le dit M. Tillaux.

M. *Perrin* n'accepte pas non plus les amputations pathologiques de l'avant-pied, à cause des récidives fréquentes, d'autant plus qu'avec l'évidement ou les pointes de feu on arrête parfois le mal. L'amputation du premier métatarsien ne donne pas de bons résultats au point de vue de la marche. L'amputation des quatrième et cinquième métatarsiens vaut mieux; mais, quand cela est possible, il est préférable d'amputer dans la continuité des os.

M. *Lucas-Championnière*. On s'occupe moins des synoviales, maintenant qu'on fait des amputations qui ne suppurent pas; c'est donc une curiosité anatomique. Les synoviales ne sont pas pour beaucoup dans l'extension des lésions osseuses; les os voisins de la carie ou de la tumeur blanche ne sont pas malades du fait de la synoviale.

M. *Farabeuf*. La méthode de Lister trahit parfois le chirurgien; il n'y a donc pas lieu de négliger les notions anatomiques.

M. *Tillaux* voulait demander s'il n'y avait pas lieu de formuler la règle suivante : L'amputation proposée par Lisfranc pour toutes les lésions du pied doit être dorénavant réservée aux lésions d'origine traumatique. C'était le but de sa communication.

— M. *Berger* communique en son nom et au nom de M. Onimus une observation de kyste hématique du corps thyroïde traité par l'électrolyse.

Une femme s'aperçut, il y a dix-huit mois, d'une petite tumeur siégeant dans la région droite du cou; un chirurgien de Strasbourg la ponctionna, mais le kyste se remplit bientôt. Quand M. Berger vit la malade, la tumeur avait le volume d'une pomme; elle était mobile, fluctuante, suivant les mouvements du larynx. On diagnostiqua un kyste sanguin du corps thyroïde.

Il fallait intervenir pour parer aux troubles respiratoires. Une ponction donna issue à un liquide couleur chocolat; lavage de la poche avec une solution phéniquée et injection d'une solution d'iodure de potassium au dixième; par la canule laissée en place, on introduit le pôle positif d'une pile, le pôle négatif étant appliqué sur la peau; on intervertit plusieurs fois le courant. On retira le liquide de la poche. La tumeur se reforma bientôt, mais plus dure. Trois mois après l'opération, la tumeur n'avait plus que le volume d'une noix et restait dure.

M. *Boinet* a opéré plusieurs malades atteints de kystes du corps thyroïde, à contenu noirâtre et granuleux; il lave la poche et injecte de la teinture d'iode. On obtient facilement la guérison.

M. *Desprès*. Les kystes guéris par M. Boinet sont des kystes séreux qui guérissent très bien par les injections iodées.

M. *Le Dentu*. Dans les kystes séreux, les injections iodées suffisent; mais la cure des kystes sanguins est moins facile; à la suite d'une injection iodée dans un kyste sanguin, M. Le Dentu a vu survenir une inflammation gangréneuse grave.

M. *Berger* dit que sa malade avait un kyste sanguin, et que l'électrolyse a coagulé le sang autour du pôle positif. La solution d'iodure de potassium devait être l'intermédiaire entre le pôle et les parois, et devait mettre un peu d'iode en liberté.

— M. *Galezowski* lit une note sur un corps étranger du globe oculaire. En 1876, Backwell a proposé d'extraire les corps étrangers métalliques fixés dans l'humeur vitrée au moyen d'un aimant; il a sauvé un œil sur quatre.

En mars dernier, on amène à M. Galezowski un malade qui avait reçu dans l'œil un morceau d'acier qui avait traversé la cornée, le cristallin et le corps vitré. Le cristallin n'étant pas tout à fait opaque, on put voir le corps étranger fixé sur la rétine. Le chirurgien fit à deux centimètres du bord de la cornée, en dehors, une incision de 5 à 6 millimètres sur la sclérotique, et avec une sonde aimantée construite par M. Collin il put retirer le corps étranger. C'est un morceau d'acier de 1 millimètre de largeur et 2 millimètres de longueur. Suture de la sclérotique; guérison.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

La transfusion du sang (discussion). — Le traitement de la rage: M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Constantin Paul* donne lecture de son rapport sur l'appareil à transfusion du sang présenté à la Société dans la dernière séance par le docteur Roussel (de Genève), et conclut à l'insertion du mémoire. Ces conclusions sont adoptées.

M. *Moutard-Martin* ne connaît pas l'appareil de M. Roussel,

et par suite ne peut en faire l'éloge ni le critiquer, mais il est d'avis que le succès de la transfusion du sang ne dépend pas d'une question d'appareil plus ou moins perfectionné, mais bien de l'état du malade auquel on pratique cette opération. Sans vouloir parler des cas où existent des lésions organiques incurables, contre lesquelles la transfusion est aussi impuissante que les autres moyens de traitement, il croit que lorsqu'il s'agit d'anémies lentement développées, s'accompagnant de phénomènes généraux graves, en un mot d'anémies pernicieuses, l'insuccès sera presque constant : la tranfusion, quel que soit l'appareil employé, réussira généralement à la suite des hémorrhagies intenses consécutives à des traumatismes, à l'accouchement ou à des lésions ne compromettant pas la vie par elles-mêmes. Dans le cas d'anémie pernicieuse, on peut dire que les malades manquent de sang parce qu'ils le *détruisent;* leur organisme se comportera de même à l'égard du sang qu'on leur aura injecté. On voit, en effet, chez de tels malades, à la suite de l'opération, l'urine renfermer de l'albumine et différents principes des globules détruits.

M. *C. Paul* fait observer que M. Roussel ne prétend nullement que la tranfusion pratiquée avec son apppreil sauvera les malades dans tous les cas, mais qu'il a voulu seulement proposer un instrument qui rend l'opération plus facile et plus sûre. Il a d'ailleurs dans son mémoire tenu compte des faits d'albuminurie et d'hémoglobinurie qui peuvent se produire.

M. *Moutard-Martin* a employé trois fois l'appareil de Mathieu : la première fois, chez une femme épuisée par d'abondantes métrorrhagies et à laquelle il a pratiqué la transfusion à quatre reprises différentes ; la seconde, à la suite d'épistaxis et la troisième chez une accouchée débilitée outre mesure par une diarrhée incoercible. Dans les deux premiers cas il a obtenu un succès complet, mais dans le dernier la malade a succombé.

M. *Blondeau* demande quelle a été la quantité de sang injecté.

M. *Moutard-Martin* avait, chez la première malade, injecté tout d'abord 80 grammes de sang mais des phénomènes congestifs graves et un mouvement fébrible intense s'étaient produits après l'opération ; aussi s'est-il borné dans la suite à transfuser seulement 50 grammes de sang.

M. *Blondeau* a pratiqué, avec le concours de M. Théophile Anger, la transfusion chez une femme atteinte d'hémorrhagie consécutive à l'accouchement ; 60 grammes de sang environ furent injectés mais la malade succomba peu de jours après à la fièvre puerpérale.

M. *Dumontpallier* fait observer que les phénomènes d'élimination du sang injecté, dont a parlé M. Moutard-Martin, ne se produiraient pas, d'après M. Roussel, lorsqu'on emploie son appareil, tandis qu'ils apparaissent presque constamment lorsqu'on s'est servi des instruments de Mathieu ou de Collin, par suite des altérations que subit le sang au contact de l'air et des parois métalliques ; M. Roussel a pu injecter plusieurs fois 250 à 300 grammes de sang sans aucun accident consécutif. L'appareil qu'il a construit paraît réaliser un grand progrès, on peut néanmoins lui adresser deux reproches : 1° la saignée se fait pour ainsi dire *sous cloche*, dans l'ombre, sans contrôle suffisant, et exige une saillie notable de la veine et une grande habitude dans le réglage de la lancette ; 2° la difficulté, toujours très grande, de l'introduction de la canule terminale dans la veine du malade mise à nu, n'est en rien simplifiée. La question de la transfusion du sang a besoin d'être reprise et de s'appuyer sur des expériences faites sur les animaux : n'a-t-on pas vu de véritables *résurrections* à la suite d'injections intra-veineuses de liquides autres que le sang : de l'eau ou du lait par exemple ?

M. *Féréol* a vu fonctionner à blanc l'appareil de M. Roussel, et a constaté également que le maniement de la lancette offre certaines difficultés. Il ne pense pas qu'il soit nécessaire d'injecter 250 grammes de sang ; il a pratiqué une fois une transfusion de 80 grammes et a obtenu un succès rapide et complet.

M. *C. Paul*, lorsqu'il était, en 1873, à la Pitié, avait songé à pratiquer aux cholériques des injections intra-veineuses de sérosité ascitique, et, connaissant l'état de rétraction des veines de semblables malades, il avait construit un appareil ayant quelque analogie avec celui de M. Roussel : il se composait d'un tube de caoutchouc, s'adaptant par une extrémité sur le trocart servant à ponctionner l'ascite, et par l'autre sur une sorte de seringue de Pravaz, dont l'aiguille pouvait facilement être introduite dans la veine du malade ; une ampoule intermédiaire, à double soupape, faisait office de pompe aspirante et foulante. Cet appareil essayé à blanc fonctionnait très régulièrement, mais l'épidémie de choléra ayant cessé, il ne put être employé d'une façon effective.

M. *Dumontpallier* fait remarquer que ce qui constitue l'originalité de l'appareil de M. Roussel, c'est la ventouse annulaire fixant la lancette et le récipient au-dessus de la veine qui fournira le sang.

M. *Dujardin-Beaumetz* a pratiqué vingt injections intra-veineuses chez des cholériques ; cette opération est dans ce cas très facile, vu l'insensibilité des malades atteints de choléra et l'absence d'écoulement sanguin lorsqu'on dénude une veine pour y introduire un petit trocart. Il a injecté chaque fois de 300 à 500 grammes d'eau, n'osant imiter les médecins anglais qui dans des cas analogues ont injecté jusqu'à plusieurs litres. D'ailleurs tous les malades, rappelés un moment à la vie et recouvrant pour quelques heures la voix et l'intelligence, n'ont pas tardé à succomber. Craignant l'action destructive de l'eau sur les hématies, M. Dujardin-Beaumetz a également injecté du sérum artificiel, mais sans plus de succès. Chez un malade atteint d'anémie grave progressive, il a pratiqué avec Mathieu la transfusion du sang à plusieurs reprises : on injecta tout d'abord 50 grammes de sang, puis une quantité plus considérable, mais le malade succomba au bout de peu de temps. Parfois le sang transfusé parait servir d'aliment au malade, c'est ainsi qu'on cite des résultats avantageux obtenus par ce procédé dans le cas de rétrécissement infranchissable de l'œsophage. Avec quelque appareil que l'on pratique la transfusion, il faut mettre à découvert la veine du malade, sans quoi on aurait à redouter de très grandes difficultés pour y introduire la canule qui pourrait même se loger parfois dans le tissu cellulaire péri-vasculaire.

M. *C. Paul* pense que le sang de bœuf desséché dans le vide à basse température, qu'il avait présenté antérieurement à la Société, pourrait peut être servir à la transfusion ; ce sang se redissout en effet très facilement dans l'eau tiède et donne une liqueur fortement chargée d'hémoglobine.

M. *Féréol* fait observer que ce sang a été préalablement défibriné, et par suite il ne le croit pas dans de bonnes conditions pour être transfusé à des anémiques.

— M. *Dujardin-Beaumetz* donne lecture des conclusions du rapport de la commission chargée par le Conseil d'hygiène et de salubrité d'étudier le traitement à opposer à la rage. Lorsqu'une personne est mordue par un chien enragé ou soupçonné tel : 1° on doit faire abondamment saigner la plaie par des pressions méthodiques, et la laver à grande eau ou, si l'on ne peut faire autrement, avec tout autre liquide ; 2° la cautériser ensuite avec la pâte de Vienne, le beurre d'antimoine ou le chlorure de zinc, mais surtout avec le fer rouge (toute tige métallique rougie au feu est bonne pour cet usage) ; 3° le succès dépendant de la promptitude de l'intervention, toute personne présente au moment de l'accident a le droit de pratiquer la cautérisation ; 4° l'ammoniaque, l'alcool camphré sont des caustiques absolument inefficaces,

BIBLIOGRAPHIE

Précis de zoologie médicale, par M. G. Carlet, professeur à la Faculté des sciences et à l'Ecole de médecine de Grenoble, in-18 de 556 pages, avec 207 figures dans le texte. — Paris, 1881. G. Masson. Prix : 7 francs.

Les travaux importants que M. le docteur Carlet a déjà publiés en différentes parties des sciences naturelles et médicales sont un sûr garant de la valeur scientifique de ce petit livre. Ainsi que l'auteur l'indique lui-même dans la préface, c'est le résumé du cours qu'il professe à l'Ecole de médecine de Grenoble; mais, sous un format des plus modestes, ce résumé constitue un tableau très complet, bien que très concis, de l'état actuel de la science zoologique.

L'ouvrage se décompose en quarante-sept leçons, correspondant à un nombre égal de chapitres. Les six premières comprennent les principes généraux de la zoologie, un tableau du règne animal divisé en classes et en ordres, puis les notions relatives à l'histologie et à l'organisation des animaux en général. Toute cette partie de l'ouvrage est traitée très brièvement, un peu trop peut-être, eu égard au puissant intérêt que présentent certaines des grandes questions dont les sciences naturelles et la philosophie cherchent la solution (transformisme, descendance, sélection, etc.). L'auteur n'entre d'ailleurs dans aucune discussion; il se borne à exposer aussi clairement que possible les résultats nouvellement acquis à la science dans ces dernières années, et, à ce point de vue, son livre pourra être consulté avec fruit.

Pour la première fois dans un ouvrage de ce genre, les *protozoaires* du règne animal sont réunis aux *protophytes* du règne végétal pour former un *règne intermédiaire*, celui des *protistes*, établi par le savant Hæckel, mais dont bien avant lui l'illustre Bory Saint-Vincent avait fait son *règne des psychodiaires*. Par suite, le règne animal ne comprend plus que sept types ou embranchements : les vertébrés, les tuniciers, les mollusques, les arthropodes, les vers, les échinodermes et les cœlentérés. Pour la classification de ces divers types, l'auteur a adopté les idées nouvelles; toutefois, on s'explique difficilement qu'il conserve encore comme ordres distincts, dans la classe des insectes, les *aphaniptères*, les *anoploures* et les *thysanoures*, et qu'il revienne, pour la classification de l'ordre des coléoptères, au système tarsal, séduisant, il est vrai, par sa simplicité apparente et sa facilité d'application, mais qui est condamné depuis longtemps. De plus, n'a-t-il pas été un peu loin en faisant de l'*amphioxus* une classe distincte des vertébrés, quand presque tous les zoologistes modernes le rangent parmi les poissons?

A partir de la onzième leçon, le reste de l'ouvrage est consacré à l'étude de chacun des sept embranchements que nous avons énumérés plus haut, des *dicyémides*, ces singuliers parasites que Van Beneden a proposé d'appeler mésozoaires, et du règne des protistes. Cette partie est certainement la plus importante. Tout ce qui a rapport à la physiologie et à la biologie des différents types d'animaux y est traité avec un certain développement, et l'auteur donne, en outre, pour chaque embranchement l'énumération et la caractéristique, avec tableaux synoptiques, non seulement des classes et des ordres, mais encore des familles, en citant, pour ces dernières, les genres principaux qu'elles renferment et un assez grand nombre d'espèces, principalement celles qui intéressent la médecine, soit par elles-mêmes, soit par leurs produits.

En résumé, le nouveau livre de M. le docteur Carlet est bien fait, très clairement rédigé et surtout très pratique, en raison des nombreuses figures, pour la plupart schématiques, qui accompagnent le texte. C'est, en un mot, un *manuel* qui porte au plus haut degré la marque de l'époque, et en tête duquel on pourrait inscrire l'épigraphe : *Non multa, sed multum*.

L.

VARIÉTÉS

Enseignement médical libre. — Par arrêté ministériel, les cours libres suivants ont été autorisés à l'Ecole pratique pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1880-81. L'ouverture de ces cours sera annoncée par des affiches manuscrites qui seront placées à l'Ecole pratique.

Applications médicales, chirurgicales et obstétricales de l'électricité. — M. le docteur Apostoli, le mercredi, à deux heures, amphithéâtre n° 3.

Accouchements, opérations obstétricales. — M. le docteur Champetier de Ribes, mardi, jeudi, samedi, à trois heures, amphithéâtre n° 3.

Conférences d'embryologie. — M. le docteur Dareste, mardi et jeudi, à quatre heures, amphithéâtre n° 3.

Pathologie générale et séméiologie. — M. le docteur Labadie-Lagrave, lundi et vendredi, à quatre heures, amphithéâtre n° 1.

Opérations des voies urinaires. — M. le docteur Reliquet, lundi et vendredi, à cinq heures, amphithéâtre n° 1.

Traitement des déviations de la taille. — M. le docteur Reynier, jeudi, à cinq heures.

Hôpital Rothschild. — M. le docteur Leven commencera ses conférences cliniques sur les maladies de l'estomac, à l'hôpital Rothschild, le samedi 7 mai, à dix heures, et les continuera le samedi, à la même heure.

Cours de thérapeutique. — Le docteur Martin-Damourette a recommencé son cours de thérapeutique pour la préparation au quatrième examen du doctorat, et son cours de chimie pour la préparation au premier de doctorat (nouveau régime), et au troisième (ancien régime), le mercredi 20 avril, à une heure, 63, boulevard Saint-Germain.

AVIS. — Nous prions l'auteur d'un travail non signé et intitulé : « Contribution à l'étude de l'extraction des corps étrangers mobiles intra articulaires » de bien vouloir nous faire connaître son nom et son adresse.

Mortalité a Paris (15e semaine, du vendredi 8 au jeudi 14 avril 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1246, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 31. — Rougeole, 22 — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 52. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 62. — Phthisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 76. — Bronchite aiguë, 48. — Pneumonie, 105. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 24; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 131; de l'appareil circulatoire, 55; de l'appareil respiratoire, 89; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 32; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 3. — Morts violentes, 58. — Causes non classées, 13.

Bilan de la 15e semaine. — Nous avons à constater cette semaine une augmentation de 50 décès. Cependant le chiffre des décès causés par les principales maladies épidémiques a plutôt diminué. Si, en effet, la rougeole y figure pour 22 décès, au lieu de 18, la fièvre typhoïde n'en a causé que 30 au lieu de 34, et la variole 31 au lieu de 37. Nous devons signaler dans ce chiffre encore trop élevé de 31 décès varioliques, 4 décès pour le quartier des Quinze-Vingts et 3 pour le quartier de l'Hôpital-Saint-Louis. Les quartiers les plus éprouvés cette semaine par la diphthérie, sont ceux de la Roquette (trop souvent signalé) et de Charonne, qui ont chacun 4 décès.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

ERRATUM. — Dans le précédent numéro, à l'article : *De l'hémoglobinurie paroxystique*, p. 249, deuxième colonne : au lieu de *pleurésies*, lisez *pyrexies ;* au lieu de *emprisonnements*, lisez *empoisonnements.*

Académie de médecine : La vaccination obligatoire.

La discussion de la vaccination obligatoire ne s'est pas terminée mardi, comme on s'y attendait. La Chambre n'étant plus pressée, puisqu'elle est en vacances, l'Académie peut discuter à l'aise. Cependant on a clos la discussion générale. C'est quelque chose. Reste à savoir si l'on n'y rentrera pas par la porte des conclusions qui restent à débattre ou des amendements qui pourront être présentés.

Deux membres ont pris la parole dans la dernière séance ; ils ont été tout deux écoutés avec une attention particulière. L'opinion de M. Larrey, qu'il reproduira à la Chambre des députés, et qui est contraire à l'obligation, a une importance particulière ; il a fait, pour la soutenir, tout ce qui était possible à la fin d'un débat aussi épuisé. Quant à M. Blot, qui a très bien défendu son rapport, on lui reprochera peut-être de n'être pas entré plus avant dans la question scientifique, et, qu'au lieu de déclarer dénués de toute autorité et de toute valeur certains documents produits à la tribune par M. J. Guérin, de ne s'être pas plus appliqué à en donner la démonstration. Il ne faudrait pas oublier que l'Académie se trouve en cette circonstance dans une situation spéciale ; qu'elle est en présence d'un corps politique aussi incompétent sur les résultats de la statistique médicale qu'elle peut l'être elle-même sur le principe de l'obligation.

Quant à nous, ne voyant poindre nulle part ni un argument favorable à notre thèse, ni un argument défavorable, que nous n'ayons présentés ou réfutés, nous ne croyons pas devoir nous mêler davantage à cette discussion.

— L'Académie a entendu dans cette séance deux intéressantes communications de MM. Cazin (de Boulogne) et Bardel (de Vierzon).

Du service sanitaire en Orient. — La peste en Turquie : sa prophylaxie défectueuse ; sa limitation spontanée (1).

Nous recevons de Sulina (Bouches du Danube) la lettre suivante :

Sulina, 12 avril 1881.

M. le docteur Tholozan a publié, sur la peste en Turquie dans les temps modernes et sur sa prophylaxie, un livre qui

(1) Voy., sur le même sujet, notre avant-dernier numéro, p. 243.

FEUILLETON

Étude sur le stimulisme et le controstimulisme.

(Suite. — Voyez le numéro 16.)

Les vues que nous venons d'exposer sont, en théorie, d'une admirable simplicité ; mais où finit l'incitation normale et où commence l'incitation anormale ? et, celle-ci reconnue, quels sont les moyens cliniques d'en mesurer les degrés et de savoir si la faiblesse est directe ou indirecte ? La *table d'incitation* de Lynch, qui paraît aux browniens résoudre le problème clinique, n'est qu'un artifice d'imagination, un *incitomètre* (qu'on me passe le mot) dont la précision numérique, le lecteur peut s'en assurer, n'est qu'une fiction dans laquelle la thérapeutique ne saurait utilement puiser ses indications.

Brown comprenait ainsi l'usage clinique de cette table, sorte de *barême d'incitation*, dans lequel il plaçait la source unique des indications curatives :

« Je suppose, dit-il, que la diathèse sthénique soit montée jusqu'au 60e degré de l'échelle d'incitation ; on doit chercher à soustraire les 20 degrés d'incitation excessive (pour en arriver à 40 degrés, terme heureux qui représente la santé parfaite) et employer à cet effet des moyens dont le stimulus soit assez faible. Ces puissances curatives n'en restent pas moins incitantes, quoiqu'elles dissipent la diathèse sthénique et n'ont pas, pour cela, une autre manière d'agir que les puissances (lisez *causes*) qui l'ont produite. Ces moyens curatifs ne doivent nullement être considérés comme *sédatifs ;* mais comme leur stimulus est moindre que celui qu'il faut pour entretenir l'état de santé ordinaire, ces puissances incitantes méritent le nom de *débilitantes* et sont appropriées au traitement de la diathèse sthénique. Je suppose, au contraire, que la diathèse asthénique soit descendue de 20 degrés, il faut employer des puissances capables, par leur action, de la rele-

n'est pas assez connu en Europe, et je me plais à reconnaître que la *Gazette hebdomadaire* de 1880 en a fait une très juste appréciation. Il est bon de se le rappeler en ce moment.

Les quarantaines, telles qu'elles sont appliquées en Orient, ont-elles une influence quelconque sur la marche des épidémies? Voilà le problème dont M. Tholozan recherche la solution. On est obligé de reconnaître qu'il l'a tout au moins éclairé de vives lueurs, et je ne crois pas qu'il y ait un médecin qui, après avoir observé de près et pendant un temps suffisant la façon dont on applique les mesures prophylactiques des maladies pestilentielles, ne se déclare pas partisan des idées soutenues par notre confrère, et ne pourra citer immédiatement des exemples de l'inutilité complète de ces mesures; non, peut-être, en principe, — M. Tholozan ne va pas jusque-là, — mais *telles qu'elles sont exécutées*. Or, en matière de quarantaine, inutilité est synonyme de vexation.

Il est certainement très heureux que l'homme ne veuille pas rester dans le doute, et qu'il soit emporté par une tendance invincible à expliquer les faits dont il est témoin; mais il est en même temps très malheureux qu'il se laisse aller avec tant de facilité à considérer ses explications comme des vérités, alors qu'elles ne sont que de simples hypothèses.

Ces réflexions pourraient être inspirées par ce qui se passe dans presque tous les ordres de connaissances. En la circonstance présente, c'est l'épidémiologie qui m'amène à les faire, et il faut avouer qu'elles ne sauraient être mieux à leur place; car il est peu de sciences à propos desquelles on ait construit plus de théories, et de plus hypothétiques.

Sans attendre que ces théories eussent même un semblant de démonstration expérimentale, on les a proposées et on les propose encore, hélas! pour base d'un système de prophylaxie qu'on a fini par accepter et considérer comme réellement efficace. Séduit par la pensée que les mesures adoptées avaient protégé des populations entières contre les fléaux redoutés, on n'a résisté que faiblement au désir de donner plus d'importance aux faits qui semblaient justifier la théorie qu'à ceux qui la battaient en brèche. On ne s'est pas assez demandé si l'histoire naturelle de ces fléaux était parachevée, et si aux mesures prises devait être attribué l'honneur qui n'appartenait peut-être qu'aux lois naturelles.

Ceci s'applique surtout aux administrations sanitaires. Parmi les médecins, beaucoup ont appelé l'attention sur la nécessité d'étudier les épidémies suivant un mode expérimental. Mais que peut-on faire isolément en pareille matière? Peu de chose, tandis que les administrations pourraient fournir les éléments d'une appréciation scientifique. On doit, en effet, considérer les mesures sanitaires comme de vastes expériences faites sur les populations. Seulement, pour que ces expériences méritassent ce nom, il serait à désirer qu'elles fussent poursuivies par des hommes dont l'esprit serait exempt de toute idée préconçue touchant l'efficacité des mesures adoptées, et qui, toujours attentifs à étudier leurs effets sans aucune trace de parti pris, apporteraient le plus grand soin à se défier du célèbre aphorisme dont on abuse tant en médecine : *Post hoc, ergo propter hoc.*

Il serait non moins indispensable que la publicité la plus large fût donnée aux mesures prises; sans quoi rien d'utile ne serait fait. Il ne convient pas de laisser exclusivement à ceux-là seuls qui ont donné les ordres le soin d'en rendre compte, et de les justifier; mais il faudrait que tous ceux qui, bien que n'appartenant pas à l'administration, s'occupent d'épidémiologie et d'hygiène publique, eussent à leur disposition les documents nécessaires pour porter un jugement (1).

Aussi voudrais-je voir, et c'est un désir qui m'est venu dès les premiers moments où j'ai dû m'occuper de ces questions, les administrations sanitaires des divers pays, mais surtout celles d'Orient, s'entendre pour la publication d'un journal spécial, uniquement consacré à l'impression de tous les documents qui s'entassent chaque année dans les archives.

Je voudrais qu'en temps d'épidémie, ce journal enregistrât tous les ordres émanés des administrations centrales, toutes les communications qu'elles reçoivent de leurs agences.

Ce journal, qui paraîtrait le plus souvent possible, serait le *Recueil des actes administratifs sanitaires*, et deviendrait la mine de renseignements la plus riche qu'on pût consulter pour arriver à connaître les épidémies dans leurs causes, leur développement et leur prophylaxie. Si cette publication existait, que d'erreurs seraient rectifiées, que d'abus seraient supprimés, que de mesures contradictoires seraient évitées!

Je ne me fais pas trop d'illusion sur le succès de ma proposition, qui, probablement, a été faite par d'autres avant

(1) Nous avons toujours, pour notre part, protesté et nous protesterons toujours contre ce système de silence et d'accaparement, contre ces procédés occultes qui sont encore en honneur dans les administrations sanitaires. Le seul résultat positif de ce système est, à nos yeux, de soustraire au contrôle des savants désintéressés les documents qui doivent servir de base aux mesures prophylactiques, de prévenir des contradictions éclairées, et de substituer à l'opinion publique une opinion officielle. Les peuples ont le droit de voir clair dans leurs affaires de santé et de commerce international, tout autant que dans celles de l'impôt ou de la politique, et des procédés de moyen âge en matière de publicité ne valent pas mieux que les quarantaines du même temps. (*La Rédaction.*)

---

ver. Ces moyens curatifs ne différeront de ceux dont j'ai déjà parlé que par 40 degrés d'énergie. De même que les puissances débilitantes, *quoique toujours incitantes*, employées dans le cas précédent, diminuent l'excès morbifique d'incitation, de même aussi les moyens salutaires, dans ce dernier cas, et qui méritent plus particulièrement le nom de *stimulants*, réparent le manque d'incitation et ramènent celle-ci au degré de la santé » (*Eléments de médecine*, p. 54).

Tout cela serait à merveille, je le répète, s'il était possible de former deux séries parallèles des maladies avec leur chiffre d'incitation, et des médicaments avec le chiffre qui correspond à leur pouvoir incitant. Mais qui ne sait que cette tentative serait vaine si ce n'est puérile? et Brown s'est borné à former des groupes de maladies qui, par leur hétérogénéité même, démontrent le caractère artificiel du lien qui les réunit. La peste, l'hydrothorax, la phthisie, l'apoplexie, la variole, etc., parquées entre 70 et 80 degrés d'incitation et constituant des types des maladies sthéniques par faiblesse indirecte; et à l'autre extrémité de l'échelle, l'hystérie, l'hydropisie, la goutte des gens forts, les fièvres intermittentes, l'angine gangréneuse, etc., se partageant les chiffres de 30 à 0 degrés qui séparent la santé de l'asthénie *médiocre* et de l'asthénie *considérable :* tout cela semble véritablement un simple jeu de l'esprit, et cependant cette échelle de Lynch a été montée et redescendue à la suite de Brown par des cliniciens exercés pour leur époque, qui semblaient ne pas douter de sa solidité.

L'idée de spécificité nosologique disparaissait dans la conception brownienne, et avec elle l'idée de spécificité médicamenteuse. Si toute maladie est la manifestation d'une asthénie directe ou indirecte, tout médicament est un stimulant, une puissance incitante; et c'est à peine si ce fait commun et monotone d'action physiologique est diversifié par des nuances d'intensité dans la stimulation. Aussi, la thérapeutique brownienne simplifiée outre mesure n'admet-elle guère que des médicaments correspondant à la classe des stimulants : élec-

moi. Je reconnais que sa réalisation rendrait quelque peu difficile la position de certains fonctionnaires sanitaires. Dans l'état actuel des choses, l'absence de publicité immédiate et détaillée diminue considérablement leur responsabilité,—et la responsabilité est un lourd fardeau. Toutefois, je ne veux pas croire que la crainte d'avoir à le supporter éloignerait de ces fonctions les hommes capables et consciencieux; je suis même tout à fait persuadé du contraire. Aussi je ne désespère pas.

D'ailleurs, l'esprit moderne est à la diffusion de toutes les connaissances. Il s'élève de partout un cri contre l'ancien système de réserves et de secrets. Les journaux publient tout ce qui se rapporte à la chose publique. Des recueils spéciaux enregistrent les règlements, décrets, etc., émanant des autorités politiques, judiciaires, administratives. La même chose finira par se faire dans le domaine de l'hygiène publique, et l'on trouvera nécessaire de soumettre les mesures sanitaires au contrôle de l'opinion aussi rapidement et aussi complètement qu'on le fait pour tout le reste.

Je ne pense pas qu'on puisse sérieusement m'objecter que les rapports d'ensemble publiés sur les quarantaines, cordons sanitaires, etc., sont suffisants. Du moins je ne puis croire qu'une objection pareille me soit faite par des médecins au courant de la question. Un rapport général n'est jamais, après tout, qu'une appréciation individuelle. Les faits peuvent y être relatés en grand détail; ils le seront à peu près toujours dans un ordre et sous un jour conformes aux convictions de l'écrivain. Les travaux de ce genre sont inestimables; mais leur valeur ne serait pas diminuée, parce que, à côté d'eux, on aurait le tableau exact et détaillé de tous les faits au fur et à mesure de leur production. Une publication exécutée ainsi jour par jour, sans connaissance possible du résultat, aurait cet immense avantage d'empêcher absolument tout arrangement, tout groupement préconçu en faveur de telle ou telle conclusion. L'amas de matériaux accumulé de cette manière serait mis en œuvre par des ouvriers différents, et la discussion ne tarderait pas à en faire sortir des clartés inattendues.

Ce n'est que grâce à sa situation spéciale et à une extrême persévérance que, en l'absence de publicité officielle, M. Tholozan a pu réunir un ensemble d'informations qu'il a étudiées et comparées, de façon à se faire, sur la question de la prophylaxie de la peste en Orient, une opinion arrêtée. Il a été obligé, après un examen sérieux et prolongé, de reconnaître que, jusqu'à présent, les mesures sanitaires dirigées contre la peste par l'administration sanitaire ottomane ont été parfaitement inutiles, et que, si le fléau s'est arrêté, on ne peut en attribuer l'honneur aux efforts de l'homme, qui ont été partout ou mal dirigés ou appliqués trop tard.

J'adopte les conclusions de M. Tholozan sur ce point. J'ai eu l'occasion d'assister et même de présider au fonctionnement d'une quarantaine contre le choléra, et je crois pouvoir juger en connaissance de cause. Qu'on ne me dise pas que mon expérience est insuffisante. Je répondrais que si à Sulina, l'un des ports les plus fréquentés de la mer Noire, sous les yeux de la Commission européenne du Danube, il a été impossible d'établir une quarantaine efficace, comment y réussirait-on en Asie Mineure ou en Afrique, au milieu de populations à peu près sauvages? Non, il vaut mieux reconnaître la vérité, et avouer que les mœurs de l'Orient rendent absolument illusoires les mesures sanitaires ordonnées par l'administration centrale. Celle-ci peut faire ce qu'elle voudra, le « bagchich » sera toujours le plus fort.

Pourtant je ne peux pas exonérer cette administration de toute responsabilité dans ce qui existe. Peut-être est-ce un naïf orgueil d'occidental qui me fait parler; mais il m'est impossible de ne pas croire que si, depuis sa fondation, elle avait veillé *sévèrement* à l'intégrité de ses fonctionnaires, si elle avait systématiquement donné tous les emplois importants à des Européens, on ne verrait pas se produire les abus criants qui existent, que tout le monde connaît, mais dont, je l'avoue, il est presque impossible de donner les preuves. A-t-on jamais pu démontrer sans réplique que, règle générale, un fonctionnaire ottoman ne fait rien sans bagchich? Et a-t-on trouvé un habitant du Levant qui ait le moindre doute sur ce sujet? Dignité majestueuse à la surface, dégradation morale au fond, voilà l'homme.

M. Tholozan le dit après bien d'autres, tant que la haute main dans les affaires sanitaires du Levant ne sera pas donnée à des Européens, on se bercera d'illusions en croyant à l'efficacité des cordons sanitaires dans les pays du soleil. La chose est de nature à inspirer de sérieuses réflexions à ceux qui, comme notre confrère, croient à l'utilité possible de ces mesures lorsqu'elles sont bien appliquées, mais refusent d'admettre leur influence dans les conditions actuelles.

Il est un autre point sur lequel on a le droit, j'ajouterai le devoir, de présenter des observations à l'administration sanitaire ottomane. Je veux parler des hésitations qui ont précédé la reconnaissance officielle de la peste, soit à Ben-Ghazi, soit en Mésopotamie. On peut alléguer, pour expliquer ce qui s'est passé, que les médecins de nos jours sont peu ou point fami-

---

tricité, opium, alcool, aliments réparateurs. Si l'on y ajoute le camphre, le quinquina, la serpentaire, qui hurlent un peu de se trouver rapprochés de l'alcool et de l'opium, on a toute la matière médicale des browniens. Dans les cas rares, comme dans la péripneumonie, où il leur paraissait utile de « diminuer l'incitation », ils y arrivaient par les *stimulants négatifs*, qui comprenaient dans un amalgame assez choquant la saignée, les purgatifs, la diète, la *paix intérieure* et le froid.

A coup sûr, la première impression que l'on éprouve en présence de cette doctrine tendrait à ne pas la faire considérer comme sérieuse, et à douter en même temps du génie de celui qui l'a conçue et de la légitimité de l'éclat qu'elle a jeté. Mais si l'on songe que ce système a été une réaction violente et désordonnée, mais utile, contre un humorisme non moins extravagant, et contre une polypharmacie effrénée, qu'il a contribué à restaurer l'idée clinique, si féconde, d'un désaccord fréquent entre la nature d'un état local et la nature de la diathèse, de l'état général, de l'*affection* sous l'influence de laquelle il évolue; que l'introduction des stimulants dans le traitement des fièvres et des inflammations de nature asthénique procède directement du brownisme; que lui seul a eu une conception nette de la nature stimulante de l'opium et du parti que l'on peut tirer de ce beau médicament dans les maladies de nature asthénique, on prend le système de Brown en considération et on oublie ses défaillances et ses erreurs, pour ne plus se souvenir que des services qu'il a rendus ou préparés.

Nous sommes aujourd'hui en pleine réaction brownienne, et le stimulisme thérapeutique prend en médecine un crédit exagéré peut-être, mais certainement justifié. Qu'on aille trop loin dans cette voie, et que l'effacement contemporain de la médication antiphlogistique devant les médications stimulantes enveloppe une exagération et par suite une faute, ce n'est un doute pour personne; mais, la réaction accomplie, la mesure viendra et la médecine pratique aura réalisé, par un maniement judicieux et hardi des stimulants, un immense

liers avec la peste; mais je reprocherais précisément à l'administration de ne pas avoir pris les mesures nécessaires pour remédier à cet inconvénient. Est-ce qu'on ne savait pas que la peste existait en divers points de l'Asie Mineure depuis plusieurs années? Pourquoi n'a-t-on pas choisi, je ne dirai pas un, mais plusieurs médecins instruits, intègres, et surtout d'un caractère assez ferme pour résister aux influences extra-médicales qui n'auraient pas manqué de les assaillir, pour les envoyer en mission dans les pays atteints, dans le but unique de se familiariser avec l'aspect du fléau dans ses formes prémonitoires et confirmées, afin d'être capables de le reconnaître plus tard à première vue, au moment même de son apparition. On aurait ainsi créé une réserve d'hommes spéciaux, dans lesquels on aurait pu avoir la plus entière confiance, et dont on aurait accueilli les communications sans inquiétude, principalement sur le diagnostic. Ainsi armé, on aurait acquis la possibilité de circonscrire le mal *à son début;* et si, dans ces conditions, on avait toujours réussi à empêcher sa diffusion, on aurait eu des raisons d'attribuer ce résultat aux mesures ordonnées; conséquence à laquelle il est impossible d'arriver actuellement.

Comment, par exemple, peut-on croire à l'efficacité des mesures prises en 1867 contre le fléau, puisque (c'est M. Tholozan qui parle) ce ne fut que *quatre* mois après son début qu'on en eut connaissance à Bagdad, à deux ou trois journées de marche seulement du point d'origine ; puisque l'application des premières mesures restrictives n'eut lieu que *cinq* mois après l'invasion du mal. Il en fut de même lors des épidémies de 1875, 1876, 1877, en Mésopotamie; de même encore au pays des Barkah, en 1873-74. Nulle part aucune mesure suffisante ne fut prise à temps : partout l'application des moyens restrictifs et hygiéniques fut tellement défectueuse et molle, qu'on pourrait en nier *a priori* l'influence.

M. Tholozan dit quelque part : « Sans épidémiologie, il n'y a pas de science sanitaire ». Rien n'est plus vrai : aussi ne peut-on être assez satisfait de voir paraître des écrits destinés à rappeler que les mesures sanitaires actuelles ne reposent guère que sur des hypothèses dont la vérification n'a pas encore été suffisamment faite. Je ne saurais trop, pour mon compte, engager ceux qui ont la responsabilité de ces mesures, aussi bien que ceux qui s'y intéressent à un degré quelconque, à lire et à méditer un livre comme le sien.

Il est certainement très bien de faire de grands efforts pour protéger les populations contre les fléaux épidémiques; mais il serait mieux de faire, en même temps, tout son possible pour arriver à savoir si ce que l'on fait est réellement utile. Je ne puis m'empêcher de penser qu'on trouverait un meilleur emploi de l'argent dépensé en quarantaines illusoires, si on l'appliquait à l'entretien de médecins destinés à résider dans les pays d'origine des maladies pestilentielles, pour les étudier dans tous leurs détails et avec tous les moyens d'investigation de la science moderne. En d'autres termes, il serait à souhaiter qu'on étendît la mesure dont la France eut l'initiative en établissant ses médecins sanitaires du Levant. Actuellement, ces médecins résident dans les grands ports. Assurément ils y sont utiles; mais cela ne suffit pas; il en faudrait établir aussi dans l'intérieur du pays, partout où l'on a des raisons de croire au développement des maux que l'on veut combattre.

Qui sait si une étude approfondie poursuivie aux lieux d'origine ne permettrait pas d'arriver à reconnaître à des signes certains, et dès le début, si une épidémie restera locale ou si elle prendra le caractère envahissant? *Savoir, prévoir, pourvoir*, trois conditions de succès qui sont connexes.

Quoi qu'il en soit, je finis comme j'ai commencé : moi aussi je suis convaincu de l'inutilité des mesures sanitaires restrictives telles qu'on les entend en Orient. Tout médecin qui *a vu de ses yeux* le fonctionnement de ces mesures sera du même avis. J'ajoute, avec notre éminent confrère de Téhéran, que les théories qui sont la base du système quarantenaire actuel ne sont encore que des hypothèses, et j'insiste vivement avec lui pour qu'on s'efforce d'en faire des réalités.

C'est pour arriver à ce résultat que je prends la liberté d'indiquer en passant deux moyens qui, dans ma conviction, auraient une grande utilité :

1° Création d'un *Recueil des actes administratifs sanitaires.*

2° Création de postes de médecins sanitaires européens dans tous les points signalés comme donnant naissance aux maladies pestilentielles.

Tout cela n'est peut-être pas bien nouveau; mais « il faut frapper longtemps pour enfoncer un clou ».

Valentin Vignard,

Directeur du service sanitaire des Bouches du Danube, médecin de la Commission européenne du Danube.

P. S. — Ce qui précède était écrit lorsque j'ai lu dans le *Temps* deux articles très intéressants dans lesquels le correspondant toujours très bien informé de ce journal donne

---

progrès dont Brown a été le promoteur; il serait injuste de l'oublier.

Rasori entrait dans la médecine au moment où Brown publiait son manifeste doctrinal, et le voyage qu'il fit en Angleterre à cette époque, en le plaçant au centre même de l'agitation réformiste, ne fut peut-être pas étranger à l'ambition qu'il conçut de tenter, lui aussi, une révolution thérapeutique. Il devança Broussais dans sa carrière et lui survécut, et le chef de l'école du Val-de-Grâce eut cette mauvaise fortune d'avoir ainsi deux émules et deux devanciers, dont l'œuvre doctrinale enleva à la sienne une partie de son originalité.

Un médecin de Toulouse, Laffont-Gouzy, a rapproché jadis, dans un parallèle ingénieux, le système de Brown de celui de Broussais, et a démontré que le dernier procède très directement du premier. Le rôle des stimulus dans le domaine de la vie; la dichotomie des maladies en *sthéniques* et *asthéniques* (*irritatives* ou *abirritatives*), suivant la cause qui les produit; la thérapeutique réduite à deux indications opposées : voilà autant de traits communs au brownisme et au broussaisisme; c'en est assez aux yeux de tout esprit impartial pour subordonner celui-ci à celui-là comme originalité de conception. Mais des différences capitales, si ce n'est un contraste absolu, existent entre les deux doctrines, quand on les compare non plus au point de vue physiologique et pathologique, mais au point de vue pratique. Tandis que l'état général, l'*affection* préoccupe surtout Brown et sert de base aux indications curatives qu'il tire de la diathèse sthénique et de ses degrés, Broussais voit à peu près exclusivement dans la maladie le produit localisé de l'irritation, foyer d'irradiations sympathiques qui associent l'économie à la lésion irritative du tissu ou de l'organe, et il attribue à l'irritation de l'estomac, à la gastrite, le rôle prépondérant que l'on sait, et qui lui fait dominer en quelque sorte toute la pathologie. L'autocratie de la gastrite broussaisienne était une erreur ; mais qui pourrait raisonnablement nier aujourd'hui qu'en remplaçant la diathèse de stimulus par l'irritation locale, l'abstrait par le concret,

des détails sur la nouvelle explosion de peste en Mésopotamie et sur les mesures prises pour la combattre. Je ne veux ici appeler l'attention que sur un point. La peste existait dans la tribu des El-Zayid (El-Zagad, sur plusieurs cartes) dès le mois de septembre 1880 (1). De là, elle s'est propagée à Chenafieh en novembre, et, en janvier 1881, à Diaria, à trois heures de Nedjeff. Or, d'après le *Temps*, il semble qu'on n'ait établi les cordons sanitaires qu'en février 1881. Pourrait-on expliquer pourquoi l'administration sanitaire ottomane a attendu que la maladie revêtît un caractère grave avant de prendre les mesures nécessaires? N'est-il pas évident qu'il eût fallu, par tous les moyens, détruire le mal à son début, tuer le serpent dans l'œuf? Quoi! vous savez que la peste a sévi en ces parages depuis nombre d'années, vous savez qu'elle y existe de nouveau depuis plusieurs mois, et c'est seulement quand le fléau a pris une extension dangereuse que vous vous agitez, que vous établissez cordons sanitaires sur cordons sanitaires! Est-il possible de constater une imprévoyance plus grande!

Que l'administration sanitaire ottomane me pardonne si je l'enferme dans le dilemme suivant :

« Ou vous avez confiance dans les mesures sanitaires que vous employez, ou vous n'y croyez pas; dans le premier cas, pourquoi ne les avez-vous pas appliquées dès le début de la maladie, c'est-à-dire dès l'année dernière; dans le second, à quoi sert tout cet appareil de cordons concentriques ou excentriques? »

On est cependant heureux de constater que, enfin, on va nommer un médecin sanitaire résidant au centre de la région infectée. Mieux vaut tard que jamais! Mais, encore une fois (si cependant le correspondant du *Temps* est bien informé, et je n'ai aucune raison d'en douter), pourquoi a-t-on attendu pour prendre les mesures quarantainaires que la peste soit sortie des villages où elle a pris naissance et se soit développée épidémiquement dans un point aussi important que Nedjeff?

V. V.

— Puisque l'occasion s'en présente, nous indiquerons ici, afin que le lecteur puisse se faire une juste idée de l'importance de la question, le chiffre de la mortalité dans les épidémies de peste qui se sont succédé depuis 1873.

En décembre 1873 et hiver de 1874, peste à Dagarrah, Haffisch, Divanieh, Nedjeff, Hindié, etc., 4000 morts sur 80000 habitants, soit 1/20e. — En 1874-75, peste à Dagarrab, Haffisch et au sud jusqu'à Nasreah, 2500 morts sur 20000 habitants, soit 1/8e. — En 1876, peste à Azizieh (Tigre), Hilleh, Kéfils, Nedjeff, Bagdad : 22 000 morts sur 121 000 habitants, soit 1/5e (docteur Arnaud). — Même année, peste importée par des pèlerins de Kerbela ou Nedjeff à Shuster (Perse), 2000 morts à Shuster même; extinction rapide. — En 1877, peste à Bagdad; mais la ville fut spontanément évacuée par la majeure partie des habitants; néanmoins, 2000 morts dans les premiers mois de l'année.

(*La Rédaction*).

(1) Nous avions signalé ce fait dans notre avant-dernier numéro, article cité.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique expérimentale.

SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DES ELLÉBORES, par MM. G. PÉCHOLIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et L. REDIER, docteur en médecine.

L'ellébore, après avoir été le remède le plus célèbre dans l'antiquité, est aujourd'hui complètement abandonné. A quoi tient ce discrédit? Est-il juste? Quelle est vraiment l'action de l'ellébore? Doit-on le conserver encore dans la matière médicale? Telles sont les questions que nous nous sommes posées et que nous avons demandé à l'expérimentation de résoudre (1).

« On entend par *elléborisme*, dit Pelletan fils, l'ensemble des procédés mis en usage par les anciens pour l'administration de l'ellébore (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. XI, article ELLÉBORE).

Le mot *ellébore*, mis au singulier, nous arrête tout d'abord. Pelletan affirme ainsi que, si la botanique énumère un bon nombre d'espèces d'ellébores, au point de vue thérapeutique, il n'y en a qu'un seul, et que tous les ellébores ont la même propriété. C'est là, en effet, ce que les anciens ont cru. Ils disent souvent ellébore tout court, d'autres fois ils ajoutent bien blanc ou noir, mais entre les deux ils n'indiquent généralement aucune différence d'action, ou s'ils l'indiquent, c'est d'ordinaire erroné.

A choisir entre eux un purgatif, Celse, par exemple, désigne l'ellébore noir, et nous verrons plus tard ce qu'il en est de la vertu purgative de cet agent. D'ailleurs, quand on n'approfondit pas la question botanique, et qu'on s'en tient aux appa-

(1) Nos expériences ont été faites dans le laboratoire de M. le professeur Jaumes que nous sommes heureux de pouvoir remercier ici de sa gracieuse hospitalité.

Broussais n'ait été le promoteur de la localisation nosologique, dont on abuse sans doute, comme on abuse de tout, et n'ait donné à la médecine pratique un esprit de précision qui lui faisait défaut avant lui? C'est là le titre de gloire incontesté de Broussais, et ce qui restera d'éternellement fécond de sa doctrine. La génération de malades qui a été courbée sous son système en a pâti sans doute; mais le sang versé à outrance par la médication gommo-hirudinée ne l'aura pas été en pure perte, et l'humanité, dans son ensemble et sa succession, y trouvera son profit.

Brown ne voyait rien autre chose à faire en thérapeutique que de stimuler *presque toujours*, de contro-stimuler *quelquefois*. Broussais ne sort pas de cette dichotomie, mais il en renverse non pas les termes, mais les proportions. Laffont-Gouzy a caractérisé la thérapeutique broussaisienne par un mot heureux qui n'a pas toujours été attribué à son auteur véritable, en disant que c'était le *brownisme retourné*. En effet, la thérapeutique écossaise était de l'excitement à outrance, celle de l'école du Val-de-Grâce est contenue tout entière dans l'emploi systématique et monotone des débilitants. Erreur des deux côtés sans doute, mais erreur inégalement pernicieuse. Brown, admettant, en effet, l'idée hippocratique de force médicatrice, se servait au besoin de l'expectation; Broussais, au contraire, ne croyant pas à cette force de restitution vers le type hygide, et, en tout cas, ne voyant rien de salutaire dans ses tendances, érigeait l'intervention thérapeutique en régle, et que l'irritation se cachât sous le masque de la *phlogose rouge* ou de la *phlogose blanche*, elle était impuissante à s'éteindre d'elle-même, et il fallait contro-stimuler ou débiliter; aussi agissait-il toujours avec une brutalité doctrinale qui avait sans doute l'excuse d'une conviction ardente, mais qui pesait lourdement sur sa pratique. Mieux aurait valu encore, à tout prendre, être malade à Edimbourg qu'à Paris, si l'on avait eu le choix du temps et des systèmes.

Brown avait conservé quelques médicaments; Broussais,

rences extérieures, comme l'ont fait les anciens, — Pinel l'a déjà fait remarquer avant nous, — la confusion entre les racines de l'ellébore blanc et de l'ellébore noir est facile à commettre. Elles sont à peu près également toutes les deux noirâtres à l'extérieur et blanches à l'intérieur.

Mais ce qui est le plus surprenant, c'est qu'aujourd'hui encore les hommes les plus distingués partagent, à cet égard, les idées des anciens et tombent dans la même confusion. Ainsi, le remarquable manuel de thérapeutique et de matière médicale de M. Bouchardat admet une *tribu des elléborées* à propos de laquelle le savant professeur se livre à de longues généralités sur les effets communs des vératres, des ellébores et même, ce qui est plus singulier, des renonculacées.

Dans un livre ultérieurement publié, un éminent thérapeutiste exagère peut-être encore cette confusion et en arrive jusqu'à faire synonymes les deux noms de *varaire noir* et d'*helleborus niger*.

Or, s'il devient démontré que l'ellébore blanc et l'ellébore noir ont des actions radicalement différentes et que l'un des deux même est un poison violent, on comprendra quelles erreurs la méthode générale de traitement par l'ellébore, l'*elléborisme* a pu entraîner.

Quand, imbus des idées courantes, nous commençâmes nos expériences nous avons éprouvé un véritable étonnement lorsque, entre les effets des ellébores, s'est produit sous nos yeux une différence complète.

Et cependant cette différence la botanique et la chimie n'auraient-elles pas dû la faire pressentir *a priori?* Les plantes qu'on a réunies depuis l'antiquité sous le nom commun d'*ellébore* appartiennent à deux grandes familles, bien distinctes et bien éloignées l'une de l'autre, la famille des colchicacées, et celle des renonculacées. Parmi les colchicacées nous trouvons : 1° l'ellébore blanc (*Veratrum album*), mieux nommé *vératre blanc*, et le *vératre noir* (*Veratrum nigrum*). Les renonculacées nous fournissent: 1° l'ellébore noir (*Helleborus niger*); 2° l'ellébore oriental (*H. orientalis*); 3° l'ellébore vert (*H. viridis*), l'ellébore fétide (*H. fœtidus*).

L'analyse chimique marque encore plus le contraste entre les plantes que nous étudions et sépare d'une manière complète celle des colchicacées de celles des renonculacées. Les ellébores provenant des colchicacées, que nous appellerons désormais les *vératres*, contiennent deux alcaloïdes : la *vératrine*, découverte par Meissner, en 1818, et mieux étudiée l'année suivante par Pelletier et Caventou, et la *jervine*, trouvée plus tard par Simon. Les ellébores proprement dits, ceux des renonculacées, renferment deux glucosides, l'*elléboréine* et l'*elléborine*, qui n'ont aucune ressemblance chimique avec la vératrine et la jervine.

Ces différences botaniques et chimiques, si marquées entre les ellébores, se rencontrent, elles aussi, malgré l'affirmation de tant d'hommes célèbres, dans leurs effets sur l'organisme vivant? Telle est la question qui a fait l'objet des expériences que nous allons maintenant rapporter, après avoir fait une dernière observation.

Comme tous les vératres ont un même air de famille, et que les divers ellébores ont aussi entre eux les plus grandes analogies, nous n'avons eu, en somme, à étudier que le vératre blanc, comme type de tous les vératres et l'ellébore noir comme celui de tous les hellébores. Les drogueries ne contiennent pas d'ailleurs d'autres produits.

Les racines sèches de vératre blanc, telles que nous les y avons trouvées, se présentent sous forme de cylindres assez réguliers, noirâtres à la surface, blancs à l'intérieur, entourés d'une sorte d'atmosphère de radicelles d'un blanc grisâtre, dont on peut facilement les séparer.

Les racines sèches d'ellébore noir sont également cylindriques, mais d'un calibre plus exigu; leurs petits cylindres sont tordus, recourbés sur eux-mêmes, marqués par des renflements et des dépressions. Elles présentent à peu près la même coloration que les précédentes, c'est-à-dire, noires à l'extérieur, blanches à l'intérieur.

§ I. Recherches expérimentales sur l'action physiologique du vératre blanc.

La jervine est-elle active? Personne encore, que nous sachions, n'a cherché à le savoir. Mais, qu'elle le soit ou non, la vératrine est trop puissante pour ne pas imprimer, à un degré plus ou moins grand, son cachet si spécial sur les effets du vératre blanc. Aussi il n'est pas rationel d'étudier celui-ci sans connaître, au préalable, comment agit la vératrine ellemême. Le résultat d'expériences faites par nous, que nous rapporterons une autre fois, rapproché de l'opinion des auteurs qui se sont déjà occupés de la question, permettent de résumer ici, en quelques mots, les effets de la vératrine : action irritante locale, nausées et vomissements abondants, selles copieuses et fréquentes, salivation considérable, diurèse; miction involontaire; accélération puis ralentissement de la circulation; arrêt du cœur en diastole; accélération primitive et ralentissement secondaire de la respiration ; abaissement prononcé de la température, agitation très courte suivie d'affaissement ultérieur très prononcé du système musculaire; intelligence conservée; sensibilité bientôt diminuée, puis abolie.

Mettons maintenant en présence les effets de la vératrine et les effets du vératre blanc. Mais avant de relater nos propres expériences, jetons un coup d'œil sur celles des auteurs qui nous ont précédé. Nous ne tarderons pas à reconnaître que, si elles donnent quelques notions vraies sur les effets du vératre blanc, elles sont d'ordinaire trop peu précises, et parfois contradictoires.

1° *Action locale.* — La sueur, à l'état frais, du rhizome

---

lancé à la poursuite de son irritation polymorphe et voyageuse, n'avait que faire de ce bagage encombrant, et il avait allégé sa thérapeutique d'armes qu'il jugeait inutiles. En effet, qu'avait-il besoin d'une pharmacologie complexe pour combattre un élément morbide toujours identique à lui-même sous ses localisations et ses expressions symptomatiques variées, puisque les émissions sanguines et la diète suffisent à cette tâche? La scrofule n'est qu'une irritation du système lymphatique, — les névroses ne sont que les manifestations d'une irritation fixée sur les départements divers du système nerveux, — les hydropisies sont des irritations des séreuses, — les hémorrhagies, des irritations du système vasculaire, — la syphilis n'est, elle aussi, qu'une maladie irritative des divers tissus qu'elle affecte, maladie due sans doute à une cause spécifique de sa nature, un virus, mais qui dépouille sa spécificité dans les effets qu'elle réalise, et aboutit à l'irritation comme le ferait une cause banale. Tout, ou à peu près, est irritation, tout sera contro-stimulisme, et la thérapeutique tout entière ira s'absorber dans les émissions sanguines et la diète, dont le maniement ne sera plus affaire d'opportunité, mais de dose. Broussais avait, lui aussi, sa table de Lynch, et il montait et redescendait l'échelle de l'irritation, mesurant à ses degrés la diète et les émissions sanguines.

La table thérapeutique était absolument rase, on le voit. C'était du contro-stimulisme sans médicament. Rasori va nous montrer le contro-stimulisme polypharmaque. Sans doute, l'école italienne a devancé chronologiquement l'école du Val-de-Grâce, si l'on prend pour point de départ sa conception doctrinale; mais son épanouissement pharmacologique n'est venu que plus tard; et entre les deux phases de son évolution, Broussais avait rempli la scène, de sorte que nous avons été conduit à exposer les principes du contro-stimulisme broussaisien avant de parler de celui de Rasori. Cet artifice d'exposition était obligé.

Rasori, nous l'avons vu plus haut, a procédé de Brown, comme l'a fait Broussais lui-même, et si son école est moins origi-

de l'ellébore blanc, d'abord douce, est ensuite amère et âcre.

Gohier, Orfila, Gubler, Cazin, Bouchardat et la plupart des auteurs lui reconnaissent des propriétés irritantes externes très marquées. C'est par l'action substitutive de cette irritation qu'on peut expliquer les heureux résultats constatés par beaucoup de thérapeutistes, de l'emploi des lotions de vératre blanc dans le traitement de certaines affections cutanées. Gohier s'en est servi contre la gale des chiens, et nous dirons plus tard que le docteur Lilienfeld a eu recours à la teinture de cette plante contre les taches hépatiques.

2° *Action sur le tube digestif.* — Les vomissements ont été observés par tous les auteurs que nous avons consultés. Un tailleur, sa femme, ses enfants et ses ouvriers ayant failli mourir pour avoir mangé une soupe poivrée, par mégarde, avec de la poudre d'ellébore blanc, Vicat, appelé auprès d'eux, constata des vomissements qui débarrassèrent les malades du poison. Gohier, qui se servait de la décoction de cette plante contre la gale des chiens, a vu aussi des vomissements survenir chez ces animaux.

Müller a prétendu même que la racine d'ellébore blanc, appliquée sur l'abdomen, fait vomir, et Schreder a vu le même effet se produire à la suite de l'application d'un suppositoire fait avec le rhizome de cette colchicacée.

Orfila et Hahnemann ont trouvé que les vomissements avaient un caractère bilieux.

L'action purgative de l'ellébore blanc, administrée par n'importe quelle voie, n'est discutée par personne.

3° *Action sur les excrétions.* — Nous venons de signaler l'hypersécrétion des follicules intestinaux et celle de la glande hépatique.

La diaphorèse a été constatée par Vicat dans l'empoisonnement qu'il a observé. Plusieurs médecins depuis l'ont admise (Hahnemann, Gubler, etc.).

Tous les auteurs, depuis Vicat jusqu'à Rabuteau, ont trouvé du ptyalisme chez les hommes et les animaux soumis à l'action de l'ellébore blanc.

La diurèse a, elle aussi, été observée.

4° *Action sur la circulation.* — Vicat, dans l'empoisonnement dont nous avons déjà parlé, trouva le pouls imperceptible. Gohier a noté, sur les chiens, l'accélération de la circulation. Orfila a vu, chez les mêmes animaux, une heure après l'ingestion de la colchicacée qui nous occupe, le pouls irrégulier et précipité. Schabel, au contraire, a observé le ralentissement des pulsations, des intermittences, et, à l'autopsie, les cavités droites, plus rarement les gauches, gorgées de sang. Celui-ci était fluide et se coagulait rapidement à l'air.

Ces discordances, nous le prouverons, proviennent d'une observation incomplète. Le processus de l'intoxication elléborique passe par deux périodes dont la succession a été, d'ordinaire, mal observée.

5° *Action sur la respiration.* — Gohier a vu les flancs agités de mouvements rapides chez les chiens auxquels il avait fait lotionner la peau déjà excoriée avec de la décoction de vératre blanc.

Schabel a tout d'abord constaté la fréquence et la difficulé de la respiration, puis sa faiblesse et sa rareté. Il a, de plus, noté à l'autopsie de la congestion pulmonaire accompagnée d'emphysème.

Orfila dit que la respiration est très profonde, et que l'on trouve à la nécropsie les poumons congestionnés et tachetés de plaques noires.

Les mouvements respiratoires sont courts, d'après Hahnemann. Cazin et Marchand signalent une respiration pénible, lente; de la suffocation et de la congestion pulmonaire;

6° *Action sur la température.* — L'abaissement de la température est un fait constaté par tous les auteurs. (Vicat, Schabel, Hahnemann, etc.). Schabel a trouvé, chez un lapin, cinq heures après l'administration d'une assez forte dose d'ellébore blanc, un abaissement de 7 degrés Réaumur.

Cazin mentionne aussi cet abaissement thermique *intus* et *extra*.

7° *Action sur le système musculaire.* — Vicat a vu le tailleur et sa famille empoisonnés par l'ellébore blanc présenter une faiblesse extrême. Orfila et Hahnemann, à sa suite, ont constaté le même symptôme, la contraction puis la dilatation de la pupille, et de la titubation. Schabel, tout au contraire, parle d'accidents tétaniques tels que l'emprosthotonos; il ajoute que la langue est en prolapsus, qu'il y a du tremblement et des convulsions. Cazin et Marchand signalent à la fois et la faiblesse musculaire et les accidents tétaniques.

8° *Action sur le système nerveux.* — Hahnemann seul signale l'abolition de l'intelligence. L'exaltation primitive de la sensibilité et son abolition secondaire plus ou moins complète, ont été constatées par la plupart des auteurs. Ainsi, Gohier a vu les chiens poussant d'abord des cris plaintifs, tomber ensuite dans une léthargie profonde. Orfila, tout en mentionnant les symptômes précédents, en ce qui regarde la sensibilité, admet des lésions du système nerveux qu'il dit être analogues à celles produites par les narcotiques.

Schabel, dans ses autopsies, n'a trouvé qu'un peu de sérosité dans les ventricules du cerveau.

Voici maintenant le résumé de nos propres expériences.

(A suivre.)

---

nale dans ses principes, moins autoritaire et moins exclusive dans leur application, il aura eu l'honneur de restaurer l'idée de diversité pharmacologique, singulièrement amoindrie par Brown, absolument renversée par Broussais. C'est là qu'aura été surtout l'utilité de sa mission. Rasori a été brownien avant d'être rasorien, et, même après s'être séparé de la doctrine d'Edimbourg, qu'il avait adoptée dans le principe, il a conservé, comme Broussais, avec le brownisme les attaches d'une dépendance étroite. Qu'est-ce que sa *diathèse de stimulus*, si ce n'est la diathèse sthénique de Brown? Qu'est-ce que sa *diathèse de contro-stimulus*, si ce n'est la diathèse asthénique du réformateur écossais? La seule différence des deux doctrines gît dans l'importance proportionnelle du rôle que jouent ces deux diathèses dans la genèse des maladies; différence minime en pathologie générale, mais immense en pratique, puisqu'elle conduit à des indications diamétralement opposées. La prépondérance appartient aux stimulants dans la doctrine de Brown, elle appartient aux contro-stimulants dans la doctrine de Rasori. Mais toutes les deux subordonnent l'état local à l'état général, tandis que Broussais, au contraire, concentre son attention et son activité thérapeutique sur la lésion locale, et considère l'état général, la diathèse, comme procédant de celle-ci.

Fonssagrives.

(A suivre.)

Société libre d'instruction et d'éducations populaires. — « Médaille d'honneur à M. le docteur Passant, médecin à Paris. « — A fondé des bibliothèques médicales pour les élèves dans « trois hôpitaux. De plus, il vient d'en fonder une quatrième « à l'école Monge pour l'interne en médecine attaché à l'infirmerie « et pour les maîtres d'études qui se destinent à la médecine et « qui n'ont pas l'argent nécessaire pour acheter des livres, ni le « temps pour se rendre à la bibliothèque de la Faculté. Les quatre « bibliothèques renferment plus de trois mille volumes. »

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (session d'Alger, 1881).

Section des sciences médicales.

(Suite. — Voyez le numéro 16.)

SÉANCE DU 16 AVRIL 1881.

Éducation physique des enfants. — Les diathèses. — La papaïne contre la diphthérie. — Amputation du col utérin. — Ponction des kystes du foie. — Pneumonie fibrineuse. — Rayonnement magnétique. — Tumeur de l'orbite. — Hémorrhagie après l'opération de la hernie. — Climat de l'Algérie (Mustapha supérieur).

Le docteur *Stagienski* (de Philippeville) lit un travail sur l'*éducation physique des enfants.* — Il résume d'abord ses idées sur l'acclimatement, dont la base, selon lui, est l'aptitude, le degré de flexibilité de la race et de l'individu à varier pour s'adapter aux nouvelles conditions mésologiques.

Il fait un parallèle, au point de vue de l'hygiène générale, entre les vieilles collectivités humaines de l'Europe, celle de la France en particulier, et l'agglomération algérienne si hétérogène dont l'hygiène est à peu près nulle, où elle est à créer en entier. Cependant c'est par l'hygiène appropriée au pays et par l'éducation physique qu'on arrivera non seulement à diminuer la mortalité chez les enfants algériens, mais qu'on assurera encore aux futures générations de ce pays, en leur permettant de résister aux causes débilitantes du climat africain, une bonne santé et une bonne constitution.

Les moyens en sont nombreux, mais le plus efficace parmi eux et le moins coûteux pour les Algériens, est, sans doute, l'emploi des bains de mer à la lame. Aussi l'auteur généralise-t-il ce puissant moyen prophylactique et curatif à de nombreux cas pathologiques de l'enfance. Il établit que les très jeunes enfants, même les enfants à la mamelle ont été traités et guéris par les bains de mer. Entre autres cas pathologiques, il recommande les bains de mer dans la coqueluche à la période catarrhale bronchique. Un seul bain a pu guérir un enfant de treize mois atteint de coqueluche très opiniâtre et qui avait déjà résisté pendant onze jours à un traitement classique très exactement appliqué. Il les recommande aussi dans l'impaludisme et dit avoir obtenu de nombreuses guérisons durables et en peu de temps.

— *Dans quel esprit il faut étudier les diathèses*, par M. *Durand-Fardel*. — L'organisme doit être considéré comme une aggrégation de cellules indépendantes, associées par l'innervation et alimentées par la circulation. A l'état sain, il existe une harmonie parfaite entre les éléments dont il se compose. Mais l'hérédité et les circonstances hygiéniques peuvent modifier cette condition et faire naître les maladies constitutionnelles ou diathésiques.

L'hérédité agit en faisant donner au fœtus, par la mère, certaines conditions qui viennent de la constitution de la mère elle-même ou de conditions inhérentes à la voie intra-utérine. Dès que le fœtus est né, toutes les circonstances hygiéniques s'emparent de lui et tendent à modifier sa constitution dans le sens propre à chacune : respiration, alimentation, habitudes, etc. Toutes, se combinant entre elles ou avec l'influence héréditaire, augmentent encore le nombre des circonstances capables de modifier en bien ou en mal l'organisme. Dès que l'équilibre s'est fait dans l'organisme entre tous ces éléments, la constitution est née; et n'est pas encore la maladie, mais ce n'est plus la santé. L'état morbide ne naît pas directement de ces états constitutionnels, mais lorsqu'il apparaît sous l'influence de causes hygiéniques ou de causes accidentelles, celles-ci lui imposent des déterminations de siège, de forme et d'indication très précises. Un pas de plus, et ce sera la *diathèse*, prête à éclater à la moindre provocation. La diathèse est donc le dernier terme d'une évolution qui commence par la santé, passe par la constitution, et aboutit à la maladie.

— *Du traitement local de la diphthérite par les applications réitérées de papaïne.* — M. *Bouchut*, après avoir rappelé les expériences faites au congrès de Reims, dans lesquelles, au milieu de la séance, il a fait dissoudre à froid 30 grammes de fibrine humide dans une solution de papaïne à 10 grammes pour 40 grammes d'eau distillée, dit que ce moyen est bon à employer contre les fausses membranes de la diphthérite des amygdales et de la peau.

A l'hôpital des Enfants, en quinze jours, sur 21 enfants atteints d'angine couenneuse, avec engorgement ganglionnaire et albuminurie, il a fait badigeonner les pellicules membrano-fibrineuses quatre fois par jour, et dans l'espace de trois jours en moyenne, les fausses membranes désagrégées, se détruisant sur place, ont disparu, et 18 enfants sur 21 ont guéri. Les trois enfants qui ont succombé étaient entrés avec une septicémie diphthéritique très avancée, contre laquelle le traitement par la papaïne ne pouvait rien.

Au début de la diphthérite, lorsqu'elle est locale, la dissolution des fausses membranes par la papaïne est un excellent moyen de traitement.

— *Considérations rétrospectives sur l'insalubrité des plaines de la Mitidjah*, par M. *Bonnafond*. — L'auteur, qui a débuté dans sa carrière militaire par l'expédition de 1830, et fait les expéditions de 1830 à 1842, et qui, pendant son long séjour en Algérie, a fait une étude spéciale des miasmes paludéens, rapporte les précautions qu'il a prises à ce sujet. Il indique les mesures qu'il a préconisées et fait l'historique des premiers travaux d'assainissement des marais, ainsi que les résultats obtenus à cette époque et depuis lors.

— *Du résultat de l'amputation du col de l'utérus par l'écraseur linéaire*, par le docteur *Mondet* (d'Oran). — Dans les amputations du col de l'utérus au moyen de l'écraseur, l'amputation dépasse de beaucoup la ligne sur laquelle la chaîne a été appliquée.

En moyenne, l'amputation se trouve pratiquée à 1 centimètre au-dessus de la chaîne. Cette différence est en rapport avec le volume du col. Il résulte de ces faits des indications thérapeutiques importantes.

En particulier dans le col cancéreux, on ne doit pas employer l'écraseur si on n'a pas au moins 1 centimètre du col saisi en arrière du mal.

— *Topographie de la ponction des kystes de la face convexe du foie*, par M. *Gros*, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger. — Deux méthodes se trouvent en présence dans le traitement de ces tumeurs; la ponction avec ou sans aspiration, et l'ouverture après cautérisation adhésive, dite méthode de Récamier. Dans certains cas, on ne peut avoir recours à cette dernière, et il faut employer d'emblée la ponction. Dans ces cas, on craint souvent de pénétrer dans la plèvre et de blesser même le poumon; de là, des hésitations, des tâtonnements parfois nuisibles. M. Gros a fait sur le cadavre une série de recherches dans le but de trouver le point dans lequel on peut arriver à la face convexe du foie et atteindre le kyste avec le trocart explorateur sans léser ni la plèvre ni le poumon. Pour cela, il a enfoncé un certain nombre d'aiguilles dans l'hypochondre droit. Il a ainsi trouvé qu'il pouvait atteindre sans danger les kystes de la face convexe du foie dans un espace triangulaire ayant pour base la dernière côte, pour sommet, l'extrémité interne du sixième espace intercostal, et pour côtés des lignes allant de ce sommet aux deux extrémités de la douzième côte.

M. *Hérard* préfère le procédé de Récamier, qui, en provoquant des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, met mieux que la simple ponction, même avec aspiration, à l'abri de l'épanchement de liquide dans le péritoine. Cet épanchement n'est d'ailleurs jamais innocent.

M. *Gayet* (de Lyon) apprécie l'observation de M. Hérard. Il a vu la péritonite suivre des ponctions.

M. *Rochard* rappelle la pratique des chirurgiens anglais à Shang-Haï, dans le traitement des abcès du foie, pratique, qu'il a signalée l'an dernier au congrès de Reims, et, plus récemment, à l'Académie de médecine de Paris. Ces chirurgiens se préoccupent peu d'avoir des adhérences ; grâce aux précautions antiseptiques de Lister, ils ouvrent impunément ces grandes collections.

M. *Hérard* suppose que, lorsqu'il y a des abcès du foie, il existe des adhérences entre cet organe et la paroi abdominale.

M. *Bertherand* a vu, au Mexique, le professeur Ximénès ouvrir directement et largement les abcès du foie au bistouri, et les guérir ; il a lui-même ouvert de cette manière un abcès contenant 7 litres de liquide, et le malade se lever, en quinze jours. L'orateur pense que, dans ces cas, il existait des adhérences.

— *De la pneumonie lobaire aiguë avec exsudat fibrineux des grosses bronches*, par le docteur *Sézary* (d'Alger). (Sera publié).

— M. *Carl Vogt* présente, au nom de M. *Martin Ziegler* (de Genève), un mémoire sur *le rayonnement magnétique*, et s'exprime ainsi à ce sujet :

« M. Martin Ziegler s'occupe depuis plusieurs années d'expériences physiologiques sur lesquelles il a déjà publié un certain nombre de mémoires. Depuis deux ans et demi il a étudié, à Genève, dans divers laboratoires de l'Université, les effets physiologiques qu'on peut produire avec l'électricité unipolaire et avec l'aimant. Il croit avoir constaté qu'un barreau aimanté produit, à distance, certains effets déterminés sur des animaux (lapins), lorsque ce barreau est combiné avec un second barreau également aimanté ; que les effets physiologiques produits sont différents suivant les angles dans lesquels ces barreaux se croisent ; que l'un de ces barreaux peut être remplacé par le magnétisme terrestre. De ses expériences, M. Ziegler déduit la conclusion que le magnétisme terrestre présente un rayonnement semblable à celui de la lumière ou de la chaleur ; que ces rayons se réfractent en traversant certains corps, tels que le cristal ou le fer. En projetant chez un lapin les rayons magnétiques concentrés par une lentille en fer doux sur le cœur, on produit des perturbations dans la circulation, tandis que les intestins présentent des mouvements péristaltiques violents lorsqu'on place le lapin dans le foyer avec la région gastrique.

» J'ai pu constater moi-même les effets de cette dernière expérience. Quant aux vues théoriques et aux autres conséquences que l'on pourra déduire de ces expériences, je dois me réserver entièrement ; mais il est possible que la voie ouverte par M. Ziegler conduira à des résultats qui intéresseront à la fois la physique, la physiologie et la médecine. »

— *Sur les tumeurs pulsatiles de l'orbite*, par M. *Gayet* (de Lyon). — L'auteur communique l'observation d'un malade qui, à la suite d'un coup reçu sur la face, le 6 janvier 1880, présenta une série de phénomènes survenus par phases successives :

Première phase : 1° un bruit de souffle d'un caractère assez difficile à déterminer, mais du type continu, à redoublement, s'entendant jusque dans le dos ; 2° une paralysie m lète du droit externe ; 3° une paralysie incomplète de la me paire ; 4° une intégrité à peu près complète de la n et de la circulation veineuse ; 5° battements assez cessant avec la compression de la carotide.

Deuxième phase, subite, le 24 janvier : 1° diminution e des bruits de souffle ; 2° protrusion énorme du globe vec chémosis ; 3° immobilité du globe ; 4° hémorrhagies veirétiniennes avec perte de la vision ; 5° conservation mouvement pulsatil.

Troisième phase : 1° retour du bruit de souffle avec ses premiers caractères ; 2° continuation des battements ; 3° apparition d'un frémissement dans une tumeur à l'angle supéro-interne ; 4° développement des veines de la région temporale ; 5° réduction du globe et réapparition des mouvements ; 6° production de tous les symptômes signalés par Delens.

Quatrième phase : Brusque guérison spontanée le 19 mars et disparition successive de tous les phénomènes morbides. Léger retour de la vision constaté le 10 avril.

Ce fait montre combien il est nécessaire de suivre la marche des symptômes dans une affection de cette nature, et comment les observations qui se borneraient à l'étude d'une seule phase pourraient différer de vue sur le diagnostic et le traitement. C'est peut-être à cette cause qu'est due l'incertitude évidente qui règne encore dans la science à propos des tumeurs pulsatiles de l'orbite.

— *De l'hémorrhagie chez les femmes opérées de la hernie à l'époque de la menstruation*, par M. le docteur *Fleury* (de Clermont). (Sera publié.)

— *Quelques notes prises pendant l'hiver de* 1880-81 *à Mustapha supérieur (près Alger)*, par le docteur *F. Le Blanc*. — Obligé, pour sa santé, de passer l'hiver dernier en Algérie, le docteur F. Le Blanc s'est bien trouvé de son séjour à Mustapha supérieur, et croit que ce point des environs d'Alger doit être le premier recommandé aux malades comme exempt des inconvénients dus au vent et à la poussière, et présentant les avantages de la vie à la campagne, de la vie au grand air.

Dès les premiers jours de l'arrivée en Algérie, les malades se croient presque guéris. Ils n'en doivent pas moins redoubler de précautions, sous peine de perdre tout le bénéfice de cette première amélioration.

Au bout de quelques semaines de séjour, on observe généralement quelques accidents gastro-intestinaux qui cèdent rapidement à une demi-diète et à l'usage de quelques boissons aromatiques.

La vie en plein air est d'autant plus facile aux malades, que le nombre des belles journées est considérable ; il a été de 175 pour les sept mois d'hiver, d'octobre à avril. Il est rare qu'une journée soit assez pluvieuse pour ne pas permettre de prendre l'air au moins quelques instants.

Un excellent adjuvant du climat d'Algérie consiste dans la cure lactée, qui y semble mieux supportée et plus efficace que dans les pays d'Europe.

M. *Louis Moreau* partage l'opinion de M. Le Blanc sur l'heureuse influence du climat algérien sur la tuberculose ; mais il croit qu'il ne faut pas attribuer le même effet à tous les environs d'Alger, et que d'autres localités, Saint-Eugène entre autres, ont les mêmes avantages que Mustapha supérieur. En outre, l'état moral du malade lui paraît avoir une influence manifeste sur la maladie. La nostalgie a eu, dans un cas, une action fâcheuse sur la marche de la tuberculose.

M. *Landowski* fait remarquer que le climat algérien exerce, en général, une heureuse influence sur le moral, et par conséquent sur la marche de la maladie.

L.-H. Petit.

(*A suivre*).

Réunion annuelle des délégués des Sociétés savantes des départements.

Influence de l'électricité sur la fermentation. — Étude microscopique des infusoires. — Traitement des maladies de l'oreille. — Ablation d'une tumeur de la mâchoire. — Eaux de la Preste. — Hypermétropie et strabisme convergent. — Thermocautère. — Obstétrique. — Maladies de la peau chez les houilleurs. — Métamorphose des téniadés. — Hygiène des établissements insalubres. — Trichinose.

Cette réunion a été ouverte le mercredi 20 avril, à la Sorbonne, sous la présidence de M. Milne Edwards. La *commission des sciences*,

qui doit seule nous occuper, est ainsi composée : *président*, M. Milne Edwards; *vice-présidents*, MM. Faye et Wurtz; *secrétaire*, M. Ch. Richet. Après un discours fort goûté de M. le président, les sections se sont séparées pour vaquer à leurs occupations respectives.

Dans cette session, qui s'est tenue les 20, 21 et 22, les travaux *concernant* la médecine qui ont été communiqués à la *section des sciences*, sont les suivants :

— M. *Ch. Richet* indique quelques faits relatifs à *l'influence de l'électricité sur la fermentation*. Les fermentations lactique, ammoniacale, putride, ne sont en rien ralenties ou modifiées par des courants électriques extrêmement forts, capables de tuer une grenouille en une ou deux minutes.

— M. *Certes* montre qu'en introduisant quelques gouttes d'acide *ozonique* dans de l'eau, on fixe cette substance sur le protoplasma des infusoires, qui tombent au fond du vase; on peut alors les soumettre plus facilement à l'observation microscopique.

En faisant vivre des infusoires dans de l'eau contenant un *cinquante millième* de *quinoléine*, cette substance se fixe sur les cellules, et les colore en bleu.

— M. *Paquet*, professeur à la Faculté de médecine de Lille, présente son ouvrage sur les *maladies des oreilles*. Il expose le procédé opératoire qu'il préconise pour remédier à certaines surdités. Ce procédé consiste à former dans la membrane du tympan un lambeau triangulaire à base supérieure adhérente, correspondant à une ligne horizontale passant par l'apophyse externe du marteau et à sommet inférieur libre, situé sur la demi-circonférence inférieure de la membrane, à l'intersection d'une perpendiculaire abaissée de la partie inférieure du manche du marteau. On peut ainsi arriver aisément à sectionner le tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan, et exciser la partie inférieure du lambeau, de manière à produire une perforation durable; de même, on peut réséquer le manche du marteau et détruire les adhérences de la caisse du tympan. Ce procédé permet mieux que tout autre, l'écoulement des liquides contenus dans la caisse.

— M. *Paquet* (de Lille) fait une seconde communication sur l'ablation d'une *tumeur osseuse de la face*. Cette observation a été communiquée à la *Société de chirurgie* (voy. p. 273).

— M. *Bloc*, membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, lit une observation de laquelle il résulte que les *eaux de la Preste* ont des effets lithontriptiques très marqués.

— M. le docteur *Armaignac* (de Bordeaux) fait une communication sur les *rapports de l'hypermétropie et du strabisme convergent*. M. Armaignac a pensé qu'une gymnastique appropriée aux muscles moteurs de l'œil parviendrait facilement à rétablir l'équilibre et la vision binoculaire, sans qu'on fût obligé de recourir à l'opération, si les conditions de réfraction pouvaient s'exercer sans que l'action musculaire fût violentée en quelque sorte par les conditions physiologiques qui rendent solidaires l'accommodation et la convergence. Reprenant des expériences déjà anciennes, M. Armaignac s'est attaché à déterminer rigoureusement la réfraction des yeux des malades et a administré, pendant un temps plus ou moins long, le collyre de sulfate d'atropine, en même temps qu'il donnait aux malades des verres convexes appropriés à leur hypermétropie et leur permettant de lire à une distance déterminée sans avoir besoin de mettre en jeu leur accommodation. Dans un temps relativement court, qui n'a pas dépassé quelquefois un mois ou six semaines, le strabisme a disparu, et la vision binoculaire a pu continuer de s'exercer sans fatigue et sans effort.

— M. le docteur *Paquelin* présente un *thermocautère* et un *Bunsten automatique soufflant*.

— M. le docteur *Félix Paquet* (de Roubaix) se propose de démontrer l'utilité d'appliquer à la *science obstétricale* les récents progrès accomplis en thérapeutique. Ses observations sont relatives à l'*inertie utérine*, à l'*involution utérine*, aux *hématomes* suites d'accouchement et à l'*éclampsie*.

— M. le docteur *Paul Fabre* (de Commentry) expose le résultat de ses observations sur les *affections de la peau* les plus fréquentes *chez les houilleurs*. De ces affections, les unes paraissent dues surtout à l'influence de l'humidité, et l'on peut citer par ordre de fréquence décroissante l'érythème noueux, l'érythème papuleux, le purpura simplex et le purpura hémorrhagica.

D'autres sont dues à l'influence de la chaleur qui règne dans certains chantiers, et le docteur Fabre cite, comme se présentant assez souvent, une espèce d'éruption miliaire vésiculeuse de *sudamina*, qui semble devoir se rapprocher beaucoup de ce que les médecins de la marine ont décrit sous le nom d'eczéma des pays chauds, de *bourbouille*. Ces éruptions s'accompagnent, en général, de démangeaisons assez vives et simulent parfois le prurigo.

— M. *Mégnin* présente quelques observations sur le développement et les métamorphoses des *Téniadés* chez certains poissons d'eau douce. Il les rapproche d'observations faites sur les lapins par M. Laborde, et conclut que les exemples ne sont pas rares de téniadés suivant toutes leurs phases de développement et arrivant à l'état adulte chez le même vertébré, et que l'émigration n'est pas indispensable, comme on le croit généralement, depuis les expériences de Van Beneden, pour atteindre ce résultat.

— M. le capitaine *Bordier*, de la Société de climatologie d'Alger, présente un mémoire de M. le docteur *E. Bertherand*, secrétaire général de ladite Société, sur la nécessité d'installer un *inspecteur départemental* pour surveiller les prescriptions hygiéniques dans les *établissements insalubres*.

— M. *Joannes Chatin* fait une communication sur la trichine. A ce sujet, M. Milne Edwards fait remarquer que la salaison du porc peut contribuer à augmenter la difficulté que l'on éprouve à tuer ces parasites par l'effet de la cuisson; en effet, par l'action du sel, la quantité d'eau contenue dans les tissus de ces animalcules doit être diminuée, et l'on sait, par les expériences de Doyère sur les rotifères, que certains êtres vivants dont la mort est déterminée promptement par une température de 60 à 80 degrés, lorsqu'ils sont saturés d'eau, peuvent résister à une température de plus de 120 degrés, lorsque, par la dessiccation, ils sont réduits à n'avoir qu'une vie latente.

— La clôture de la session a eu lieu le 23 avril, sous la présidence de M. le ministre de l'instruction publique, qui a prononcé un discours souvent interrompu par les applaudissements, et dont les progrès de l'enseignement formaient surtout le texte.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

INSCRIPTION MICROSCOPIQUE DES MOUVEMENTS QUI S'OBSERVENT EN PHYSIOLOGIE, par M. *Marey*. — L'auteur fait remarquer que, dans les tracés, les vibrations propres du levier peuvent s'ajouter à la courbe réelle du mouvement. Pour éviter cet inconvénient, il faut arriver à inscrire un mouvement en donnant au tracé des dimensions tellement réduites qu'on puisse considérer comme négligeable la vitesse du style inscripteur. Mais ces tracés, pour garder les mêmes proportions que dans les expériences ordinaires, devront être recueillis sur des surfaces animées d'une vitesse très faible : 1 millimètre par seconde. Les détails de la courbe obtenue ne seront donc pas visibles à l'œil nu. En recueillant ces courbes sur une glace légèrement enfumée, qu'on place sous l'objectif d'un microscope, il suffit d'un grossissement de 20 diamètres pour rendre aux tracés des dimensions telles, qu'on en puisse complètement analyser la forme. Un dessin à la chambre claire, un décalque, ou mieux une photographie obtenue par projection, ramèneront ces courbes à des dimensions aussi grandes qu'il sera nécessaire.

Pour de petites excursions, dit l'auteur, l'inertie du levier est négligeable. Déjà, avec les appareils ordinaires, j'avais réussi à transmettre à distance et à inscrire les vibrations d'un diapason de 200v.d. par seconde : avec l'inscription microscopique, j'ai obtenu le tracé des vibrations de la voix en chantant au-devant de l'orifice du tube transmetteur.

Les vibrations du sang dans les vaisseaux, qui donnent naissance à un son, connu en médecine sous le nom de *bruit de souffle*, semblent devoir rentrer dans le domaine des mouvements inscriptibles. En effet, sur des tubes élastiques et sur des anévrismes artificiels traversés par un courant d'eau, j'ai déjà obtenu l'inscription très nette des vibrations du liquide, vibrations que l'oreille me faisait percevoir en même temps sous forme de bruit de souffle.

Hygiène. — M. *L. Descroix* adresse des représentations graphiques de diverses données météorologiques se rapportant aux études d'hygiène.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

MM. Yvon et Prunier, pharmaciens à Paris, se portent candidats à la ploce déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. Richord Bremlndge, secrétnire du comité exécutif du Congrès international de pharmacie qui s'ouvrira à Londres lo 1er août, envoie le programme de ce congrès.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° l'*Exposé des titres et travaux scientifiques* de M. le docteur Lambron, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national; 2° lo discours sur *la vaccine* prononcé récemment à l'Académie de médecine de Belgique par M. le docteur Hubert Boens (de Charleroi), président de la Ligue internationalo des anti-vaccinateurs; 3° un cours théorique et pratique de chirurgie, par M. le doctour Burggracvo (do Gand); 4° un ouvrage de M. lo docteur Dekigalla (d'Hermopolis), sur les *éruptions volcaniques*.

M. *Magne* fait hommage d'un mémoire *sur les causes premières des maladies charbonneuses*.

M. *De Villiers* présente un travail manuscrit de M. le docteur Charnaux (do Vichy) tendant à démontrer quo le germe de la variole prend naissance dans l'espèce bovine et qu'il serait nécossaire d'en vacciner les animaux. (*Commission de vaccine*.)

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose les récentes instructions du conseil d'hygiène do la Seine sur les soins à donner aux porsonnes mordues par des chiens enragés; ces soins consistont à lover, faire saigner et cautériser. MM. Bouley et Larrey regrettent qu'on n'ait pas proposé la ligature du membre au-dessus de la ploie, et M. Jules Guérin préconise l'aspirotion mécanique.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente une *pince à pression continue*, construite par M. Clasen (de Bruxelles), sur les indications de M. le docteur Liebreich, afin d'éviter les accidonts dans l'extraction des cataractes socondaires adhérentes à l'Iris.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant dans la division de physique, chimie médicales et pharmacie, d'après la liste suivante de présentation : en première ligne, M. Lepage (de Gisors), en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Ladrey (de Dijon) et Schlagdenhaufen (de Nancy). — Votants : 53; majorité : 27. Ont obtenu : M. Lepage, 41 voix ; M. Ladrey, 9 et M. Schlagdenhaufen, 3. — En conséquence, M. Lepage est élu.

Rôle des micro-organismes dans l'étiologie des affections telluriques. — Les divers organismes microscopiques qui ont été trouvés depuis quelques années par certains observateurs, et tout dernièrement par MM. Tomasi-Crudeli et Klebs dans les miasmes paludéens sont-ils bien vraiment la cause de la fièvre tellurique? M. le docteur *Burdel* (de Vierzon) ne le croit pas : il a remarqué en effet, d'une part, que leur présence est loin d'être constante dans l'atmosphère de tous les lieux réputés insalubres qui renferment ces éléments, et que leur genre, leur espèce, varient autant que les lieux, les heures du jour et les saisons pendant lesquels on les observe ; d'autre part, les inoculations sur des lapins, des liquides de culture renfermant ces divers organismes ne peuvent avoir aucune valeur, quand on songe à quelles erreurs d'interprétation les symptômes observés sur cet animal peuvent conduire, ainsi que de récents exemples l'ont établi. D'ailleurs, les expériences que M. Burdel a pu faire sur des moutons, sur lui-même et sur plusieurs personnes ont bien voulu s'y prêter, à l'aide d'inoculations avec de rosée recueillie au-dessus d'étangs marécageux, puis avec l'eau contenant ces prétendus germes puisés dans atmosphère au-dessus des marais et des terres nouvel- défrichées, n'ont jamais produit ni le moindre physiologique, ni aucune perturbation pathologique de ceux observés dans la véritable fièvre

M. *Co in* d'Alfort) fait à ce sujet remarquer combien il singulier et inutile de tenter des expériences de ce genre des animaux tels que les lapins et les moutons, qui n'ont la maladie qui est le but de cette expérimentation.

M. *Maurice Raynaud* fait savoir qu'on aurait récemment, Italie, pu faire contracter la fièvre intermittente à des auxquels on avait inoculé le contenu de vésicules d'herpès recueilli sur des personnes atteintes de cette affection.

Toucher rectal dans la coxalgie. — L'articulation coxo-fémorale, en raison de la situation profonde des tissus, est peu accessible aux moyens ordinaires de recherche ; cependant M. le docteur *Cazin*, de Boulogne-sur-Mer, a pensé que le toucher rectal, autrefois réservé à des cas exceptionnels, devrait faire partie intégrante de l'examen de toute coxalgie qu'elle soit sèche ou suppurée. Sur 96 coxalgies actuellement en traitement à l'hôpital de Berck-sur-Mer, 47 fois il a pu ainsi obtenir des renseignements très appréciables, contrôlés d'ailleurs et confirmés 3 fois par l'opération de la résection, 2 fois par l'autopsie. Les symptômes observés ont consisté en douleur à la pression au niveau de la surface post-cotyloïdienne, présence de l'engorgement des ganglions intrapelviens, augmentation de volume du plancher osseux, dépression, flexibilité, mobilité, destruction, perforation de la surface post-cotyloïdienne, empâtement des parties molles, abcès pelviens de volumes divers, et même communications entre les abcès pelviens peu volumineux et les fistules situées en dehors. L'importance du toucher rectal n'en est alors que plus grande, car ces abcès pelviens sont quelquefois uniques et se rencontrent dans des cas de coxalgies regardées comme sèches, de telle sorte qu'on eût pu pratiquer le redressement forcé, faute de cette nouvelle indication. Le toucher rectal permet donc d'établir un diagnostic tout à fait complet et de ne pas négliger de précieux symptômes.

Vaccination et revaccination obligatoires. — On pouvait penser que cette longue discussion allait aujourd'hui prendre fin ; on attendait avec curiosité et intérêt les « réserves » annoncées par M. Larrey et le résumé de M. le rapporteur. Mais l'ordre du jour très chargé a prolongé jusqu'à une heure assez avancée la lecture de ces deux discours. M. Gosselin et un grand nombre de ses collègues ayant déclaré que leur opinion était faite et qu'il convenait de clore la discussion afin de passer au vote des conclusions de la commission, l'Académie allait sans doute y procéder lorsque M. Jules Guérin, d'abord, a annoncé la présentation d'un amendement à propos duquel il se réserve de répondre aux critiques qui lui ont été adressées, et M. Depaul, ensuite, a demandé à fournir quelques nouvelles explications. En conséquence, la « clôture de la discussion générale » a seule été prononcée. Nous analysons les deux discours prononcés aujourd'hui :

M. *Larrey*, après avoir rappelé dans quelles conditions le débat sur la proposition de loi de M. Henry Liouville a été ouvert devant l'Académie, commence par reconnaître qu'au point de vue médical, tous les membres de l'Académie sont d'accord pour proclamer les bienfaits et la nécessité de la vaccine; mais, comme M. Depaul et M. Hardy, il craint qu'elle ne soit compromise par « les exigences coercitives d'une exécution obligatoire. » Aussi est-il opposé à la loi proposée ; si elle était votée, dit-il, elle entraînerait des mesures arbitraires et vexatoires, impuissantes dans l'application et incertaines, sinon contraires, dans les résultats. La vaccination obligatoire ne peut, au reste, être établie sans l'obligation correspondante de la revaccination, et bien qu'il se reconnaisse comme un des partisans les plus décidés des revaccinations, puisqu'il a contribué plus que personne à y obliger les soldats « sous la double garantie du commandement militaire et de l'autorité médicale », il ne croit pas qu'on puisse imposer l'obligation d'une pratique qui, malgré toutes les précautions, ne donne presque constamment que des résultats très incomplets. Pourquoi alors ne pas décréter de semblables mesures contre les autres affections contagieuses ? C'est là une voie dangereuse; que serait-il advenu, en effet, si on avait établi la syphilisation obligatoire, alors que celle-ci était si vantée? Il convient donc plutôt de demander au gouvernement la réorganisation sur de larges bases du service général de la vaccine

en France; si le vote de l'Académie était favorable à cette manière de voir, M. Larrey se déclare prêt à lui soumettre ensuite un contre-projet de loi « qui pourrait concilier tous les intérêts, en assurant par des voies plus certaines et plus régulières l'accomplissement de la vaccination et de la revaccination obligatoires ».

M. *Blot* extrait tout d'abord d'une des lettres qui lui ont été adressées à propos de cette discussion le renseignement suivant : dans le premier trimestre de cette année, cinquante-cinq personnes sont mortes de la variole au Havre, parmi lesquelles trente-trois n'étaient pas vaccinées; il ne faudrait donc pas trop faire fi de l'indifférence et de la négligence du public pour la vaccination.—Résumant ensuite toute la discussion précédente, il établit que le gouvernement et l'auteur de la proposition de loi, en consultant l'Académie, ont entendu uniquement lui demander de se prononcer sur la valeur de la vaccine, en tant que prophylactique de la variole; c'est la solution du côté scientifique, de la partie médicale du problème, et non la partie juridique, qu'il faut ici examiner pour le moment; il importe donc de se garder d'une confusion quelconque des pouvoirs; les dissidences, les discussions qui pourraient se produire sur ce point au sein de l'Académie seraient inopportunes et auraient l'inconvénient, pour le public inattentif et incompétent, de faire croire à des divergences scientifiques qui n'existent pas. La complète unanimité de l'Académie sur la partie médicale de la question est une chose assez rare dans ses annales pour qu'elle ne soit pas précieusement enregistrée et proclamée. Ceci établi, M. Blot ne s'en croit pas moins obligé de répondre aux critiques qui ont été produites, tout en se félicitant que ses contradicteurs ne se soient pas eux-mêmes trouvés d'accord entre eux dans leur opposition. Bien que M. Fauvel ait magistralement réfuté les objections présentées par M. Depaul, il ne peut passer sous silence l'opinion formulée par celui-ci que la loi porterait atteinte à la liberté individuelle et à l'autorité du père de famille. Pourquoi, sous le fallacieux prétexte de les conserver entières et absolues, voudrait-on donc ôter au prochain cette autre liberté individuelle, qui prime toutes les autres, la liberté de vivre? La valeur de la vaccine est un axiome médical qui a pour corollaire la nature contagieuse du mal; les pouvoirs publics deviendraient complices d'une grave culpabilité en cédant aux bizarreries intellectuelles de quelques rares ignorants ou entêtés qui prétendent au droit de se donner la mort en la propageant autour d'eux. Le gouvernement, dans l'état actuel de la science, n'a pas moralement le droit de négliger plus longtemps le moyen proposé. Quant à la nécessité de réorganiser le service de la vaccine, elle est, il est vrai, reconnue et acceptée par tous; mais on hésite sur le *modus faciendi*. La commission pense que cette réorganisation doit être la conséquence nécessaire et logique de la loi proposée. De nombreux exemples et celui même des précédentes tentatives à ce sujet le prouvent en effet clairement; jamais une commission du budget n'a proposé une allocation quelconque pour un service dont le principe n'est pas reconnu par une loi. C'est cette mesure qu'il faut d'abord obtenir, sans elle pas de budget et sans budget pas de réorganisation possible. On a reproché à la commission de s'être mise en contradiction avec elle-même en ne réclamant pas également l'obligation pour les revaccinations, mais elle en a, au contraire, demandé l'obligation, en ajoutant sagement que cette obligation ne pouvait être absolue et qu'il fallait la réaliser autant que cela serait possible.

Quant au reproche que la commission n'aurait parlé que légèrement de la syphilis vaccinale, le rapport a expressément dit, au contraire, que c'était là une objection importante, mais contre laquelle la vaccination animale pouvait être établie; aujourd'hui, d'ailleurs, en l'absence de la loi, la responsabilité et les difficultés n'existent-elles pas tout aussi bien à cet égard? Les lois semblables qui existent dans certains pays étrangers seraient, a-t-on dit, incomplètement appliquées; on a cependant vu à quels résultats heureux on est parvenu, même dans des conditions défectueuses, et comment ne pas en conclure à l'utilité de cette loi si, comme on peut l'espérer, son application devient plus générale.

Répondant ensuite au discours de M. Jules Guérin, M. Blot dit se trouver dans un embarras extrême, car il ne sait à qui s'adresser en présence des contradictions de M. Jules Guérin qui, après s'être déclaré au début de son argumentation le propagateur dévoué de la vaccine, en fait au milieu le procès le plus injuste et ne craint pas à la fin de ramasser tous les paradoxes des vaccinophobes. La commission n'aurait pas, d'après lui, fait une étude sérieuse et impartiale de la question; mais M. Jules Guérin, qui prétend l'avoir faite de son côté, néglige d'établir une comparaison quelconque entre les résultats acquis depuis plus de trois quarts de siècle et les prétendues statistiques destinées à contredire ces résultats, et il ne remplace ces statistiques par aucune autre; les travaux envoyés à l'Académie chaque année et les rapports annuels du directeur de la vaccine lui en auraient cependant fourni tous les éléments. M. Jules Guérin pense qu'on arrivera tôt ou tard à connaître la cause de la variole et à trouver le remède contre cette cause; mais il ne dit absolument rien de ces deux inconnus et néanmoins il n'hésite pas à faire tout ce qu'il faut pour amoindrir la confiance qu'inspire la vaccine, dont il désire cependant la propagation. Une telle conduite est inconséquente, dangereuse et même coupable; il faut protester de toute son énergie contre elle, et contre les affirmations sans preuves sur lesquelles elle s'appuie, telles que celles-ci : que beaucoup de médecins ne croiraient plus à la vaccine, et que les désastres de l'épidémie de 1870-71 pourraient bien reconnaître pour cause efficiente les 150000 revaccinations pratiquées pendant le siége. M. Jules Guérin qui ne croit pas à ces assertions devait les laisser dans le silence avec le mépris qu'elles méritent ou, s'il les produisait, il se devait à lui-même de les combattre.

L'amendement proposé par M. Ulysse Trélat paraît très acceptable à M. le rapporteur; car il n'est pas inutile de rappeler aux municipalités les pouvoirs que les lois existantes leur confèrent en matière de prophylaxie, mais il ne faut pas oublier que ces pouvoirs n'ont d'action que lorsque le mal existe déjà en partie et qu'il est encore plus utile de le prévenir en adoptant la loi proposée. Comme M. Depaul et en dernier lieu M. Larrey, qui, après avoir adopté les conclusions de la commission avec de vagues réserves, est venu ensuite les combattre radicalement, M. Hardy a fait porter son argumentation sur des raisons extra-médicales; ne pense-t-il pas, en effet, qu'il ne faut pas abuser du prétexte de l'intérêt général, même pour édicter des mesures prophylactiques; encore bien moins faudrait-il abuser des intérets individuels en confondant ainsi la liberté morale avec la liberté sociale? Que chacun se soigne comme il l'entend ou ne se soigne pas du tout, rien de mieux; mais peut-il en être de même lorsqu'il s'agit d'affections qui peuvent se propager aux voisins? Il faudrait donc, ajoutent MM. Hardy et Larrey, appliquer le même principe pour les autres affections contagieuses. Assurément, si cela pouvait être, répond M. Blot, si des prophylactiques comparables à la vaccine ne manquaient pas pour ces autres affections. Cette loi sera le despotisme de la lancette, s'est écrié M. Hardy; mais ce despotisme ne serait-il pas préférable à celui de l'ignorance et de l'aveuglement, surtout quand il peut avoir pour conséquence la mort de milliers d'individus! Il est singulier d'ailleurs de voir nos contradicteurs, ajoute M. Blot, accepter cette obligation pour les militaires, alors que toute la nation passe par le régiment, ou bien la refuser pour les nouveau-nés, sans la refuser pour l'entrée à l'école, alors que tous les enfants sont obligés de s'y rendre. Quant aux observations présentées par M. Hervieux, qui est en somme favorable au rapport de la commission, elles forment un plan de nouvelle organisa-

tion du service de la vaccine en France qui reviendra plus opportunément quand les pouvoirs publics auront pris une résolution définitive sur l'obligation même de la vaccination. — M. Blot termine donc son discours en maintenant les conclusions de son rapport et en déclarant qu'il attend avec confiance le jugement de l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures et un quart.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Correspondance. — Amputations partielles du pied. — Tumeur osseuse du maxillaire supérieur. — De la myringodectomie.

La correspondance comprend : 1° un travail imprimé de M. *Paquet* (de Lille) sur *les polypes granuleux du rectum;* 2° une observation de M. *Guerlain* (de Boulogne-sur-Mer) : *Hypertrophie congénitale de la langue.*

— M. *Polaillon :* On a dit que les amputations partielles longitudinales du pied étaient de mauvaises opérations; voici un moule qui prouve qu'on a été trop absolu. Une femme entre à l'hôpital, en 1878, pour une lésion du gros orteil; amputation de la première phalange de cet orteil. Un an après, un cancroïde se développe dans la cicatrice; M. Polaillon ampute le premier métatarsien en avant de son extrémité postérieure; il enlève aussi le deuxième orteil et la tête du deuxième métatarsien. Cette femme marchait très bien sur son talon et sur ce qui lui restait du pied. Elle mourut dix-huit mois après.

M. *Després :* La maladie n'a pas assez marché pour que la déviation du pied ait pu se produire.

M. *Polaillon :* Cette femme a marché pendant plus d'un an, et assez longtemps pour provoquer une déviation si cette déviation avait dû se produire.

— M. *Paquet* (de Lille) présente un maxillaire supérieur enlevé sur une jeune fille de vingt-deux ans. Une tumeur commença à se développer à l'âge de trois ans, à la suite d'une chute sur l'angle d'un poêle. M. Paquet espérait avoir affaire à une exostose du sinus maxillaire, mais on constatait à la voûte palatine deux saillies dépressibles faisant partie de la tumeur; ablation du maxillaire supérieur. L'opération dura deux heures; la malade fut chloroformée pendant tout ce temps; M. Paquet avait fait le tamponnement préalable des fosses nasales.

La tumeur est osseuse dans presque toute son étendue. La réunion immédiate se fit, sauf à l'angle interne de l'œil; en ce point, on arrive directement dans la fosse nasale; faut-il faire une greffe épidermique pour hâter la cicatrisation? La tumeur sera examinée complètement par M. Kelsch; il s'agit probablement d'un sarcome ossifiant.

M. *Monod :* Il y a des exemples de tumeurs osseuses symétriques des maxillaires supérieurs; il faudrait un examen complet pour affirmer la nature sarcomateuse.

M. *Le Dentu :* Il y a des cas douteux, encore mal classés, qui se rapprochent par leurs caractères de la tumeur de M. Paquet; ils sont intermédiaires entre les exostoses proprement dites et les hypertrophies diffuses symétriques.

M. *Théophile Auger* constate que les dents ne sont pas ébranlées, ce qui n'est pas ordinaire dans les tumeurs sarcomateuses des mâchoires.

M. *Paquet :* L'os malaria lui-même était hypertrophié, ce qui semble donner raison à M. Le Dentu.

— M. *Paquet* (de Lille) fait une seconde communication sur les myringodectomie; il taille un lambeau dans la membrane du tympan pour laisser sortir les liquides contenus dans la caisse. Ordinairement, on fait une simple fente qui est insuffisante. On a aussi employé les perforateurs. Le mieux est de tailler un lambeau; le lambeau de Wreden laisse un cul-de-sac à la partie inférieure de la caisse et il est difficile à tailler. La procédé de Miot est d'une exécution facile, mais il laisse encore un cul-de-sac.

M. Paquet tailla un lambeau triangulaire à base supérieure adhérente, correspondant à une ligne horizontale passant par l'apophyse externe du marteau, et à sommet inférieur libre. Aussi, on peut aisément sectionner le tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan, et exciser la partie inférieure du lambeau pour former une perforation durable.

M. *Tillaux* a pratiqué assez souvent la myringotomie; c'est une bonne opération quand il y a des accidents aigus pouvant faire croire à une méningite; après l'incision, les accidents cessent. L'incision est faite dans la portion sous-ombilicale du tympan. Dans les cas d'otite aiguë, on ne désire pas voir persister la perforation.

M. Tillaux n'enlève pas de lambeau, mais il imprime à l'instrument un mouvement de rotation dans la plaie, ce qui facilite la sortie du pus. Il n'est pas nécessaire de tailler un lambeau pour les otites moyennes suppurées. Avec son procédé, M. Paquet s'expose à couper deux artérioles situées sur les côtés du marteau; il peut couper la corde du tympan. Tandis que dans la portion sous-ombilicale de la membrane, il n'y a ni vaisseaux ni nerfs, et on ne s'expose à aucun accident. En résumé, dans les cas d'otite suppurée aiguë, il faut ouvrir la caisse par une incision, et on peut se dispenser de tailler un lambeau.

M. *Després* a fait des ponctions dans la membrane du tympan, et il n'a jamais vu sortir du pus. Il a fait, pour les otites suppurées de la caisse, la perforation de l'apophyse mastoïde, et avec succès.

M. *Paquet* n'emploie son procédé que pour certaines otites suppurées, non les aiguës, mais celles où le pus est caséeux et ne sort pas avec la simple incision. Il n'a jamais observé d'hémorrhagie après l'opération. Il emploie un petit bistouri ou serpette pour tailler son lambeau.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Sur la pathogénie de l'ictère : MM. Hanot et Gombaud. — Troubles fonctionnels consécutifs à l'élongation des nerfs : M Quinquaud.

M. *Hanot* communique, en son nom et au nom de M. *Gombaud,* les résultats de l'examen anatomo-pathologique du foie d'un malade mort dans son service. Cet individu n'avait jamais présenté trace d'ictère, et lors de sa nécropsie on trouva le canal cholédoque totalement oblitéré. L'introduction d'un stylet dans ce canal était impossible. Des coupes faites sur tout le trajet du cholédoque ont confirmé cette imperméabilité absolue. Par l'examen histologique, on a vu que, tout autour des radicules biliaires, il s'était fait de la sclérose. Il y avait aussi de la sclérose systématique autour des radicules de la veine porte, dans lesquelles la circulation ne pouvait plus se faire. De même de l'artère hépatique. L'absence d'ictère dans un cas d'oblitération du canal excréteur de la bile, voilà, dit M. *Hanot,* un fait qui paraît paradoxal. L'oblitération du canal excréteur ne suffit pas pour donner naissance à l'ictère. S'il ne se forme pas de bile, l'imperméabilité du cholédoque reste sans effets. Dans le cas actuel, l'absence d'irrigation vasculaire, et dans l'artère hépatique et dans la veine porte, doit faire penser à un défaut de sécrétion. C'est pour le présentateur l'hypothèse la plus vraisemblable.

M. *Quinquaud* dit que les conditions pathogéniques de l'ictère sont encore très obscures. Chez quelques animaux, la ligature, le traumatisme du canal cholédoque, les vaisseaux restant perméables produisent ou ne produisent pas d'ictère, sans qu'il soit possible de déterminer les conditions de cette variabilité. Chez le cochon d'Inde, par exemple, la ligature du cholédoque produit très difficilement le passage de la bile dans le sang. M. Quinquaud a observé, à l'hospice des Ménages, un malade qui succomba aux suites d'une hémorrhagie cérébrale. Tous les conduits excréteurs de la bile étaient oblitérés. Tous les vaisseaux sanguins étaient à l'état normal. Il a été impossible d'établir l'existence de l'ictère à une époque quelconque de la vie du sujet.

— M. *Quinquaud* fait une communication sur les troubles fonctionnels consécutifs à l'élongation des nerfs. A la suite d'une élongation forte, il se produit de l'*anesthésie*. Une élongation forte et prolongée donne lieu à des accidents analogues à ceux de la section complète du nerf sciatique. Il se produit de l'*épilepsie spinale*. Elle parait siéger du même côté que le nerf élongé. Sur dix fois, l'épilepsie spinale s'est produite *une seule fois* du côté opposé. Voilà un premier fait qui montre une certaine analogie entre la section complète du sciatique et son élongation forte.

Le premier trouble qui se manifeste est certainement l'*anesthésie*. Anesthésie légère si l'élongation est légère. Que l'élongation soit forte, et l'anesthésie sera plus profonde et durable. Si l'anesthésie a été légère, l'hyperesthésie ne tarde pas à lui succéder.

La *motilité* est presque toujours lésée. Le cochon d'Inde sur lequel on expérimente ne traîne pas la patte comme après la section de la moelle. Cela tient à l'intégrité du crural. Mais les muscles innervés par le sciatique sont parésiés, et la marche est troublée.

On peut constater des *troubles à distance*. Par exemple, l'élongation du sciatique droit retentit sur le crural ou sur le sciatique du côté opposé. Mais plus souvent sur le crural. Ainsi l'orteil interne innervé par ce dernier nerf est plus anesthésié que les autres, innervés par le sciatique. On modifie la fonction nerveuse des membres antérieurs. La modification se produit dans ce cas du même côté que le nerf élongé.

REVUE DES JOURNAUX

Influence de la fonction menstruelle sur la marche de la phthisie pulmonaire, par M. le docteur G. Daremberg.

Exerçant à Menton, où un grand nombre de phthisiques viennent chercher, sinon la guérison, du moins du soulagement de leur mal et la prolongation de leur vie, M. G. Daremberg a pu réunir de nombreux et précieux matériaux pour résoudre cette importante question : Quelle est l'influence de la menstruation sur le développement et la marche de la tuberculose pulmonaire? Ces documents, il cherche à les utiliser dans l'intéressant mémoire dont il s'agit ici. Disons tout d'abord que les auteurs sont muets, ou à peu près, sur ce sujet; on trouve, bien traitée, l'influence de la phthisie sur la menstruation, mais l'action des fonctions cataméniales sur la phthisie paraît avoir été presque complètement laissée de côté. Le premier fait qui a frappé l'auteur, c'est que, chez la femme, la phthisie pulmonaire marche par saccades : cela, croit-il, est dû à l'influence des règles : « Chez les femmes bien réglées, dit-il, la menstruation peut être la cause occasionnelle du développement de la phthisie pulmonaire, qui, sans elle, aurait pu rester latente toujours ou tout au moins pendant un certain temps. » Quand la phthisie existe, l'apparition régulière ou non des règles peut encore devenir le point de départ de poussées congestives et inflammatoires qui aggravent les lésions existantes ou favorisent leur extension. Ces poussées sont encore plus dangereuses quand le molimen ovarien se manifeste sans s'accompagner d'écoulement sanguin. Si, au contraire, le flux persiste alors que les fonctions de l'ovulation ne se produisent plus, on observe de l'affaiblissement sans congestion réflexe, c'est-à-dire sans aggravation des lésions locales. La ménopause définitive, quelle qu'en soit la cause, est un état avantageux, car on n'a plus à craindre les congestions menstruelles. M. Daremberg redoute aussi les congestions qui peuvent se produire après l'accouchement. Pour ce qui est du vieux préjugé, qui attribue souvent la phthisie pulmonaire à la suppression des règles, l'auteur ne le croit pas fondé d'une manière générale ; il pense cependant que chez les femmes prédisposées on doit craindre alors l'apparition de la tuberculose pulmonaire. Telles sont les principales remarques faites par M. Daremberg : à l'appui de son opinion il donne, dans le mémoire qu'on fera bien de lire en entier, des observations intéressantes et complètes.

Cette étude devait, pour être fructueuse, devenir le point de départ d'indications thérapeutiques. M. Daremberg cherche à les formuler : « Chez les femmes phthisiques, dit-il, il faudra toujours surveiller les poumons aux environs de l'époque menstruelle. A la moindre alerte de ce côté, il faudra calmer l'excitation nerveuse et vasculaire par l'emploi modéré de la digitale, du bromure de potassium ou du sulfate de quinine; selon les indications spéciales, recommander le repos absolu, et agir sur les lésions pulmonaires par des révulsifs énergiques, et cela, pendant plusieurs époques consécutives. Quand chez les femmes phthisiques, à la période menstruelle ou à la période critique de la ménopause, l'écoulement sanguin cesse pendant que le molimen ovarien continue son cours, il faut prescrire le traitement précédent et essayer d'abord de faire revenir les règles par des moyens externes; puis, si l'on ne réussit pas, par l'emploi très prudent des purgatifs et des emménagogues internes, et alors même, si l'on ne réussit pas à faire revenir les règles, on obtient l'effet dérivatif qu'on cherchait. » L'auteur recommande également une grande prudence après l'accouchement et chez les femmes dont les hémorrhagies persistent sans ovulation. Enfin si, sans qu'il y ait une grande amélioration dans l'état général et dans l'état local, les règles reviennent, il faut bien se garder d'en tirer un pronostic favorable. On voit l'intérêt pratique sérieux du mémoire de M. Daremberg; il touche évidemment un point des plus importants de la pathologie générale de la femme, et il a fourni déjà des données sérieuses; mais il est loin d'avoir tout démontré, tout éclairé. Nous appelons donc, et de lui et de tous, des observations nombreuses et surtout rigoureusement suivies. (*Archives générales de médecine*, novembre et décembre.

Traitement des vomissements opiniâtres dans la grossesse, par le docteur Welponer.

L'auteur rapporte que, d'après la recommandation du docteur Beaun Femald qui a, plusieurs fois, trouvé ce procédé utile dans la pratique particulière, il a obtenu d'excellents résultats dans trois cas de vomissemnts opiniâtres dans l'état de grossesse, lesquels avaient résisté à tous les autres remèdes, par l'application d'une solution de nitrate d'argent à 10 pour 100 à la partie vaginale du col de l'utérus. Il maintient en contact la solution pendant cinq minutes et essuie ensuite les parties avec de la ouate; l'application demande à être répétée plusieurs fois dans l'intervalle de deux ou trois jours; le succès a été remarquable (*Medical Times and Gazette*, 7 août 1880).

BIBLIOGRAPHIE

Revues scientifiques, publiées par le journal *la République française*, sous la direction de M. Paul Bert. — Troisième année, avec 32 figures dans le texte. — Paris, 1881, G. Masson.

La troisième année des *Revues scientifiques*, publiées chaque lundi par *la République française*, vient de paraître à la librairie G. Masson.

L'éloge de ces *Revues* n'est plus à faire. Publiées depuis 1871 sous la direction de M. Paul Bert, qui en rédige un grand nombre, et confie la rédaction des autres à de jeunes savants autorisés, elles ont pris une place à part dans la littérature scientifique de notre temps. Tout en conservant le caractère d'actualité indispensable dans un journal, elles constituent autant d'études sérieuses, et dont quelquefois même les savants de profession peuvent faire leur profit.

Le volume de 1880, aussi intéressant que ses aînés, contient trente et une revues. En citant au hasard : « L'hiver de 1879-80, la Méridienne de France, les Dangers qui menacent la race française, la Théorie générale des virus, l'Histoire géologique du canal de la Manche, les Hommes à queue, le Photophone, le Diabète et ses théories, le Rôle des sels dans les eaux naturelles », nous aurons donné une idée de la variété et de l'intérêt des sujets qui y sont traités.

Ajoutons que l'ouvrage est orné de figures, ornement qui est en même temps une grande utilité, et qu'il est édité avec tout le soin qui caractérise les publications de la maison Masson.

Index bibliographique.

Des rapports de la thérapeutique avec les diverses branches des sciences médicales, par le professeur J. Grasset. — Montpellier. Boehm et fils.

Cette brochure de 34 pages in-8° est la reproduction de la première leçon du cours de thérapeutique et de matière médicale faite le 17 mars dernier à la Faculté de médecine de Montpellier. Nous avons fait connaître et nous avons apprécié récemment les vues émises sur le même sujet par deux professeurs de thérapeutique de la Faculté de Paris, MM. Bouchard et Hayem. Celles de M. Grasset en diffèrent peu. On y sent le souffle des doctrines vitalistes, dont l'auteur est un des représentants les plus distingués; mais sur les rapports de la thérapeutique avec les sciences physico-chimiques et avec les sciences anatomo-physiologiques, s'il s'éloigne des pharmaco-dynamistes exclusifs de la nuance de Gubler, c'est moins au point de vue clinique qu'au point de vue doctrinal. Il y a des affections spécifiques et des remèdes spécifiques, et le dynamisme organique ne rend compte ni de la formation des premières ni de l'action des seconds. Beaucoup d'organiciens seront de son avis, mais nous n'oserions déclarer avec M. Grasset que les actions dites spécifiques ne *pourront* jamais être ramenées à des actions dynamiques.

De la fièvre dite bilieuse inflammatoire a la Guyane par M. le docteur P. Burot, médecin de 1re classe de la marine. Un vol. in-8 de 540 pages, avec tableaux, tracés et planches lithographiques. — Paris, 1880, O. Doin.

La fièvre bilieuse des pays chauds, déjà étudiée avec soin par M. Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, à qui on doit de si consciencieuses et si intéressantes monographies, n'est pas, comme le dit M. Burot, une entité morbide nouvelle, mais bien un groupe spécial auquel peuvent se rattacher bien des entités qu'on avait cru différentes : c'est une affection qui, affectant allures particulières, peut aboutir à la fièvre jaune. Le mot de fièvre bilieuse pourrait induire en erreur si on le prenait dans son même, car d'après même les observations de M. Burot, ou après celles qui lui ont été communiquées et qu'il a publiées, ne trouve pas de bile; dans presque tous les cas, il ne s'agit d'une fièvre pseudo-bilieuse : c'est-à-dire d'une coloration jaunâtre des tissus dus aux matières colorantes du sang incomplètement transformées.

Cette maladie, dit M. Burot, présente le plus souvent au début le caractère inflammatoire : le pouls est large, bondissant, le facies est coloré, les yeux injectés; les phénomènes circulatoires prédominent. Au bout de quelques jours, elle perd ce caractère et prend un autre cachet, mais il n'en est pas moins vrai que la scène s'ouvre presque toujours par la forme inflammatoire, qui au degré décrit par M. Burot (léger, de moyenne intensité et intense), peut revêtir une marche franche ou insidieuse. Nous ne pouvons suivre M. Burot dans tous les détails qu'il donne sur les symptômes, l'anatomie pathologique, la marche, la durée, les terminaisons, les rechutes et les complications prochaines ou éloignées, selon qu'elles sont générales comme l'anémie et la fièvre intermittente, selon qu'elles sont locales, c'est-à-dire qu'elles se produisent sur les centres nerveux, les organes thoraciques, les organes abdominaux, la rate, les reins, et les différents tissus.

L'étude des causes est la partie la plus intéressante de cette longue et intéressante monographie, qui a exigé de son auteur des recherches d'autant plus laborieuses, que, loin des travaux et des matériaux que nous trouvons si facilement dans notre pays, M. Burot a dû se passer de divers appareils qui simplifient le travail et les analyses, et cela à force d'énergie de patience et de labeur, et cependant les chapitres concernant l'anatomie pathologique et les analyses chimiques des diverses humeurs sont particulièrement soignés et complets. Au point de vue des causes, deux théories sont en présence : la théorie du germe contage et la théorie paludéenne ou tellurique: c'est à la première que se rallie M. Burot. L'existence des microbes n'est pas une hypothèse, dit-il, puisque dans plusieurs circonstances il a constaté la présence de bactéridies. Quand on voit une maladie se développer sur un grand nombre d'individus à la fois, et qu'on la voit disparaître ou se modifier après une désinfection, il n'est pas irrationnel de songer à un germe contage. Si l'on cherche, ajoute M. Burot, par la physiologie, à saisir son mode d'action sur l'organisme, on arrive à avoir une idée très nette de sa nature : c'est une altération primitive du sang sous l'influence d'un ferment de premier ordre ; car il se reproduit ; la réaction se fait, les organes sont le siège de congestions passives et les sécrétions sont altérées : le sang devient fortement acide et la sériosité qui s'extravase est également acide : sous l'influence de l'excitation du début, le foie se congestionne d'abord et produit de la bile et de l'urée, mais bientôt, en raison de la stase passive et de l'altération du sang, il fait moins de bile, moins de sucre, moins d'urée, et on observe le dépôt de granulations graisseuses dans les cellules. Enfin, conclut M. Burot, il semble résulter que la fièvre bilieuse inflammatoire est une fièvre jaune, bâtarde, sporadique ou anormale et pouvait, dans certaines conditions indéterminées, servir d'appoint et de substratum à la véritable fièvre jaune.

Tels sont les points les plus importants de ce travail qui fait honneur au corps médical de la marine : M. Burot en effet ne s'est pas seulement appuyé dans sa démonstration sur des observations personnelles, mais aussi sur celles qui lui ont été fournies par ses collègues de la Guyane.

VARIÉTÉS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

La séance annuelle de l'Association a eu lieu dimanche dernier. M. Woillez a d'abord fait connaître le résultat du recensement des votes pour la nomination du président. La réélection de M. H. Roger a été faite, le 26 mars, à l'unanimité moins 11 voix, par les 87 Sociétés locales. Le président a exprimé sa gratitude dans une courte allocution où, comme toujours, le trait abonde. Puis la parole a été donnée à M. Brun pour exposer l'état des finances de l'Association; à M. Leroy de Méricourt, sur la situation de la comptabilité jusqu'au 31 mars 1881; et à M. Penard, sur la caisse des pensions.

Aucun de ces documents n'ayant été livré à la publicité au moment où nous mettons sous presse, nous nous bornons à mentionner, d'après un article de l'*Union médicale :* 1° que le reliquat disponible sur les revenus de l'Association est de 5059 francs de rente, qui seront employés

à fonder de nouvelles pensions ou à augmenter les anciennes; 2° que cette année, 37 sociétaires ont fait don de la somme de 10 993 francs.

NOUVEAU CAS DE RÉDUCTION DU PYLORE.

Une nouvelle résection du pylore a été faite à Vienne par le chef de clinique de Billroth, le docteur Wölfler. Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans. L'opération a eu lieu, le 8 avril, sans difficultés. Le 15 avril, l'opérée se portait très bien et prenait avec appétit du vin, de la soupe au vin, du lait, des biscuits. Elle n'a jamais eu de fièvre, ni de vomissements. Tout fait espérer la guérison. (*Wien. med. Wochenschrift.*)

C'est la quatrième résection pratiquée à Vienne depuis quelques mois : la première avec succès, les deux suivantes suivies de mort rapide.

Nécrologie. — Nous avons appris trop tard pour la mentionner dans notre dernier numéro la mort de M. le docteur François-Gabriel Guillon, ancien chirurgien militaire, qui avait été chirurgien consultant du roi Louis-Philippe, et avait donné quelques soins à Napoléon III. M. Guillon est décédé à Paris, le 17 avril 1881, dans sa quatre-vingt-neuvième année. Il était connu par des travaux d'une sérieuse valeur sur les affections des voies urinaires et sur leur traitement. Il avait imaginé des instruments particuliers, dont un pour la lithotritie chez le cheval. Le prix d'Argenteuil avait été longtemps le but de son ambition. Blessé des décisions de l'Académie, qui tantôt ne distribuait pas le prix, tantôt le partageait, il lui avait intenté à diverses reprises un procès, dans la personne de M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel. On sait aussi que ses rapports avec l'empereur ne se terminèrent pas à sa satisfaction, et qu'il donna une destination scientifique à la somme qu'il avait reçue pour prix de ses soins.

Faculté de médecine de paris. — M. Sebillou (Albert), est nommé préparateur-adjoint des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Dietz, démissionnaire.

— M. Champetier de Ribes, docteur en médecine, est autorisé à faire à l'École pratique, pendant le second semestre de l'année scolaire 1880-81, un cours libre d'accouchements.

— M. Bacchi, docteur en médecine, est chargé des fonctions de chef de clinique ophthalmologique pendant la duré du congé de M. Bellouard.

Concours du Bureau central. — La première série des épreuves pour le concours à trois places de médecin du Bureau central est terminée. Conformément au règlement, le quart des candidats a été éliminé. Sur 33, il y en a 24 admis à continuer les épreuves. Ce sont MM. Balzer, Barié, Barth, Brissaud, Cadiat, Carrière, Chouppe, Clozel de Boyer, Cuffer, Danlos, Decaisne, Dejérine, Gombault, Gingeot, Hirtz, Jean, Lorey, Martin, Moizard, Oulmont, Renault, Robin, Roques et Tapret.

Les épreuves ont commencé le mercredi 20 avril.

Prosectorat. — A la suite de la première épreuve du concours pour la nomination à deux places de prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, MM. Brun, Castex, Jarjanay, Ménard, Michaux, Ozenne, Poirier et Routier ont été seuls admis à subir les épreuves définitives.

Récompenses. — Par décision du ministre de l'instruction publique et sur les propositions de la Faculté de médecine de Paris, des récompenses ont été accordées aux docteurs en médecine dont les noms suivent pour leur thèse de doctorat subie pendant l'année scolaire 1879-1880.

1° *Médailles d'argent.* — MM. Brissaut, Henriot, Hermann, Leroux (Charles), Mayor (Albert), Regard, Doléris, Nélaton, Jalaguier et Laffont.

2° *Médailles de bronze.* — MM. Barth, Gomez, Gérard (J.), Blanchard, Gerald-Fritz, Belloir, Brand, Pouchet, Rochemure, Houlier, Longe, Bide, Barthelémy, Marin, Piéchaud et Robin.

3° *Mentions honorables.* — MM. Marchal, Dumouly, Boussy, Demay, Alain, Latasse, Cordon, Hunkiarchadjan, Choquet, Laurent, Nitot, Chevallereau, Robinet, Cavaré, Rondeau, Boudet, Le Maréchal, Lasgoutte, Granjon-Rozet, Joulus (Léon), Ormières, Pellis, Duvernoy, Guyot, Bloch et Chabriet.

Hospices civils de Marseille. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien en chef dans les hôpitaux et hospices de Marseille sera ouvert le lundi 30 mai 1881, à une heure précise, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique d'accouchement.* — Nous pensons être utiles à nos confrères et aux sages-femmes en leur faisant savoir que la Clinique d'accouchement de la Faculté vient d'être définitivement transférée rue d'Assas, 89, dans un établissement spécial construit aux frais de la ville et de l'Etat.

Hôpital du Midi. — M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera des conférences clinique sur les maladies vénériennes le dimanche 1er mai, à 9 heures, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Hôpital saint-louis. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le Vendredi, 6 mars, à neuf heures et demie, et le continuera les Mardis et Vendredis suivants à la même heure. Vendredi, leçon à l'amphithéâtre; — mardi, leçon au lit des malades.

Hôpital Saint-Antoine. — *Clinique thérapeutique.* — Le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera ses leçons de clinique thérapeutique le jeudi 5 mai, à neuf heures et demie, dans l'amphithéâtre de cet hôpital, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. Les leçons porteront cette année sur le traitement des maladies de l'appareil respiratoire.

Mortalité a Paris (16e semaine, du vendredi 15 au jeudi 21 avril 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1168, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 29. — Rougeole, 14 — Scarlatine, 13. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 47. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 60. — Phthisie pulmonaire, 203. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 55.—Bronchite aiguë, 46.—Pneumonie, 95.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 37; au sein et mixte, 33; inconnu, 2.—Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 90; de l'appareil circulatoire, 64; de l'appareil respiratoire, 80; de l'appareil digestif, 56; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 47. — Causes non classées, 8.

Bilan de la 16e semaine.—Meilleure semaine que la
Le nombre des décès s'est abaissé à 1168, soit une
de 78 décès sur le chiffre de la 15e semaine. Ce
extrêmes qui ont surtout bénéficié de cette différence. En temps que la mortalité décroissait, la natalité se relevait (1228 sances vivantes). Le chiffre des naissances est donc, cette fois, supérieur à celui des décès, résultat qui n'avait pas été constaté depuis la première semaine de mars.

L'examen du tableau des causes de mort montre que les maladies épidémiques, dans leur ensemble, n'ont pas participé à cette atténuation de la mortalité. La *variole,* toujours stationnaire, a encore causé 29 décès; la *fièvre typhoïde* en a occasionné 39 (dont 6 d'individus non domiciliés à Paris), contre 30 la 15e semaine; la *scarlatine* 13 (contre 8). D'un autre côté, la *rougeole,* qui serait sensiblement décroissante s'il fallait en juger par la mortalité, mais que les cartes de morbidité dénoncent comme sévissant toujours très fortement, a fait 14 victimes, au lieu de 22, chiffre de la 15e semaine, et la *diphthérie* 47 (au lieu de 52).

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de

G. Masson,

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 5 mai 1881.

Académie de médecine : Vaccination et revaccination obligatoires.

Le débat sur la vaccination et la revaccination obligatoires s'est terminé mardi assez rapidement, et, comme on s'y attendait, par un vote favorable au principe de l'obligation. Un premier amendement de M. J. Guérin, qui était plutôt un contre-projet, appuyé par un seul membre, n'a réuni que deux voix. Deux autres, présentés par M. Depaul et par M. Hardy, ont été repoussés à la majorité des membres votants. Il restait à se prononcer sur les conclusions du rapport. Sur la première conclusion, la plus importante des deux (nous les reproduisons l'une et l'autre au compte rendu de la séance), M. le secrétaire perpétuel ayant, avec beaucoup de raison, demandé le vote au scrutin, afin que le partage des opinions sur une question si importante fût clairement exprimé, on a procédé à ce vote. Le recensement a donné : 46 *oui*, 19 *non* et 2 bulletins blancs. La seconde conclusion, fortifiée de l'addition antérieurement proposée par M. Trélat, a été votée sans scrutin à une très forte majorité.

Anatomie pathologique et traitement des abcès froids.

L'anatomie pathologique des abcès froids vient de s'enrichir d'une importante découverte : on a reconnu que la membrane limitante de ces collections n'était pas une barrière inerte, due à l'enchevêtrement de lames conjonctives tassées par la pression excentrique du pus. Le tissu qui la compose est, en réalité, un néoplasme, une sorte de tumeur dont l'évolution régressive donne naissance à un liquide puriforme. Delpech disait que « la membrane pyogénique » est antérieure au pus qu'elle sécrète. Cette conception est fausse, mais elle s'appuyait sur un fait clinique incontestable; un dépôt solide précède l'apparition de l'abcès froid au milieu des tissus. M. Lannelongue vient de publier, sur ce point, une série de recherches fort intéressantes et qu'il nous paraît utile de résumer brièvement.

D'autre part, la chirurgie pratique s'est immédiatement emparée de cette donnée nouvelle; elle en a fait la base d'une thérapeutique dont les bons effets sont évidents. Puisque la paroi de l'abcès est un néoplasme dont la régression est fatale, que cette paroi n'est qu'un abcès froid en expectative, le premier degré de cet abcès froid, ouvrir la cavité et en évacuer le contenu ne suffit point; il faut une intervention plus radicale, extirper jusqu'au moindre vestige de la membrane enveloppante. M. Trélat s'est fait le défenseur de cette méthode ainsi qu'en témoigne sa communication récente au *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*.

I

M. Lannelongue, dans son mémoire : *Abcès froids et tuberculose osseuse*, étudie trois formes de collection purulente; elles ont d'ailleurs toutes les trois même nature et pathogénie identique; les uns et les autres proviennent de la régression des produits tuberculeux. La première variété comprend les abcès froids des parties molles, ceux qui se développent surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané et qui ont été récemment étudiés par M. Josias et notre ami Édouard Brissaud, sous le nom de *gommes scrofuleuses*. La deuxième variété renferme les abcès développés au voisinage d'un os malade, mais la cavité de la collection et le foyer de l'os n'ont entre eux aucun rapport anatomique; ce sont les anciens abcès *circonvoisins*, si bien décrits par Gerdy, au pourtour des articulations atteintes de tumeur blanche; M. Lannelongue les nomme abcès *concomitants*. Enfin l'abcès est étroitement lié à la tuberculose osseuse; la caverne creusée dans l'os et la collection purulente communiquent directement. Cette troisième variété est fort bien décrite depuis la fameuse thèse de Nélaton, et les recherches contemporaines n'ont fait que confirmer et tout au plus préciser ce que l'éminent chirurgien avait déjà vu.

Sans s'expliquer très nettement sur ce point, on semblait admettre naguère que, entre l'abcès chaud et l'abcès froid, il n'existe qu'une question de degré : le pus s'accumulait suivant le même processus; seulement au lieu d'être francs, brutaux, dans leur invasion, comme ils le sont pour l'abcès

chaud, pour l'abcès froid les phénomènes inflammatoires sont insidieux, voilés; il y a un minimum de rougeur, de chaleur et de douleur. Mais dans l'un et l'autre cas, une fois que la collection est formée, il s'agit de pus véritable. L'aspect physique, l'odeur, les couleurs peuvent être différents, il ne s'agirait que de variétés d'un même liquide.

Ce n'est pas que tous les auteurs n'aient senti la tumeur solide qui précède, dans les tissus, l'apparition de la cavité fluctuante. Boyer même la faisait entrer dans la définition de l'abcès froid, qui, pour lui, « résulte de la fonte purulente d'une tumeur dans laquelle les symptômes qui caractérisent l'inflammation n'ont pas été marqués ». Nos maîtres nous faisaient sentir parfois, même en dehors des régions ganglionnaires, des empâtements, des plastrons indurés qui ne tardaient pas à donner naissance à un abcès. Mais si « on constatait la présence de la tumeur primitive, on ignorait la nature de cet engorgement préalable ».

C'est donc une notion nouvelle que les recherches histologiques et cliniques entreprises depuis quatre ans ont fait entrer dans la chirurgie. Et maintenant, grâce à elle, nous connaissons les liens étroits qui unissent entre eux les abcès ossifluents, les abcès concomitants et les gommes scrofuleuses. Nous savons leur mode de développement et l'on a suivi pas à pas les métamorphoses régressives opérées dans la tumeur primitive, pour produire d'abord la première collection, ensuite le ramollissement de ce que l'on appelait les parois et qui en réalité sont une véritable tumeur secondaire dont la fonte agrandira l'abcès. En résumé, on pourrait considérer trois phases au processus : 1° le dépôt du néoplasme tuberculeux dans les tissus ; 2° son ramollissement et sa liquéfaction; 3° le développement d'une membrane périphérique qui renferme la collection et qui a pour caractère propre d'être formée, comme la tumeur primitive, par des follicules tuberculeux.

II

Nous ne suivrons pas M. Lannelongue dans sa description des abcès froids, qu'il a faite cependant d'une manière très complète, grâce à un procédé très ingénieux. Lorsque la collection existe dans le tissu cellulaire d'un membre, il applique la bande d'Esmarch et dissèque la poche sans être gêné par le sang ; il peut suivre la tumeur dans ses moindres prolongements, « ce qui est à la fois un mode de traitement efficace et un mode d'étude avantageux. » Nous insisterons seulement sur la constitution anatomique de la paroi. C'est elle qui nous donnera la clef des phénomènes dont nous avons déjà parlé et qui constitue la partie vraiment originale des recherches contemporaines.

La surface externe de la paroi est généralement lisse, « surtout lorsqu'elle est contiguë à une aponévrose ou qu'elle est libre dans une couche cellulo-graisseuse. » Mais dans d'autres circonstances, surtout dans les points où la poche est en voie d'évolution, on constate à l'œil nu une véritable continuité avec les tissus voisins ; la paroi de l'abcès leur est unie par un nombre infini de liens vasculaires beaucoup plus visibles qu'à l'état normal.

Lorsque l'évolution est plus active, la surface externe présente de petits prolongements conoïdes, véritables bourgeons comparables aux végétations molles des plaies. Ces végétations suivent d'habitude les vaisseaux et pénètrent dans les organes circonvoisins; elles s'insinuent dans les orifices normaux du tissu fibreux, les aponévroses, par exemple; et quand on a enlevé la tumeur, on remarque dans ces tissus des criblures anormales déterminées par la pénétration des bourgeons dans les orifices vasculaires normaux. Il en est de même pour les abcès ossifluents ; la poche envoie de tous côtés des prolongements qui sont comme les premières travées directrices de l'envahissement des parties éloignées. Cette apparence extérieure de la poche prend dès maintenant une signification ; elle explique le mécanisme du développement de l'abcès; ce mécanisme n'a rien de passif et ne relève nullement d'une distension de la paroi par son contenu ; c'est un acte vital et essentiel, antérieur à l'existence du liquide dans sa cavité.

III

Pour comprendre l'évolution du tubercule, en tant que processus aboutissant à une formation d'abcès, il est de toute nécessité de donner une fois encore la description sommaire de la granulation primitive telle qu'elle a été conçue et interprétée dans ces dernières années par Köster, Friedlander, Charcot, Brissaud et Grancher.

Toute granulation tuberculeuse simple est constituée par les parties suivantes, énumérées du centre à la périphérie : 1° une cellule géante ; 2° une masse caséeuse; 3° une zone de cellules épithélioïdes ; 4° une zone d'éléments embryonnaires.

Nous voilà donc bien loin de la granulation tuberculeuse que décrivaient les histologistes d'il y a dix ans. Mais, quoique plus complexe, cette description simplifie grandement la question, en ce sens qu'elle restitue au tubercule primitif ses véritables caractères d'*espèce* anatomo-pathologique autonome. Or, s'il n'y a pas de spécificité dans tel ou tel des éléments qui font partie intégrante du tubercule, il n'en est pas moins vrai que le mode d'arrangement de ces éléments entre eux a quelque chose de tout à fait original et qu'on chercherait en vain dans n'importe quelle autre production morbide. Aussi, pour ajouter encore à la détermination exacte de ce tubercule *primitif* dont nous venons d'énumérer les principaux attributs, M. Charcot a-t-il proposé de désigner le tubercule primitif sous le nom de *follicule tuberculeux*.

Mais une granulation n'est pas constituée dans sa totalité par un follicule unique : le follicule est microscopique ; et les différences de dimension des granulations tiennent au plus ou moins grand nombre de follicules dont celles-ci se composent. Si les follicules sont réunis en quantité suffisante pour former une masse visible à l'œil nu, et si leur mode de condensation s'accomplit avec assez de régularité pour donner à l'ensemble la forme circulaire ou sphérique, le processus tuberculeux aboutira à l'apparition de granulations miliaires. Celles-ci, à leur tour, donneront lieu, grâce à leur fusionnement, à la formation de tubercules géants. L'idéal du premier de ces deux modes est réalisé dans la granulie, et le second dans la pneumonie caséeuse. Si, au contraire, les follicules s'entassent sans ordre et s'insinuent comme au hasard dans la profondeur des tissus, on assistera au processus désigné sous le nom de *tuberculisation infiltrée ;* cette variété est fort bien représentée dans certaines formes d'arthrites tuberculeuses, où les fongosités ne consistent essentiellement qu'en une néoformation de follicules accumulés pêle-mêle.

Ce qui caractérise, au point de vue anatomo-pathologique, les gommes scrofuleuses dont l'étude a été poursuivie avec soin depuis peu d'années à l'hôpital Saint-Louis, c'est la formation de nodules tuberculeux sous-cutanés, évoluant pour

leur propre compte, et non à titre d'affections similaires, chez des individus qui jusqu'alors n'avaient présenté aucun des attributs de la scrofule ou de la phthisie.

Ces nodules tuberculeux apparaissent dans le pannicule graisseux, soit aux membres, soit au tronc, soit à la tête. Quoiqu'ils n'aient pas de siège de prédilection bien marqué, ils se développent peut-être plus fréquemment aux membres inférieurs que dans les autres parties du corps, et en particulier à la face interne du tibia, où le pannicule adipeux est cependant moins abondant qu'ailleurs.

Ils consistent en masses tuberculeuses vraies, c'est-à-dire en des productions plus ou moins ramollies dont le caséum représente la portion la plus importante. Leur volume est variable. Tantôt ils ont la grosseur d'un pois et semblent alors constitués identiquement de la même façon que les tubercules crus du poumon. Tantôt ils ont les dimensions d'une noisette ou d'une noix; et alors, comme la dégénération est forcément plus complète, on constate en les incisant que le produit de *néoplasie* a fait place à une cavité, à une véritable caverne, qui se vide aussitôt qu'on crée une issue à la matière demi-liquide qu'elle renferme. Cette matière est puriforme, séro-purulente, grumeleuse, et, lorsqu'elle a été ainsi évacuée, on s'aperçoit qu'il en reste toujours une certaine quantité adhérente aux parois de la poche, où elle parait être concrétée et en quelque sorte figée. Il est facile de concevoir qu'on ait considéré cette substance, dont les parois sont tapissées, comme une membrane pyogénique.

Mais le plus souvent l'issue du contenu s'effectue spontanément, à la faveur d'une ulcération cutanée qui établit un trajet fistuleux entre la caverne sous-dermique et la surface de la peau. L'anatomie pathologique de ce processus peut être faite alors sur le vivant et rentre naturellement dans l'étude clinique de la lésion.

Enfin il arrive quelquefois que la guérison s'opère d'elle-même et sans ouverture, surtout quand il s'agit de gommes scrofuleuses de petites dimensions. M. Brissaud nous a fait voir des préparations sur lesquelles on distingue, dans la profondeur du tissu sous-cutané, des agglomérations caséeuses enkystées dans une coque fibreuse, tout comme les petits foyers tuberculeux qu'on trouve dans les poumons de tant d'individus qui ne sont pas morts phthisiques. Ces gommes scrofuleuses enkystées et guéries sont donc rigoureusement semblables aux *tubercules de guérison* de Cruveilhier.

Cliniquement, ce sont des nodules sous-cutanés non douloureux, dont l'évolution se fait en quatre temps ou quatre périodes :

1° *Période d'induration ou de crudité.* — Les nodules en question, sphériques ou oblongs, dépourvus d'inégalités, non adhérents, sont résistants au toucher et roulent sous le doigt qui les comprime. Cette période peut durer plusieurs semaines, peut-être plusieurs mois; mais elle peut aussi être beaucoup plus rapide.

2° *Période de ramollissement.* — Des varicosités se forment à la surface de la peau. Celle-ci s'enflamme, devient violacée et adhérente. La tumeur est faussement fluctuante.

3° *Période d'ulcération.* — Un ou plusieurs pertuis donnent issue à un liquide séro-purulent. Ces pertuis se dilatent, mais restent séparés les uns des autres par des *ponts* de tissu dermique qui ont une coloration violacée. On pourrait croire à l'existence d'un anthrax, n'était la nature du liquide et surtout le mode de développement antérieur. Peu à peu les ponts se rompent, d'où résultent des décollements (il n'y en a jamais ou il n'y en a que très exceptionnellement dans les gommes syphilitiques); alors le fond de la cavité apparaît, car le produit s'élimine aussitôt. Or, ce produit, depuis longtemps ramolli, n'est plus énucléable; il ne ressemble donc en rien à la masse « bourbillonneuse » que laissent échapper souvent les ulcérations de gommes syphilitiques sous-cutanées. Enfin une sécrétion continuelle de pus séreux, entretenue surtout par les parties anfractueuses de la caverne, résulte de la mise à nu du tissu lâche et graisseux sur lequel le derme repose.

4° *Période de cicatrisation.* — Les cavités se comblent par l'apparition de bourgeons charnus; la peau perd sa coloration violacée, et une cicatrice souvent déprimée consacre comme un sceau indélébile la tare dont a été frappé l'organisme.

IV

On sait le grave pronostic qu'avaient jadis les abcès froids, et bien que par eux-mêmes ils fussent plutôt gênants que douloureux, on redoutait comme une complication grave leur ouverture provoquée ou spontanée : les parois, en effet, s'enflammaient au contact de l'air ; des produits septiques étaient engendrés qui, absorbés par la membrane enveloppante, provoquaient des accidents d'empoisonnement aigu ou chronique, infection purulente ou fièvre hectique, et la mort en était la conséquence. Quant à une intervention radicale, on ne l'osait guère; ponction sous-cutanée ou capillaire, évacuation de la poche, compression, badigeonnage iodé, puis la thérapeutique s'avouait impuissante. Ce fut un immense progrès lorsque Lister proposa d'ouvrir hardiment la poche, de la laver avec une solution forte d'acide phénique, et de protéger le foyer par un pansement antiseptique. Il n'y eut plus de décomposition putride ; les parois de l'abcès, cautérisées par l'acide, s'exfoliaient peu à peu, et après un temps plus ou moins long, la guérison était obtenue sans côtoyer la série d'accidents redoutables si fréquemment observés.

Depuis les recherches de M. Lannelongue, depuis la détermination exacte du tissu des parois d'enveloppe, on ne se contente plus d'évacuer la collection purulente, et, pour hâter la guérison, on extirpe la membrane elle-même. Au début, M. Lannelongue pratiquait un petit lambeau cutané sous lequel il disséquait minutieusement, grâce à la bande d'Esmarch, la poche qu'il extirpait. Ce procédé avait l'avantage de conserver les tissus dans leurs rapports réciproques et de permettre leur étude tout en donnant un excellent résultat thérapeutique. Maintenant il se contente d'inciser l'abcès; puis, la collection évacuée, il détruit la paroi avec un instrument mousse, spatule ou grattoir, et fait disparaître jusqu'aux derniers vestiges du tissu tuberculeux.

Depuis quelques années, M. Trélat a recours à un procédé analogue. Lui aussi incise les téguments, évacue l'abcès, et détruit avec un grattoir la paroi d'enveloppe ; il poursuit les fongosités jusque dans les fistules les plus éloignées, et transforme, par cette décortication, la tumeur primitive en une plaie simple dont les surfaces produisent des éléments susceptibles de s'organiser. On supprime la phase de suppuration éliminatrice et d'exfoliation des parois; par conséquent la guérison sera plus rapide.

Mais peut-on aller plus loin, mettre au contact les surfaces cruentées, après avoir assuré par un drain le facile écoulement des liquides? Peut-on suturer les téguments et essayer la réunion immédiate? Pour M. Lannelongue, « on ne doit pas comparer l'état où se trouvent les tissus à la suite d'une décortication à celui d'une plaie récente ordinaire. Une infil-

tration d'éléments embryonnaires, en effet, envahit déjà plus ou moins profondément ces tissus, et s'ils sont susceptibles d'entrer en voie d'organisation immédiate, ces éléments peuvent aussi bien devenir l'objet d'un travail de régression... » Nous avons vu tenter cette réunion immédiate par M. Trélat au début de ses recherches. Il s'agissait d'une tumeur ganglionnaire tuberculeuse du cou qui fut extirpée suivant sa méthode; dans ce cas particulier, la réunion ne réussit pas, mais du moins la guérison fut facilement obtenue.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Asyllabie ou amnésie partielle et isolée de la lecture, par M. le docteur Bertholle, ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris.

La lecture étant la représentation de la pensée par des signes convenus, le souvenir peut en être perdu par la mémoire, alors que la parole et l'écriture sont conservées. Ce symptôme, que je désigne sous le nom d'*asyllabie* (de α privatif et συλλαβίζω, épeler, assembler les syllabes), ne se rencontre isolé dans aucune des formes d'amnésie déjà décrites.

Bastian (*Med. chir. Review*, London, 1871) classe les faits connus sous les trois chefs suivants : 1° aphasie, c'est-à-dire suppression de la parole et de l'écriture, avec conservation de la faculté de penser; 2° aphémie, c'est-à-dire suppression de la parole, avec conservation de la faculté de penser et d'écrire; 3° agraphie, c'est-à-dire suppression de l'écriture, avec conservation de la faculté de penser et de parler. J'ajouterai un quatrième terme à cette division : asyllabie, c'est-à-dire suppression de la lecture, avec conservation de la faculté de penser, de parler et d'écrire.

Je crois, du moins, être autorisé à le faire par l'observation suivante :

Obs. — Le 24 décembre 1872, je fus appelé à la hâte chez un de mes clients, M. F..., rentier, âgé de cinquante-deux ans, lequel venait de perdre subitement connaissance. Il était onze heures du matin; je trouvai M. F... sur son lit, en proie à une violente attaque épileptiforme, la face vultueuse, les lèvres bleuâtres, les membres agités de convulsions saccadées et plus prononcées du côté droit. Mon confrère, le docteur Touzé, qui arriva presque en même temps, se concerta avec moi sur la médication à établir. L'agitation excessive du malade ne permettait que l'emploi de moyens limités : nous eûmes d'abord recours à une large sinapisation des membres inférieurs et à des applications réitérées de compresses froides sur le front et la tête.

Au bout de vingt minutes environ, les accidents parurent se calmer; mais presque aussitôt une nouvelle attaque, plus violente que la première, se déclara. La respiration était ralentie; la circulation était très gênée et la cyanose très prononcée. Nous pensâmes que le malade allait succomber; cependant l'accès se calma peu à peu, et un coma profond succéda aux convulsions. Nous fîmes alors administrer un lavement fortement salé et appliquer trois sangsues derrière chaque oreille, successivement, de façon à prolonger l'écoulement du sang.

Le lendemain matin, l'état comateux persistait; mais la face était calme, et l'attaque épileptiforme ne s'était pas reproduite. Ce jour-là, le professeur Dolbeau fut appelé par la famille : l'examen du malade ne nous fit découvrir aucune trace de paralysie, soit dans la sensibilité, soit dans la motilité. Il conseilla le calomel à doses réfractées, une nouvelle application de deux sangsues à chaque apophyse mastoïde, et la continuation des compresses froides sur la tête. Le malade ne pouvant avaler que quelques gouttes, et avec difficulté, on se contenta de renouveler les lavements purgatifs.

Cet état comateux se prolongea pendant deux à trois jours, après lesquels éclata un délire généralisé, avec une excitation comparable à celle des maniaques. Le malade voulait se lever constamment, et il fallait la présence de plusieurs personnes pour le maintenir, surtout la nuit. La déglutition se faisant mieux, Dolbeau, qui voyait le malade tous les jours avec moi, pensa qu'on pourrait peut-être obtenir un peu de calme par l'emploi du bromure de potassium. Ce médicament fut administré à la dose de 2 grammes; mais le délire devint de plus en plus violent, et nous conseillâmes de placer le malade dans une maison de santé. La famille s'y refusant d'une manière absolue, nous demandâmes une consultation du professeur Béhier.

La consultation eut lieu le 10 janvier; Béhier considéra la maladie comme de nature épileptique. En conséquence, il prescrivit la continuation du bromure, l'emploi des purgatifs répétés, et enfin l'application de quatre cautères à la nuque.

Vers le 14 janvier, le délire devint plus calme : l'alimentation ne se faisant guère que par des liquides et des potages, le malade s'affaissa; des pétéchies nombreuses se manifestèrent sur les membres inférieurs, et des eschares au sacrum. Sa maigreur était extrême; cependant, il buvait volontiers du vin, et même du vin de quinquina. Peu à peu on parvint à lui donner quelques aliments solides; le délire, dès lors, fut moins bruyant, et il survint quelques heures de sommeil. On ne fut plus obligé de le contenir, et il entretint volontiers les personnes environnantes de ses conceptions délirantes. Il parlait avec une grande volubilité, et il voulait faire du commerce avec tous ceux qui l'approchaient. Ses idées étaient des plus gaies et des plus originales : ainsi, il possédait dans la plaine Saint-Denis une quantité d'ânes qu'il voulait vendre à tout venant. Il conversait facilement avec la sœur qui le gardait, et, comme il avait retrouvé une certaine lueur de connaissance, il ne voulait plus aller à la garde-robe que sur une chaise; mais préalablement il exigeait que la sœur reçût de sa main la somme réglementaire de 10 centimes.

Vers les premiers jours de février, M. F... put se lever et rester une partie de la journée dans un fauteuil; il mangeait assez bien, dormait mieux, mais il était toujours en proie à un délire vague avec excitation de la parole. Alors se manifesta une envie désordonnée de marcher et surtout de sortir; cependant on le retenait assez facilement à la chambre en employant la persuasion.

Enfin, au commencement du mois de mars, le délire cessa presque tout à coup, si bien que Dolbeau, qui n'avait pas visité le malade depuis une huitaine de jours, fut très étonné d'être accueilli avec conscience et de pouvoir tenir une conversation raisonnable avec lui. Il avoua alors qu'il n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé; il constatait bien une lacune dans son existence, puisqu'il se croyait toujours au mois de janvier. Il fallut même plusieurs jours pour lui faire comprendre qu'on était au mois de mars; cependant la mémoire lui revenait, et il faisait à sa femme des questions précises sur ses affaires. A dater de ce moment, la santé générale fit des progrès rapides, le raisonnement reparut complet, et il put sortir accompagné.

La convalescence fut même si courte, que M. F... reprit ses habitudes dès le mois d'avril. Il sortait seul, allait, venait comme tout le monde, montait dans les omnibus et même sur l'impériale. Il fréquentait les lieux publics et surtout l'hôtel Drouot, qu'il affectionnait; il ne semblait pas qu'il eût été malade, car il avait retrouvé ses facultés et presque complètement la mémoire. Je dis presque, parce qu'une seule partie de cette faculté restait absente, le souvenir de la lecture. Il ne savait plus lire; il voyait bien les lettres, mais il ne pouvait les assembler d'emblée, et, s'il pouvait lire un mot, il ne pouvait le joindre au suivant sans avoir préalablement épelé chaque lettre, comme un écolier qui apprend la lecture. Chose plus extraordinaire, il pouvait écrire; son écriture, bien que naturelle, était sur une ligne oblique, mais il ne pouvait la lire. C'est alors que Dolbeau l'adressa à M. Abadie, avec prière d'examiner les yeux à l'ophthalmoscope; la réponse de notre confrère fut qu'il n'y avait aucune modification dans les milieux oculaires, et que le phénomène était d'origine cérébrale.

Dès lors M. F... mène sa vie habituelle, et je lui conseille de rapprendre à lire. Il sort seul, et sa vue ne le gêne en aucune façon; il distingue nettement les objets et peut même voir l'heure sur le cadran de l'église en face, distante de plus de 60 mètres. Il n'existe d'ailleurs aucun autre symptôme d'amnésie; ainsi il joue chaque soir au piquet à quatre et se montre mauvais joueur, en ce sens qu'il gourmande son partenaire lorsqu'il fait une faute par oubli des cartes passées. Il n'accuse pas de trouble cérébral proprement dit; cependant un jour, comme par hasard, il me signale un symptôme dont il ne m'avait jamais parlé : c'est une suspension instantanée et momentanée de la vue, qui dure une ou deux secondes, dont il a conscience, et qui ne s'accompagne

d'aucun vertige. Ce trouble lui arrive même en marchant, et il n'est pas obligé de s'arrêter. Le phénomène se produisait aussi fréquemment avant sa maladie, et paraît remonter à l'année 1870; il en attribue la cause aux émotions de la guerre et de la Commune.

Les autres antécédents de M. F... sont presque nuls; il n'a jamais fait de maladie notable. Il a été seulement affecté d'un léger eczéma du cuir chevelu, pour lequel il m'avait consulté quelques semaines avant son attaque. Son caractère habituel était une grande vivacité; il était même violent et s'emportait facilement; mais ce n'était qu'un éclair, il revenait promptement à son naturel, qui était sensible et bon.

Jusqu'au mois de mai 1875, c'est-à-dire pendant trois années, la vie de M. F... se passa sans accidents; il ne suivait aucun traitement médical autre que des laxatifs répétés. Il a presque oublié sa maladie, et si ce n'était la difficulté qu'il éprouve à lire, il n'en conserverait aucune trace. Pendant ce temps, il a travaillé, et il a fait des progrès dans la lecture. Ainsi il peut lire dans un journal le tiers d'une colonne assez couramment; il hésite encore sur quelques mots qu'il est obligé d'épeler tacitement. Néanmoins, l'amélioration est très sensible, et M. F... en est ravi, parce qu'il en a conscience; il se promet de continuer ses exercices avec persévérance.

En mars 1876, je revois M. F...; sa santé est excellente; il peut lire maintenant, et presque sans hésitation, le premier Paris d'un journal. Il a même écrit deux lettres qu'il montre avec joie, et qui sont assez bien rédigées. Cependant son attention ne peut être soutenue : au bout d'un certain temps, tout se brouille devant ses yeux.

De 1876 à 1878, l'état de M. F... resta stationnaire; il se portait bien, mais il ne fit plus de nouveaux progrès en lecture. Son caractère devint toutefois plus volontaire, plus irascible, et il souffrait difficilement une observation de la part de sa famille. Au mois de septembre de cette année, il se trouvait à une messe de mariage, lorsque tout à coup, dans un moment où il veut se lever comme tous les assistants, il reste cloué sur sa chaise. On l'enlève en le prenant sous les bras, et on le reconduit en voiture à son domicile. Il put encore remonter l'escalier en se cramponnant à la rampe et soutenu par un bras de l'autre côté. Mon confrère, le docteur Touzé, qui le vit en mon absence, constata l'apparition d'une hémiplégie incomplète du côté droit. Ces symptômes se dissipèrent en quelques jours, et, un mois après, M. F... marchait assez bien, ne conservant qu'un peu de faiblesse dans le membre inférieur droit; mais la lecture était redevenue plus lente et plus difficile.

Vers le milieu du mois de février suivant (1879), M. F... éprouve un notable embarras de la parole; puis, le 26, survient brusquement une nouvelle attaque d'hémiplégie droite plus complète que la première. Toutefois, le malade peut encore tenir son équilibre lorsqu'il est debout, et il marche en jetant sa jambe en dehors. La motilité du bras n'est pas diminuée, et la déviation de la face est à peine perceptible. L'embarras de la parole, c'est-à-dire de la prononciation des mots sans aphasie, est plus marqué, et la difficulté de lire sensiblement plus grande. Il hésite à chaque mot, qu'il prend séparément et même par syllabes; les mots inusités sont plus longs, plus pénibles, et le plus souvent impossibles, toutefois l'intelligence reste intacte. Peu à peu M. F... reprend ses forces; il peut même descendre son escalier et sortir de nouveau, mais accompagné.

Les choses se passent ainsi jusqu'au mois de septembre 1879; alors les accidents paralytiques augmentent visiblement : la face est déviée, le bras presque complètement inerte. Cependant le malade peut encore se soutenir sur sa jambe droite et la traîner en la glissant sur le parquet ou un sol plat; mais dès qu'il rencontre une inégalité, il butte et manque de tomber.

En novembre, les symptômes s'aggravent rapidement, et subitement apparaît un embarras extrême de la parole, avec des envies fréquentes de pleurer ou de rire. M. F... ne peut plus prononcer que quelques mots, et il a conscience qu'il ne sait pas trouver le mot juste. Cet état s'améliore cependant au bout de quelques jours, la parole revient incomplètement, et il peut articuler une série de cinq ou six mots de suite et plus distinctement. A la fin du mois, les progrès sont sensibles, et il peut de nouveau se faire comprendre, en bredouillant quelquefois. Le mot propre ne lui vient pas toujours; il le dit et s'en aperçoit, et les personnes de sa famille l'observent également : c'est donc la première manifestation de l'aphasie.

Au commencement de l'année 1880, la paralysie a fait de nouveaux progrès; M. F... ne peut plus soulever le membre inférieur droit, et il le traîne horizontalement. La parole devient aussi plus difficile, et il ne peut presque plus se faire comprendre. Il se met en colère lorsque les mots expirent dans sa bouche; mais peu à peu il s'habitue à sa nouvelle infirmité. La lésion de la parole est de deux ordres : d'abord l'idéation se fait mal, puisque le malade dit un mot pour un autre, par exemple, monsieur pour madame, et qu'il n'en a plus conscience comme autrefois; ensuite la prononciation est manifestement gênée par la paralysie de la langue.

A dater de ce moment, les symptômes paralytiques marchent rapidement; le malade ne peut même plus se soulever seul de son fauteuil. On est obligé d'employer une sangle spéciale pour le descendre et le porter en voiture lorsqu'on veut le promener à l'air. Le mal s'aggrave encore dans le courant de l'année; son intelligence s'affaiblit; et le 24 décembre 1880, date anniversaire du premier accident épileptiforme, remontant à huit années, M. F... ne prononce plus que quelques mots inarticulés. On le devine plutôt qu'on ne le comprend pour ses besoins; mais on ne peut toujours saisir le moment opportun, et souvent les urines et les matières fécales s'échappent dans ses draps et son pantalon. Il semble encore reconnaître les personnes qui l'approchent, du moins il le manifeste par des signes. Quoi qu'il en soit, la maladie cérébrale est entrée dans sa phase ultime; elle suit une marche fatale vers le dénouement, qu'on ne peut encore prévoir d'une manière précise

Le symptôme de l'amnésie de la lecture, ou asyllabie, est signalé dans de nombreuses observations, mais comme lié intimement à l'aphasie ou même comme une de ses conséquences. On s'explique alors facilement que la mémoire ait perdu en même temps le souvenir des mots entendus et de leurs signes visibles, comme dans le cas si connu et si remarquable de Lordat. Le professeur de Montpellier, qui a été aphasique et asyllabique, ainsi que chacun le sait, a décrit parfaitement l'état de ses fonctions cérébrales relatives à l'acte de la lecture. L'alphabet lui était resté; mais la jonction des lettres et des syllabes pour la formation des mots était pour lui une étude à faire. Il lui fallait épeler mentalement; cependant il y mit tant de persévérance qu'il apprit de nouveau à lire. (*Journal de la Soc. méd. prat.*, Montpellier, 1843). Dans l'observation précédente, au contraire, le phénomène asyllabie est primitif et a précédé de plusieurs années l'apparition de l'aphasie; il en est donc complètement isolé.

(*A suivre.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (session d'Alger, 1881).

Section des sciences médicales.

(Suite.—Voyez les numéros 16 et 17.)

SÉANCE DU 18 AVRIL 1881.

Laparotomie dans l'occlusion intestinale par bride. — Cancer profond de la verge. — Appareil pour la rupture de l'ankylose du genou. — Trépanation des extrémités radiculaires des dents. — Action du climat algérien sur la phthisie pulmonaire. — Traitement des affections des yeux par les bains de mer. — Traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude. — Influence favorable de l'hydropneumothorax sur la marche de la phthisie. — Sur la résection du genou. — Amputation chez un albuminurique suivie de gangrène du moignon. — Laparotomie et cystoraphie dans les plaies de la vessie. — Pèse-bébée.

M. *Jules Bœckel* (de Strasbourg) communique deux cas d'occlusion intestinale par bride, guéris par la laparotomie.

Le premier, communiqué l'an dernier à la Société de chirurgie de Paris, a trait à un homme qui, deux mois après une péritonite, fut pris de tous les symptômes du *miserere*. M. Bœckel, après avoir épuisé en vain les ressources médicales, pratiqua le sixième jour l'ouverture du ventre, sortit les intestins, considérablement dilatés, et découvrit la bride qu'il avait soupçonné devoir être l'agent de l'étranglement. Il en fit la section entre deux ligatures de catgut, réduisit les

intestins et referma le ventre. La guérison, grâce au pansement de Lister, fut des plus rapides. Le cours des matières se rétablit au bout de sept jours, le neuvième, la plaie était définitivement guérie par première intention, sans un seul pansement. La guérison était complète au vingt-cinquième jour, et s'est maintenue depuis; l'opéré a pu reprendre ses travaux de culture.

Le second fait de M. Bœckel concerne une femme de vingt-huit ans, qui, un mois après une pelvi-péritonite consécutive à son sixième accouchement, fut prise des symptômes de l'occlusion intestinale. M. Bœckel pratiqua, comme dans le cas précédent la laparotomie, au treizième jour, et trouva une bride péritonéale partant de l'angle gauche de la matrice pour s'insérer sur le gros intestin (côlon ascendant). L'intestin situé sous la bride était sain, mais il avait subi un mouvement de demi-torsion sur son axe. Il correspondait à la partie inférieure de l'S iliaque. La section de la bride fut faite entre deux ligatures de catgut, les intestins furent rentrés dans le ventre et le pansement de Lister appliqué. Le cours des matières fécales se rétablit une demi-heure après l'opération. Le soulagement fut immédiat. Au bout de quatre jours la réunion était parfaite; l'orifice du tube à drainage se cicatrisa au bout de quatre semaines. La guérison s'est parfaitement maintenue depuis lors.

Les cas de succès dans l'occlusion intestinale par bride sont rares. Peyrot, dans sa thèse d'agrégation (Paris, 1880), a recueilli 29 observations avec 22 morts et 7 guérisons. Ainsi qu'il le fait remarquer, c'est au retard que l'on met à pratiquer la laparotomie que sont dus la plupart des insuccès.

Or les malades de M. Bœckel ont été opérés le sixième et le treizième jour, c'est-à-dire à une époque relativement tardive; malgré ces circonstances défavorables, ils ont guéri tous deux. Le premier a été opéré juste à temps, vingt-quatre heures plus tard il était inévitablement perdu. M. Bœckel est de l'avis des chirurgiens qui préconisent l'opération hâtive. Mais il croit, se basant sur son deuxième cas, qu'il existe des faits où les symptômes graves ne se manifestent que tardivement et où l'opération tardive peut encore être tentée avec succès. Dans cette catégorie rentrent les étranglements par bride siégeant très bas, au niveau de l'S iliaque ou de l'extrémité supérieure du rectum.

M. *Hérard* demande si on a employé les lavements à l'eau de Seltz et l'électricité.

M. *Bœckel* les a employés, mais sans résultat.

— *Du cancer profond de la verge* (*épithéliome intra-périnéal*), par M. *A. Poncet* (de Lyon). — Parmi les tumeurs malignes de la verge, la forme cancéreuse de beaucoup la plus commune est la forme cancroïdale; comme à la langue, comme aux lèvres, l'épithéliome s'y montre presque exclusivement.

Il débute par le prépuce, le gland, pour s'étendre avec une rapidité variable, mais dans la grande majorité des cas il a pour point de départ l'extrémité du pénis; la muqueuse balanopréputiale est d'abord atteinte; plus tard, le tissu spongieux du gland, des corps caverneux, est envahi.

A côté de cette forme que l'on pourrait appeler *périphérique*, s'en trouve une que je n'ai vue signalée nulle part, dont il n'existe, je crois, aucune observation publiée, je veux parler de l'épithéliome profond intrapérinéal, dont j'ai observé deux exemples. Il s'agit dans le premier cas d'un homme de cinquante-six ans, entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Plusieurs blennorrhagies de vingt à trente-cinq ans. Depuis près de vingt ans, gêne de la miction, rétrécissements, à différentes reprises séjour à l'hôpital, dilatation, uréthrotomie interne; il y a seize ans, abcès urineux; à quelques années de là, deux autres fistules urinaires, depuis quelques mois, perte des forces, miction plus difficile.

Lors de l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, induration en masse de la région périnéale, véritable plastron; trajets fistuleux fournissant un liquide sanieux, fétide, pas d'ulcération extérieure, gros ganglions cancéreux dans les aines, cachexie. Pendant la miction, léger écoulement par le méat, la sonde est arrêtée à 11 centimètres, on n'essaye pas de pénétrer dans la vessie. Le malade n'a pu être suivi, il a voulu retourner dans son pays.

La deuxième observation est relative à un homme de soixante ans; blennorrhagies anciennes et nombreuses, rétrécissement. Abcès urineux. Au mois de janvier 1880, nouvel abcès, infiltration urineuse. État général mauvais. Larges incisions; six mois après l'opération, dégénérescence cancroïdale des bords de la plaie. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé, à forme diffuse. Gros ganglions dans les aines, œdème des membres inférieurs, cachexie; mort en octobre 1880, autopsie impossible.

Il résulte de ces deux faits que l'on peut observer au périnée, chez les malades atteints de rétrécissements anciens avec lésions inflammatoires chroniques, des dégénérescences cancroïdales. Le point de départ n'en est probablement pas la muqueuse uréthrale, mais les tissus ambiants constamment irrités par l'urine.

Les signes de cette transformation, lorsque la néoplasie est profonde, sous-cutanée, sont: un écoulement séreux, sanieux, par les trajets fistuleux, une odeur fétide, *sui generis*, *odeur épithéliale*, l'apparition rapide de ganglions cancéreux dans les aines, plus tard, la cachexie. Cet épithéliome intra-périnéal mérite d'être rapproché des épithéliomes apparaissant sur de vieux ulcères, mais plus particulièrement d'une variété non encore décrite d'*épithéliomes intraosseux* dont j'ai eu l'occasion de voir des exemples. Ces cancroïdes profonds se rencontrent chez des sujets d'un certain âge, atteints autrefois de lésions inflammatoires aiguës du squelette, et chez lesquels des séquestres entretiennent des trajets fistuleux pendant des vingt, trente et quarante ans (1).

— M. *Hortolès*, interne des hôpitaux de Lyon, présente un appareil destiné à la rupture de l'ankylose du genou en évitant la subluxation en arrière du tibia. Cet appareil, construit par M. Théron (de Lyon), d'après les indications de M. Hortolès, se compose de deux compas munis d'une double articulation. Placés de chaque côté du genou et inclus dans l'épaisseur d'un bandage silicaté, sectionné au niveau de l'article, ces compas ont pour but de diriger les tractions élastiques exercées sur le silicate. Grâce à la double articulation de ces compas, il est imprimé simultanément à la jambe un mouvement d'élongation, de déflexion et d'élévation de la jambe sur la cuisse. Cette élévation du plan tibial sur le plan fémoral empêche le tibia de se porter en arrière, et prévient dès lors la subluxation du tibia en arrière et en dehors, que l'on peut regarder comme fatale dans la rupture de l'ankylose du genou.

Un écrou à oreille détermine l'arrêt des divers mouvements des compas, établit l'inamovibilité du bandage et assure ainsi l'immobilité du membre que l'on maintient au repos, sans perdre ni amoindrir les résultats déjà obtenus, quelle que puisse être la durée du temps que nécessitera pour une cause ou pour une autre la suspension des tractions élastiques.

— M. *Hortolès*, au nom de M. *Martin*, dentiste à Lyon, présente un mémoire intitulé: *De la trépanation des extrémités radiculaires des dents, appliquée au traitement de la périostite chronique alvéolo-dentaire.* — M. Martin propose dans ces cas de trépaner directement, en passant à travers la gencive et l'alvéole, l'extrémité radiculaire malade; il rejette la greffe *par restitution* de M. Magitot, qui expose à la non-reprise de la dent, et entrave pour quelques jours l'exercice

(1) Lubbock, Harsant et Th. Bryant ont publié déjà des cas de ce genre dans *Guy's Hosp. Reports*, 1870, t. XX, p. 348, 350, 356. — H. P.

de la mastication; par son procédé, la dent est aussitôt rendue à ses fonctions, et sa conservation est assurée, sans qu'il soit besoin d'appareils de contention. Cette méthode est applicable dans les cas où la greffe, de l'aveu même de son auteur, conduit à un insuccès certain. L'opération se pratique à l'aide d'une petite couronne de trépan qui résèque l'extrémité radiculaire de la dent, dans l'alvéole même, sans avoir recours à l'extraction. La guérison s'opère par un bourgeonnement de la cavité alvéolaire.

— *De l'action du climat algérien sur la phthisie pulmonaire*, par M. le docteur *Feuillet*. — L'auteur conclut à l'action antiphthisique du climat de l'Algérie, en se basant sur des statistiques. Il ne serait pas éloigné d'admettre, comme d'autres médecins avant lui, un antagonisme entre le paludisme et la tuberculose.

M. *Bouchet* (?) s'élève contre les conclusions tirées des statistiques qui, établies dans de mauvaises conditions, ne peuvent fournir de conclusions probantes.

M. *Spillmann* dit qu'il n'y a rien à tirer à ce sujet des documents officiels sur la mortalité dans l'armée, pour cette excellente raison que les phthisiques sont réformés.

M. *Bonnafont* dit qu'il a établi depuis 1842, par des statistiques, que le climat algérien est favorable aux phthisiques.

M. *Landowski* dit que les statistiques, quelque imparfaites qu'elles soient, sont un moyen de renseignement préférable à l'impression, à la mémoire, et qu'il faut remercier M. Feuillet de son travail.

— *Des bains de mer dans le traitement des affections des yeux*, par le docteur Louis Amat, lu par M. le docteur *E. Bertherand* (d'Alger). — L'action thérapeutique exercée par les bains de mer sur les affections des yeux est très intense et, si on veut l'analyser, on la trouve douée en quelque sorte d'un effet double. Par leur influence sur la santé générale, ils dissipent l'anémie, relèvent les forces; la médication marine est reconstituante au premier chef: c'est ainsi que l'on explique ses bons effets sur certaines maladies profondes de l'œil, liées à un état dyscrasique du sang. En second lieu, l'eau de mer et quelquefois l'atmosphère marine ont une action locale irritante et résolutive qu'il faut surveiller avec le plus grand soin. Très efficace quand l'inflammation reste à l'état chronique, qu'elle est torpide et indolente, elle devient très dangereuse, au contraire, quand cette inflammation entre dans la phase aiguë.

Enfin, le médecin qui voudra tirer quelques déductions pratiques des détails sur lesquels nous venons d'insister reconnaîtra tout d'abord que, dans la médication marine appliquée au traitement des maladies des yeux, un grand nombre de précautions sont à prendre : il devra donc exercer sur les malades une surveillance constante et éclairée de tous les instants. Ce n'est qu'à ce prix qu'il lui sera permis d'espérer de bons et sérieux résultats.

— *Traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude*. — M. le docteur Caussidou (d'Alger) a traité par ce moyen, tant dans son service à l'hôpital civil que dans sa clientèle, trente-deux malades. De ses observations, accompagnées de nombreux tracés, il résulte un certain nombre de faits intéressants qui peuvent se résumer ainsi :

Le salicylate produit un abaissement de la fièvre d'une manière plus simple, plus facile et plus durable que la réfrigération. Aucun autre antipyrétique ne paraît capable de modérer la fièvre et d'abaisser la température d'une manière aussi sûre et aussi rapide. Il n'a pas une action constante sur le pouls, mais certains cas démontrent toutefois que cette action est manifeste.

Quelques faits permettent de penser qu'en donnant le salicylate dès le début d'une maladie fébrile, qu'on a quelque raison de supposer être une fièvre typhoïde commune, on aurait des chances de voir cette fièvre ne pas dépasser de beaucoup le premier septenaire. Sans espérer juguler la maladie, on est autorisé à croire qu'on aurait, en agissant ainsi, un plus grand nombre de cas de forme abortive. Lorsque la température tombe au-dessous de 37°,5, on observe presque constamment de la dyspnée et de l'anxiété précordiale pénible. Pour éviter ces inconvénients, M. Caussidou recommande d'administrer 1 gramme de salicylate toutes les deux heures et de surveiller la température; on pourra continuer tant que celle-ci dépassera 38 degrés, mais on s'arrêtera lorsqu'elle se sera abaissée au-dessous de ce chiffre. L'ascension anormale de la température, dans le cours d'une fièvre typhoïde traitée par le salicylate, annonce l'imminence ou l'invasion d'une complication plus ou moins sérieuse, surtout si l'on avait déjà obtenu une défervescence par la médication.

Dans un cas compliqué d'érysipèle, le salicylate exerça une action favorable sur la fièvre tant que l'affection primitive fut seule, mais il fut impuissant à diminuer la recrudescence fébrile déterminée par la complication. Ce fait semble en désaccord avec les observations de M. Brouardel, qui l'avaient amené à conclure à l'efficacité du salicylate de soude dans l'érysipèle (1).

M. *Hérard* est d'avis que les préparations phéniquées et salicylées doivent être de plus en plus employées dans le traitement de la fièvre typhoïde et d'autres affections fébriles; pour sa part, il en fait chaque jour de nouvelles applications en thérapeutique, et il n'a qu'à s'en louer.

— *De l'influence favorable de l'hydropneumothorax sur la marche de la tuberculisation pulmonaire*, par M. *Hérard*, médecin de l'Hôtel-Dieu (Paris). — L'auteur se propose de démontrer que l'hydropneumothorax, survenant dans le cours de la phthisie, tout en constituant une complication redoutable, très souvent mortelle, exerce dans un certain nombre de cas une influence heureuse sur la marche de la tuberculose, qu'il peut en arrêter les progrès et devenir ainsi, pour le malade, un moyen de salut véritablement inespéré.

M. Hérard se demande comment il faut expliquer cette influence, quel est le mécanisme de la guérison, et s'il est possible de prévoir les cas où l'issue sera heureuse et ceux dans lesquels elle sera funeste.

Pour répondre à ces questions, il faut tenir compte de l'état du poumon aux diverses périodes de la phthisie. Lorsque les lésions sont à leur début, le poumon présente des granulations éparses ou de petits noyaux caséeux au milieu d'un tissu plus ou moins congestionné mais susceptible d'être ramené à un petit volume par une brusque compression. L'hydropneumothorax survenant alors détermine une diminution ou une abolition de l'activité de l'organe, et l'évolution tuberculeuse se trouve entravée et quelquefois complètement enrayée.

Lorsque la phthisie est arrivée à la deuxième ou la troisième période, mais que les lésions sont peu étendues, circonscrites au lobe supérieur, la compression due à l'hydropneumothorax empêche l'affluence du sang vers les produits morbides et, par suite, leur nutrition; en même temps, les parois des cavernes se rapprochent et se cicatrisent quelquefois. Pour que la guérison s'accomplisse dans ces conditions, il faut toutefois que l'autre poumon soit assez intact pour qu'il puisse supporter tous les frais de l'hématose.

Au contraire, lorsque le poumon est envahi dans sa totalité par des lésions tuberculeuses, qu'il est résistant, irréductible par la compression, l'hydropneumothorax ne peut qu'aggraver l'état du malade. Dans ces cas, on a pu écrire que cette complication entraînait toujours la mort. Dans ceux des deux premières catégories, on peut dire que la phthisie est curable.

(1) Voir également un travail de M. Hallopeau : *Du traitement de l'érysipèle par le salicycate de soude* intus et extra, in *Union médicale* du 1er mai 1881, et également favorable à l'action de ce médicament.

M. Hérard cite, à l'appui de cette manière de voir, plusieurs faits rapportés dans la thèse de doctorat de M. Toussaint (Paris, 1880).

— *Remarques sur la valeur de la résection dans les cas de blessures de l'articulation du genou*, par M. *Spillmann*. — L'auteur rappelle les faits de résection publiés depuis sa thèse de doctorat (1868) et, ne tenant compte que des résections faites à l'occasion des blessures déterminées en campagne par les projectiles de guerre, il en conclut que : 1° considérée dans son ensemble, la résection est certainement plus grave que l'amputation; 2° la résection primitive a donné, dans la dernière guerre (1870-71), des résultats à peu près égaux, au point de vue de la mortalité, à ceux de l'amputation primitive, mais elle ne peut s'appliquer avec chances de succès que dans les cas où la conservation pure et simple pourrait être suivie de succès égaux; 3° la résection secondaire est infiniment plus dangereuse que l'amputation secondaire; 4° la résection, qu'elle soit primitive ou secondaire, demande un traitement très long, et entraîne, à quelques rares exceptions près, des résultats fonctionnels assez fâcheux pour que le blessé *regrette une bonne jambe de bois*.

Toutefois, la résection du genou, de cause traumatique, ne constitue pas par elle-même une mauvaise opération. Ce sont les circonstances au milieu desquelles se trouvent placés les blessés (vie des camps), la gravité et l'étendue des dégâts (fêlures), qui la rendent presque fatalement mortelle en chirurgie d'armée. Quand les conditions générales de la vie des camps n'existent plus, quand des causes traumatiques plus légères (balles de petit calibre, corps contondants ordinaires, instruments tranchants ou piquants) ont provoqué une arthrite, suivie d'accidents exigeant impérieusement une opération, la résection peut être avantageusement substituée à l'amputation.

La méthode antiseptique diminuera certainement la mortalité dans la chirurgie d'armée, comme elle l'a fait dans la pratique civile; mais si elle diminue la mortalité des résections, elle diminuera *a fortiori* celle des amputations, et les calculs proportionnels demeureront toujours à l'avantage de cette dernière. En outre, le pansement antiseptique, modifiant les indications opératoires, permettra sans doute de se borner, plus souvent qu'autrefois, à l'extraction des corps étrangers et des esquilles.

— *Amputation de la jambe chez un malade atteint de néphrite interstitielle. Gangrène du moignon*, par M. *Richardière*, interne des hôpitaux de Paris. — Le sujet, âgé de soixante-cinq ans, d'une bonne santé habituelle, présentait, depuis dix-huit mois, une ostéoarthrite suppurée des deux pieds, avec fusées dans les gaines tendineuses; lésions tuberculeuses aux deux sommets, urines un peu albumineuses; athérome artériel; pas de lésion cardiaque. Amputation de la jambe droite au tiers inférieur; perte de sang médiocre (100 grammes); pansement de Lister avec réunion. Au quatrième jour, gangrène du moignon, augmentation de la quantité d'albumine dans l'urine. Élimination lente de l'eschare; mauvais état général, somnolence, puis coma. Mort six semaines après l'opération. Depuis celle-ci, l'état du pied gauche s'était fort aggravé.

Autopsie. — Lésions tuberculeuses très peu étendues au sommet des deux poumons. Cœur normal; athérome artériel très marqué. Néphrite interstitielle double, avancée, avec les lésions parenchymateuses habituelles concomitantes.

— *Recherches expérimentales sur la laparotomie et la cystoraphie dans les plaies pénétrantes intrapéritonéales de la vessie, avec applications à la taille hypogastrique*, par le docteur *E. Vincent*, de Lyon (sera publié).

— *Pèse-bébés*. — M. *Bouchut* communique, au nom de M. Galante, fabricant de Paris, un *pèse-bébés* construit d'après les indications qu'il a données. C'est une romaine à cadran, donnant des différences de dix grammes. Or, pour les pesées de l'enfant à la mamelle, cela est très suffisant. C'est un instrument qui peut rendre service pour mesurer exactement l'accroissement des enfants toutes les semaines jusqu'au moment du sevrage.

(*A suivre*.)

L.-H. Petit.

Ont été élus : président de l'Association pour 1883 : M. *Frédéric Passy*.

Président de la section des sciences médicales pour 1882 : M. *Azam* (de Bordeaux).

Le congrès se tiendra en 1883 à Rouen.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Sur l'origine normale de la néfrozymase. Note de MM. *J. Béchamp* et *Baltus*. — En 1865, M. A. Béchamp a établi que, dans l'état *normal* et d'une manière *constante*, l'urine contient une matière de nature albuminoïde qui possède les propriétés générales des ferments solubles, la *néfrozymase*, capable de fluidifier et de saccharifier directement l'empois de fécule, tout en étant sans action sur le sucre de canne (A. Béchamp, *Comptes rendus*, t. LX, p. 455, et t. LXI, p. 251; *Mémoire sur la néphrozymase, etc.*, in *Montpellier médical*, 1865). Diverses considérations avaient amené M. A. Béchamp à placer le lieu de formation du ferment de l'urine dans le rein lui-même, et non dans la vessie. L'objet de cette note est la démonstration expérimentale de cette hypothèse, démonstration basée sur l'analyse chimique du produit de fistules urétérales. Il résulte de ces expériences : 1° que la matière albuminoïde ferment, la néfrozymase, existe dans l'urine obtenue par fistules uretérales; 2° qu'elle est directement sécrétée par le rein; 3° qu'elle existe en plus grande quantité avant son arrivée dans la vessie qu'après son séjour dans cet organe. On remarque que sa quantité est diminuée par une alimentation purement végétale.

Sur l'absorption des eaux minérales par la surface cutanée. Note de M. *Champouillon*. — La conclusion de l'auteur est la suivante :

L'absorption de l'eau minérale par la peau ne peut être contestée. D'après la loi de l'endosmose et dans certaines conditions déterminées, le régime de la balnéation, employé seul, possède le même degré d'efficacité curative que l'eau minérale prise en boisson.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'instruction publique transmet : 1° l'ampliation d'un décret de M. le président de la République approuvant l'élection de M. Cusco dans la section de médecine opératoire; 2° une brochure de M. le docteur Apostolidès (du Caire) sur la *méningite cérébrospinale épidémique du cheval* observée en Égypte pendant l'année 1876.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande de récompense honorifique, adressée par M. le préfet des Landes, pour M[me] Vernier, sage-femme à Mézos, en raison de services rendus dans la propagation de la vaccine. (*Commission de vaccine*.)

M. le préfet de Seine-et-Marne adresse le compte rendu des travaux du Conseil d'hygiène de ce département pour l'année 1879.

L'Académie reçoit : 1° de M. le docteur Géraud, médecin aide-major au Mans, un mémoire manuscrit sur *La fièvre typhoïde et les influences climatériques*. (*Commission des épidémies*); 2° de M. le docteur Pons, de Bez (Gard), une note manuscrite *à propos des vaccinations et revaccinations* (*Commission de vaccine*); 3° de M. Fabius (de Paris), une lettre relative à *la transfusion du sang*. (*Commission déjà nommée*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur E. Simonin (de

Nancy) une brochure intitulée *Quelques faits de chirurgie*; 2° de la part de M. le docteur Planche, un ouvrage sur *Balaruc-les-Bains au point de vue de ses indications thérapeutiques*; 3° au nom de M. le docteur Cecchereili (de Florence), une brochure portant le titre de : *Il Listerismo i suoi oppositori*; 4° de la part de M. Vieira Souto (de Rio-de-Janeiro), un livre intitulé : *Organizaçdo da hygiene administrativa*; 5° une discussion à la Société de pathologie et de clinique de Glasgow sur la *Pathologie de la phthisie pulmonaire*.

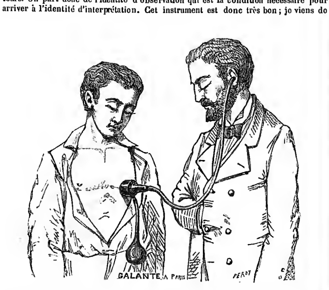
M. *Roger* présente, au nom de M. le docteur Martineau, une brochure sur *La propagation de la syphilis et sa prophylaxie*.

M. *Léon Colin* offre : 1° de la part de M. le docteur Longuet, un manuscrit sur les *Eaux thermales des environs de Lalla-Marnia* (en Algérie) (*Commission des eaux minérales*); 2° au nom de M. le docteur Laveran, un mémoire sur la *Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme*.

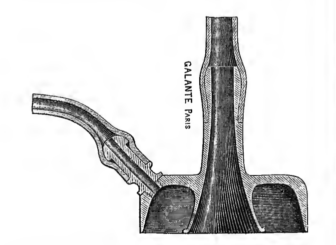
M. *Noel Gueneau de Mussy* présente : 1° de la part de M. le docteur Moure (de Bordeaux), une *Étude sur les kystes du larynx*; 2° au nom de M. le docteur Léon Andral, un travail sur *l'action des eaux sulfureuses d'Eaux-Bonnes* (*Source Vieille*) *sur l'excrétion de l'urée*.

M. *Constantin Paul* offre : 1° un mémoire sur *Un nouveau signe de la scrofule fourni par les boucles d'oreille*; 2° un nouveau modèle de son stéthoscope flexible :

« Le stéthoscope flexible simple, et mieux encore le stéthoscope biauriculaire, permettent de faire entendre le bruit pathologique à un grand nombre d'observateurs. On part donc de l'identité d'observation qui est la condition nécessaire pour arriver à l'identité d'interprétation. Cet instrument est donc très bon ; je viens de



lui faire subir un perfectionnement en y ajoutant la ventouse annulaire que M. le docteur Roussel (de Genève) a inventée pour son transfuseur. Mon stéthoscope ainsi modifié a des qualités acoustiques remarquables. En raison de l'adaptation exacte du pavillon sur la peau avec une pression invariable, et d'autre part, à cause de la ventouse qui fait caisse de renforcement, le bruit qu'on vient écouter prend une intensité et une netteté remarquables. Si l'on adapte ce nouveau pavillon à un tube métallique à deux branches, pour faire un stéthoscope biauriculaire, on arrive à une intensité de son inconnue jusqu'ici dans l'auscultation des bruits car-



diaques et vasculaires. La ventouse permet, en outre, de fixer automatiquement le stéthoscope au point choisi pour l'auscultation, et les élèves peuvent venir successivement prendre le tube acoustique sans que l'instrument se déplace. Il permet de faire entendre, non seulement les bruits des enfants et des adultes, mais encore les bruits du fœtus. »

Élection. — L'Académie procède à l'élection, par voie de scrutin, d'un membre correspondant national dans la première division (pathologie médicale), d'après la liste suivante de présentations : en première ligne, M. Nivet (de Clermont-Ferrand); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Berchon (de Pauillac) et Mandon (de Limoges); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Lambron (de Bagnères-de-Luchon), Mignot (de Chantelle) et Penard (de Versailles). — Votants : 67, majorité : 34. Ont obtenu : MM. Nivet, 50 voix; Penard, 8; Lambron, 7; Mignot, 1; Berchon, 1. — En conséquence, M. Nivet est élu.

Vaccination et revaccination obligatoires. — La commission et son rapporteur, M. Blot, ont enfin remporté victoire complète; ce sont leurs conclusions qui ont été votées, non sans une hécatombe préalable d'un certain nombre d'amendements, sans de nombreuses velléités de rentrer dans la discussion et sans quelques attaques assez vives qu'il n'est plus intéressant de faire connaître en présence du résultat final.

M. *le Président* ayant d'abord voulu mettre aux voix les « considérants scientifiques » qui précédaient les conclusions du rapport, l'Académie s'est refusée à cette innovation. Un premier amendement dû à M. *J. Guérin*, bien qu'appuyé « en principe seulement et non quant à sa rédaction » par M. *Larrey*, a été rejeté à l'unanimité moins deux voix; il était ainsi conçu : « Tout en protestant de nouveau, et à l'unanimité, de son entière confiance dans la vaccine, l'Académie regrette de ne pouvoir s'associer à la proposition qui lui est soumise, de rendre la vaccine obligatoire, premièrement parce que cette mesure lui paraît inutile et peu compatible avec l'esprit du progrès scientifique, secondement parce qu'elle est contraire aux prérogatives de la profession médicale et aux libertés du citoyen; animée toutefois du plus vif désir de voir la vaccination et la revaccination se généraliser de plus en plus, l'Académie émet le vœu que les Chambres et le Gouvernement assurent, par des allocations suffisantes, le développement et le perfectionnement des institutions vaccinales, comme un des principaux moyens de multiplier les applications de cette précieuse méthode et de servir efficacement les intérêts des populations. »

Un second amendement, déposé par M. *Depaul*, appuyé également par M. *Larrey*, n'a réuni que 10 voix; il portait qu'à partir du 1er janvier 1882, la pratique de la vaccination et de la revaccination sera réorganisée sur des bases nouvelles dans toute l'étendue du territoire de la République française; un règlement d'administration interviendra pour assurer l'exécution de cette loi. Les considérations suivantes le précédaient : « Attendu que la vaccination et la revaccination représentent la méthode prophylactique la plus sûre pour prévenir les épidémies de variole et pour les éteindre quand elles se produisent; attendu qu'il s'agit d'une question d'hygiène publique de premier ordre et que, jusqu'à ce jour, le gouvernement n'est intervenu que par une circulaire ministérielle du 10 juillet 1823, dont l'expérience a montré l'insuffisance et qui d'ailleurs est tombée dans un oubli à peu près complet; attendu qu'il est démontré que dans les pays où des lois ont été promulguées pour rendre la vaccination obligatoire, leur application s'est heurtée à de telles difficultés qu'on a dû les laisser de côté et qu'elles n'y existent plus qu'à l'état de lettre morte, puisqu'on a dû renoncer à la sanction qu'elles comportent; attendu que les statistiques sur lesquelles on s'est appuyé pour montrer les avantages de l'obligation laissent beaucoup à désirer et qu'il en a même été produit qui parlent en sens contraire; considérant que l'obligation de la vaccination et de la revaccination porte une atteinte grave à l'autorité du père de famille en ce qui touche le droit incontestable qu'il a de diriger la santé de ses enfants et aussi la sienne; considérant que la vaccination, malgré les avantages qu'elle offre, n'est pas exempte de tout incon-

vénient et qu'elle peut être le point de départ d'accidents d'une gravité extrême ; considérant que la France est un des pays où la vaccination est le plus universellement acceptée et que, ce qu'il faut surtout, c'est que les médecins trouvent en tout temps et en tous lieux du vaccin vivant, c'est-à-dire pris sur l'homme ou l'animal au moment de s'en servir ; considérant qu'il ne suffit pas que du vaccin ait été inoculé, mais qu'il est de toute nécessité que le médecin suive les résultats de son opération pour constater, par la forme et la marche des pustules, que la vaccine produite réunit bien un ensemble de caractères qui, seuls, donnent une sécurité complète, et vu la circulaire ministérielle du 10 juillet 1823. »

M. *Hardy* n'a pas été plus heureux avec l'amendement suivant qui n'a recueilli que 13 suffrages : « Pour combattre les funestes effets de la variole, l'Académie pense qu'il n'est pas nécessaire de décréter la vaccine obligatoire, à la condition que le service de la vaccine obtienne les fonds nécessaires à son extension et à son perfectionnement. »

Un contre-projet, présenté au dernier moment par M. Larrey, a été immédiatement retiré par son auteur, dès la lecture des premières phrases, en présence de l'opposition manifeste de l'Académie.

Adoptant donc les motifs par lesquels MM. Blot et Fauvel avaient déjà, par avance, combattu ces divers arguments, l'Académie a finalement voté au scrutin, à la majorité de 46 voix contre 19 et 2 bulletins blancs sur 67 votants, la première conclusion du rapport ainsi rédigée : *L'Académie pense qu'il est urgent et d'un grand intérêt public qu'une loi rende la vaccine obligatoire.* — Pour ce qui est de la seconde conclusion, elle a été acceptée, ainsi que l'addition proposée par M. Trélat, à une très forte majorité, sans scrutin ; le texte complet est ainsi libellé : *Quant à la revaccination, elle doit être encouragée de toutes les manières, et même imposée par des règlements d'administration, dans toutes les circonstances où cela est possible, notamment par les pouvoirs municipaux partout où les médecins des épidémies et les conseils d'hygiène leur auront signalé la nécessité de cette obligation.*

M. *Léon Lefort* étant ensuite venu demander que l'Académie profite de cette « occasion inespérée » pour signaler aux pouvoirs publics la nécessité d'une loi concernant l'isolement des varioleux, ainsi que cela se pratique dans divers pays étrangers, l'Académie a décidé que l'expression de ce vœu serait ajoutée aux conclusions qu'elle venait d'adopter.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Pleurésie pseudo-purulente : M. Debove. — La transfusion du sang : M. Roussel (de Genève). — Scrofule et tuberculose : M. Grancher.

M. *Debove* présente des pièces anatomiques relatives à un cas de *pleurésie pseudopurulente* ou *pleurésie graisseuse* observé dans son service à l'hospice de Bicêtre. Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans qui entra à l'infirmerie de Bicêtre se plaignant d'une oppression considérable dont il faisait remonter le début à trois mois environ, époque à laquelle il avait éprouvé du malaise et quelques frissons. On constatait les signes non douteux d'un énorme épanchement pleural gauche, ayant fortement dévié le cœur à droite ; l'état général était mauvais, la faiblesse très grande, les extrémités froides et cyanosées, la dyspnée extrême avec tendance à la syncope. Craignant que la thoracentèse ne pût être supportée, M. Debove prescrivit des cordiaux et différa l'opération ; le lendemain, les symptômes restant les mêmes, il pratiqua la ponction et retira trois quarts de litre de liquide, mais, une syncope étant survenue, il n'osa pousser plus loin l'évacuation de l'épanchement ; dix minutes plus tard, le malade mourait subitement. A l'autopsie, on trouva encore plus de deux litres de liquide dans la plèvre gauche ; la poche pleurétique était formée par une membrane très épaisse, feuilletée, d'aspect jaunâtre très analogue à celui des tuniques d'une aorte athéromateuse ; la cavité n'était pas cloisonnée. Le poumon gauche, réduit à un très petit volume, semblait carnifié ; rien de particulier dans les autres viscères. M. Debove présente à la Société un lambeau de la fausse membrane et un échantillon du liquide de l'épanchement : la fausse membrane est formée de couches de tissu fibreux superposées et séparées par des granulations graisseuses abondantes ; le liquide est trouble jaunâtre, et, à première vue, semble purulent ; cependant, on y remarque, avec quelque attention, de nombreuses paillettes brillantes formées par des cristaux de cholestérine ; le microscope y décèle en outre, non du pus, mais de la graisse en quantité considérable, sous forme de gouttelettes ou de granulations. — M. Debove ne connaît pas de cas semblable publié jusqu'à ce jour ; il ne pense pas qu'on puisse admettre ici qu'il s'agit d'une pleurésie purulente dont l'épanchement a subi la transformation graisseuse, car le microscope ne révèle que de très rares globules de pus, en nombre moindre que dans bien des pleurésies simples. La présence des cristaux de cholestérine aurait pu faire penser à quelque rapport de l'épanchement pleurétique avec une affection du foie, mais l'épanchement siégeait à gauche et le foie était normal.

M. *Zuber* a observé, il y a trois ans, un fait identique chez un soldat tuberculeux et alcoolique.

M. *Fernet* se demande si l'on ne pourrait admettre la transformation graisseuse d'un épanchement purulent très ancien, la date du début des accidents n'étant pas établie d'une façon bien certaine. M. N. Gueneau de Mussy a publié plusieurs observations qui plaident en faveur de cette interprétation.

M. *Debove* croit cette hypothèse inadmissible, car dans les abcès anciens dont le contenu purulent a subi la transformation graisseuse, on retrouve toujours une notable quantité de globules de pus, tandis que dans le cas qu'il rapporte c'est à peine si l'on en rencontre quelques-uns, et, de plus, ils ne présentent aucune trace de dégénérescence adipeuse.

— M. *Roussel* (de Genève) présente à la Société l'appareil pour la transfusion du sang dont il est l'inventeur (voy. le compte rendu de la Société de thérapeutique dans le numéro du 1er avril).

— M. *Grancher* dépose sur le bureau une note manuscrite sur *les rapports de la scrofule et de la tuberculose.*

M. Grancher fait observer tout d'abord qu'il n'a jamais voulu dire, ainsi que l'ont compris MM. Féréol et Rendu, qu'un élément spécifique, *le scrofulome*, se transforme en un autre élément spécifique différent, le tubercule ; c'est une néoplasie embryonnaire qui achève son développement sans sortir de l'espèce à laquelle elle appartient : le scrofulome est un tubercule en voie d'évolution, qui présente comme caractère, à cette période, d'être localisé et d'une cure relativement facile. Enfin la scrofule n'est pas le prélude nécessaire de la tuberculose.

M. Grancher envisage alors la question au point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la clinique. La scrofule, disent les dualistes, est une *diathèse héréditaire*, et la tuberculose une maladie *parasitaire* et *infectieuse*. Certes, la première proposition est indiscutable, mais la seconde est moins nettement établie. Peut-être une statistique rigoureuse, si tant est qu'il en puisse exister, arriverait-elle à démontrer que la plupart des tuberculoses sont acquises, qu'un enfant né de parents tuberculeux n'est pas plus exposé qu'un autre à la phthisie, et l'est moins même que le descendant d'une famille d'arthritiques ou d'une race dégénérée et appauvrie ; mais ne pourrait-on voir dans cette

affirmation une exagération bien voisine de l'erreur. Le séjour des grandes villes est-il donc une cause plus puissante de tuberculose que de scrofule? Telle n'était pas, pour ne citer qu'un nom, l'opinion de Bazin. — Quant à l'inoculabilité du tubercule de l'homme aux animaux, elle constitue un fait de pathologie expérimentale admis par tous, mais dont chacun tire des conclusions différentes. M. Villemin, à qui revient la priorité de cette étude, fait rentrer dans le domaine de la tuberculose les adénites strumeuses, les tumeurs blanches, les abcès froids, dont la matière caséeuse reproduit, par inoculation, du tubercule. La scrofule disparaît comme maladie, le scrofulisme reste en tant que diathèse: c'est l'irritabilité morbide du système végétatif, qui est au tissu conjonctif ce qu'est le nervosisme au système nerveux. Pour le professeur Bouchard, toutes les lésions où se rencontre le follicule tuberculeux de Köster appartiennent à la tuberculose; à la scrofule appartiennent seulement les inflammations chroniques superficielles de la peau et des muqueuses, « ces mille indices par lesquels la scrofule se révèle si bien, que personne ne s'y trompe. » MM. Damaschino et Rendu opposent la nature parasitaire de la tuberculose à la nature héréditaire de la scrofule. MM. Féréol, Vidal et Kiener rangent dans la tuberculose la plupart des affections dites scrofuleuses, mais en exceptent le lupus, en présence d'inoculations négatives pratiquées par M. Kiener. En résumé, tous ces auteurs s'accordent pour donner à la tuberculose la plus grande partie de l'*ancienne scrofule* et le débat ne subsiste que sur les opinions de M. Bouchard et de M. Vidal, relatives aux phlegmasies superficielles chroniques cutanées ou muqueuses, et au lupus. En ce qui concerne le lupus, un auteur allemand, Max Schuller, dans de récentes expériences a obtenu constamment des inoculations positives; le tissu du lupus, soumis aux procédés de culture, a permis de produire, par l'inoculation, non seulement de la tuberculose locale, mais une tuberculose généralisée. Quant aux phlegmasies superficielles de la peau et des muqueuses, le doute est encore permis, aucun fait probant ne peut être invoqué; mais M. Grancher, s'appuyant sur les propositions de Cohnheim, relatives à la puissance septique différente du tubercule le plus légitime suivant les conditions de l'expérimentation, insiste pour que des inoculations soient tentées après culture du produit morbide supposé parasitaire.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, M. Grancher rappelle que la définition d'une néoplasie ne peut reposer sur un seul élément, mais bien, ainsi que l'a préconisé Virchow, sur l'étude de la texture et du groupement des éléments multiples: c'est ainsi que le corpuscule de Lebert, la cellule de Schuppel, ont perdu toute leur valeur, tandis que le follicule tuberculeux de Friedlander et Köster a permis d'établir sans conteste l'unité de la tuberculose, pressentie par Laënnec (Grancher, Thaon, Charcot). Malheureusement ce follicule se rencontre dans les lésions différentes de la tuberculose, dans le syphilome, par exemple; il faut donc demander à l'étude de la marche et de l'évolution anatomique du tubercule les renseignements que ne peut fournir la connaissance de sa texture intime. L'évolution du tubercule se divise en deux périodes: la première, *microscopique*, comprend les stades d'*infiltration*, puis de formation *nodulaire* et de groupement *folliculaire;* la seconde, *macroscopique*, représente les stades de *conglomération* (Charcot) et de *généralisation*. Dans l'une, le tubercule *embryonnaire* constitue une affection locale, bénigne et curable, dans l'autre, parvenu l'état *adulte*, parfait, il envahit tout l'organisme et offre un caractère infectieux évident: le lupus, par exemple, peut servir de type à la première, la granulie, à la seconde. Dans les lésions dites scrofuleuses, on retrouve le tubercule aux différents stades de son évolution: follicule tuberculeux dans le lupus, les adénites chroniques non encore caséeuses; tubercule congloméré dans les ostéites chroniques, les abcès froids (Lannelongue). Seules, les lésions superficielles cutanées et muqueuses chroniques, les conjonctivites à répétition, n'ont pas encore de caractéristique anatomique; mais est-ce bien une raison pour les exclure du domaine de la tuberculose et ne voit-on pas dans une observation de M. Villemin (*Étude sur la tuberculose* — Paris 1868) une semblable lésion être le point de départ d'une adénite franchement tuberculeuse.

La clinique nous montre que, si la tuberculose est *une*, il existe une grande variété de tuberculeux. La plus commune est celle qui, représentée pendant l'enfance par des accidents dits scrofuleux et qui guérissent temporairement, se révèle de nouveau pendant l'âge adulte, à l'occasion d'une bronchite, par la fixation du tubercule dans le poumon. Puis l'infection se produit, la granulation grise, enfantée par le tubercule caséeux, apparaît dans d'autres organes, et des accidents divers, le plus souvent méningitiques, viennent hâter la terminaison fatale. Mais n'observe-t-on pas tous les jours la granulie, la tuberculose pneumonique, la phthisie chronique: autant de formes différentes d'un même processus anatomique, le tubercule. Bien des médecins répugnent à qualifier du nom de tuberculose les lésions de la scrofule, et appuient leur manière de voir sur des considérations fort exactes tirées du pronostic et de la thérapeutique, si différents dans les deux cas; c'est pour cela que M. Grancher a proposé le mot de *scrofulome* pour désigner le tubercule naissant, localisé, bénin et curable; c'est une idée toute semblable qui a conduit Volkmann à créer le *tuberculoïde*, et M. E. Besnier, le *scrofulo-tubercule*.

En terminant, M. Grancher résume la discussion par les conclusions suivantes: 1° le tubercule est une néoplasie fibro-caséeuse dont l'évolution se fait par stades successifs; elle peut être tantôt incomplète et s'arrêter aux premiers stades, tantôt complète et se produire en quelques mois, ou durer toute la vie; 2° l'anatomie pathologique et la pathologie expérimentale s'accordent pour faire rentrer dans la tuberculose, sous le nom de *tuberculoses locales*, la plupart des affections dites scrofuleuses; 3° le lupus et les inflammations superficielles chroniques de la peau et des muqueuses rentreront probablement à leur tour dans le même cadre; 4° les nécessités de la pratique médicale ne permettant pas de confondre toutes les affections tuberculeuses, il convient de conserver le mot scrofule pour désigner les lésions tuberculeuses légères et curables.

— A cinq heures et demie, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Abcès du tibia: trépanation; guérison. — Élection d'un membre titulaire. — Concrétions des fosses nasales. — Observations d'ovariotomie. — Hématocèle du scrotum compliquant l'hydrocèle. — Torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. — Désarticulation du genou.

M. *le Secrétaire général* donne lecture d'une note de M. *Heurtaux* (de Nantes), membre correspondant, sur un cas d'abcès du tibia. Une femme de trente-deux ans, d'une bonne santé habituelle, reçut un coup sur le tibia gauche en juillet 1873. La douleur persista et augmenta. Le 1er novembre 1873, la malade accusait des douleurs vives augmentant par la pression; pas de fièvre. Le 13 novembre, M. Heurtaux constate un gonflement pâteux, mais non fluctuant. La douleur occupe le tibia seul, surtout à la face interne, au niveau du point contus. La malade ne dort plus; le pouls est à 110; on diagnostique une ostéomyélite ayant donné lieu à un abcès. Opération le 13 novembre; le périoste incisé et décollé montre que l'os est rugueux; application d'une couronne de trépan;

il s'écoule une nappe de pus phlegmoneux; amélioration de l'état général dès le lendemain. Mais le 22 novembre, la fièvre revient; il se forme un nouveau foyer à l'extrémité inférieur du tibia; une couronne du trépan nous montre le tissu osseux infiltré de pus. La malade quitte l'hôpital, guérie, le 14 janvier 1874.

— M. *Pozzi* est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

— M. *Duplay* fait un rapport sur une observation de M. *Vérité :* concrétions muqueuses provenant de la partie postérieure des fosses nasales. Ces concrétions sont formées de mucus concret.

— M. *Duplay* analyse deux observations d'ovariotomie, par M. *Comballat* (de Marseille); les kystes étaient multiloculaires; les malades ont guéri.

— M. *Desprès* a observé l'an dernier, à l'hôpital Cochin, deux exemples d'une lésion assez rare; l'hématocèle pariétale du scrotum chez des individus atteints d'hydrocèle.

Le premier malade, âgé de cinquante-neuf ans, avait une hydrocèle ancienne, grosse comme une tête de fœtus. A la suite d'un effort, il sentit un craquement et la tumeur augmenta notablement. Il y avait donc une hydrocèle non transparente, et entre les deux loges du scrotum, une induration entourant en partie la tumeur; c'était une hématocèle pariétale reconnaissable à une ecchymose étendue. Repos; cataplasmes. Au bout de quinze jours, la tumeur avait diminué de volume, mais il restait l'hydrocèle et une induration au niveau du raphé. M. Desprès fait la ponction de l'hydrocèle et une injection iodée en laissant une partie de la teinture d'iode dans la poche. Le liquide évacué était séro-sanguinolent. Il restait une masse dure au niveau du raphé scrotal; cette masse alla en diminuant.

2° Un homme, à la suite d'une marche forcée, sentit son hydrocèle augmenter subitement. M. Desprès constate une grosse tumeur, avec l'induration du scrotum et l'ecchymose, comme chez le premier malade. Ponction de l'hydrocèle; issue d'un liquide séro-sanguinolent; il restait une hématocèle pariétale. Au bout de quinze jours, nouvelle ponction suivie cette fois d'injection iodée. L'hématome diminua peu à peu.

M. *Trélat.* Velpeau avait préconisé les injections iodées dans les hydro-hématocèles. Le liquide était séro-sanguinolent; n'y avait-il point eu un suintement sanguin des parois de l'hydrocèle? M. Trélat a vu, à Necker, un malade atteint d'hématocèle vaginale; ce malade fut guéri par la ponction et l'injection iodée. Nélaton avait fait ces injections dans les hématocèles.

M. *Perrin.* Quels sont les signes qui ont permis à M. Després de diagnostiquer un hématome surajouté à l'hydrocèle? M. Perrin a vu des exsudats déposés sur la tunique vaginale simuler un hématome. Dans un cas, le liquide de la ponction était séro-sanguinolent; injection iodée; la poche suppure; on ouvre largement et on trouve une vaginalite exsudative.

M. *Desprès,* chez son second malade, a d'abord ponctionné l'hydrocèle; il est sorti un liquide séro-sanguin; alors il continua la ponction dans une autre poche fluctuante ne communiquant pas avec la première, et il sortit du sang pur; c'était un hématome.

— M. *Duplay* a pratiqué, dernièrement, l'ovariotomie chez une femme de cinquante-cinq ans, dont le kyste était enflammé récemment; il y avait des adhérences entre la paroi abdominale et la poche; le pédicule du kyste était plusieurs fois tordu sur lui-même; c'est à cette torsion du pédicule qu'on peut attribuer les accidents inflammatoires qui avaient précédé l'opération.

M. *Théophile Anger* a fait l'autopsie d'une femme atteinte de kyste de l'ovaire, et qui avait succombé à la péritonite. Le pédicule était plusieurs fois tordu sur lui-même et le kyste était en partie gangréné.

— M. *Polaillon* présente un homme auquel il a pratiqué la désarticulation du genou pour une arthrite fongueuse qui avait rendu la marche impossible. Méthode de Lister; procédé de Baudens. Le malade guérit rapidement.

— M. *Caudrou* présente, de la part de M. *Meyer,* deux opérés : l'un, d'un épithélioma de l'angle externe de l'œil; l'autre, pour un épiphora qui a nécessité l'ablation des deux glandes lacrymales.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Poulet monstrueux : M. Mégnin. — Recherches sur la mort apparente produite par l'asphyxie et le retour possible à la vie : M. Laborde. — Vaso-dilatation produite par l'asphyxie : M. Laffont.

M. *Mégnin* présente un poulet monstrueux réduit à un rudiment de bassin et aux membres postérieurs, trouvé dans un œuf duquel est sorti un autre poulet bien constitué; si ce dernier s'était soudé, pendant la vie embryonnaire, avec le monstre, on aurait un cas de pygomélie, monstruosité assez fréquente chez le poulet.

— M. *Laborde* expose les principaux résultats de ses recherches sur le temps qui peut s'écouler entre le moment où l'asphyxie produit la mort apparente et celui où l'on peut encore ramener l'animal à la vie par la respiration artificielle. Les expériences ont été faites sur des chiens trachéotomisés, dans la trachée desquels était une canule de Bichat, munie d'un robinet. La mort apparente arrivait environ huit minutes après la fermeture du robinet; elle était caractérisée par la cessation complète des mouvements respiratoires, la dilatation de la pupille, et l'insensibilité de la cornée; le cœur battait encore, mais ses battements étaient très faibles et très ralentis. Si, lorsque l'animal est en état de mort apparente, on ouvre le robinet pour laisser rentrer l'air dans les poumons, l'animal est incapable de reprendre lui-même le rhythme respiratoire, et il meurt assez rapidement; pour le ranimer il faut avoir recours à la respiration artificielle. Après environ deux minutes de respiration, on voit d'abord la pupille se contracter, puis les mouvements du cœur s'accélérer, et la sensibilité de la cornée reparaître.

Quand on recommence l'expérience sur le même animal, quelque temps après l'avoir complètement ranimé, on constate que l'asphyxie arrive beaucoup plus rapidement, et que, pour rappeler de nouveau le chien à la vie, il faut pratiquer la respiration artificielle plus longtemps. Au moment où l'on cesse la respiration artificielle pour laisser l'animal respirer spontanément, on observe une nouvelle dilatation de la pupille; ce phénomène est dû à ce que le chien respire d'abord mal.

On peut, dans le cas de mort apparente produite par l'asphyxie, rappeler l'animal à la vie en ranimant le cœur par l'excitation du bout central de l'un des pneumogastriques; mais ce moyen ne donne pas d'aussi bons résultats que la respiration artificielle.

M. Laborde a obtenu des résultats à peu près identiques à ceux que lui a donnés l'asphyxie par privation d'air, en asphyxiant les animaux à l'aide des anesthésiques, de l'hydrogène sulfuré, ou par la strangulation et la submersion; il fera connaître prochainement ces expériences. Pour le moment M. Laborde désire appeler l'attention sur les services que peut rendre la respiration artificielle chez l'homme dans les cas de mort apparente par asphyxie.

M. *Dumontpallier* demande si M. Laborde a employé les

pressions rhythmiques sur la poitrine et l'abdomen pour ranimer les animaux asphyxiés.

M. *Laborde* a essayé ce procédé, mais il ne lui a donné aucun résultat quand l'animal était dans un état complet de mort apparente.

M. *Budin* fait observer qu'on peut faire vivre des nouveau-nés, chez lesquels il est impossible de percevoir aucun mouvement du cœur, en pratiquant l'insufflation pendant une heure et même davantage.

M. *Laborde* répond qu'il est aujourd'hui démontré que, dans la mort apparente, le cœur continue à battre, bien que ses mouvements soient imperceptibles. Lorsque le cœur est complètement arrêté, il est impossible de le ranimer.

— M. *Laffont* a constaté sur les chiens auxquels il avait coupé le cordon vago-sympathique d'un côté, et chez lesquels il provoquait un commencement d'asphyxie, que, 70 secondes environ après la suppression de l'air, la muqueuse bucco-labiale était beaucoup plus congestionnée du côté de la section du nerf que du côté opposé.

M. Laffont répète cette expérience sur un chien devant la Société, et montre, sur le même animal, qu'en excitant le vago-sympathique, le premier effet qu'on observe est une pâleur des muqueuses du côté correspondant.

REVUE DES JOURNAUX

Observation de gastrotomie dans un cas de grossesse extra-utérine, par le docteur Lawson Tait.

L'auteur rapporte ce cas, qui est particulièrement destiné à faire ressortir l'utilité d'opérer par la section médiane abdominale, et la nécessité de ne pas toucher au placenta. Cette opinion est également motivée par une autre opération publiée antérieurement, et dans laquelle la section avait été faite par le vagin et le placenta enlevé, faits qui, d'après l'auteur, sont suffisants pour expliquer l'insuccès.

La malade dont il s'agit était d'une constitution minée par l'anémie. Elle était mariée depuis trois ans, âgée de trente ans et avait été vue pour la première fois le 1er mars dernier. Elle n'avait pas d'enfant, et ses périodes menstruelles avaient été parfaitement régulières jusqu'en septembre 1878, époque où elles cessèrent; l'abdomen grossit, et elle se crut enceinte. Il y avait une grosse tumeur s'étendant au-dessus de l'ombilic, fixée dans le bassin. L'utérus était d'une grosseur normale, légèrement fléchi en arrière; la tumeur, un peu mobile, était adhérente à la paroi antérieure. On diagnostiqua une hématocèle. La tumeur continua à augmenter et devint d'un volume double de celui qu'elle avait d'abord, augmentation due apparemment à la formation soudaine d'un kyste à sa surface supérieure, partie dans laquelle on pouvait percevoir quelque corps solide.

On fit le 30 avril une incision dans l'abdomen, en prenant les précautions antiseptiques, et on ouvrit un kyste plein de sang fraîchement coagulé. On l'explora; mais, rien ne venant jeter un nouveau jour, on ferma la plaie. La malade se guérit complètement de l'opération, mais la douleur était encore intense, et les opiacés furent augmentés. Le 2 mai, un liquide séreux, rouge, commença à suinter de la plaie, et il était clair que la cavité du kyste suppurait. Le 6 et le 7, plusieurs gros caillots sortirent de cette même plaie, et la cavité fut soigneusement injectée deux fois par jour avec une solution ansiseptique phéniquée. Le 16 mai, un morceau d'os qui se présenta fut reconnu pour un os du crâne d'un fœtus du troisième ou quatrième mois. Un fœtus entier fut extrait par l'ouverture de la tumeur primitive qui était dans le kyste antérieurement ouvert. Le fœtus, qui n'avait pas plus de trois mois, était macéré. Le 17, 8 à 9 pouces de cordon ombilical sortirent. Le 18, la malade était à bout de forces, et pendant les huit jours suivants, elle fut extrêmement mal; mais elle commença à aller mieux le 26, et le 29 on put extraire un gros fragment de placenta. L'écoulement cessa alors, la nourriture put être régulièrement prise, la plaie prit un meilleur aspect, et le 10 juin elle s'était rapidement cicatrisée.

Le diagnostic était approximativement exact, attendu que la lésion revêtait une des formes de l'hématocèle, et la section abdominale fut accidentellement le moyen de salut pour la malade. L'auteur établit comme règle d'ouvrir l'abdomen dans tous les cas où la nature de la tumeur est douteuse et où l'opération semble présenter des chances de succès (*American medical Journal*, janvier 1880).

Sur la thérapéutique intra-utérine dans l'état puerpéral, par le docteur Gruenwald.

En adoptant l'opinion que les principes gouvernant le traitement des plaies peuvent seuls donner une prophylaxie efficace contre la fièvre puerpérale, le professeur Gruenwald recommande les injections intra-utérines. Celles-ci n'ont pas été généralement employées, parce que les injections amènent parfois des résultats défavorables. Les paramétrites et les péritonites observées après les injections ne proviennent cependant que dans les cas les plus rares de la présence directe du liquide injecté dans la cavité abdominale, et ne peuvent exister que par une dilatation morbide des tubes. L'injection pénètre plutôt à travers les lymphatiques ouverts de l'utérus puerpéral dans le péritoine, et détermine la réaction inflammatoire, soit chimiquement, soit par la pression du liquide qui pénètre. Par l'injection, les thromboses existant à l'extrémité des vaisseaux sont moins solides et se meuvent comme ferait une embolie; alors, survient la fièvre intermittente ou l'hémorrhagie, après que les ouvertures vasculaires engorgées par ces caillots ont été dégagés. Si le liquide injecté pénètre directement dans les vaisseaux ouverts, on observe l'évanouissement, le collapsus, les étourdissements et les lipotimies. L'auteur n'adopte pas cette opinion de Lazarewitsch, que le fond de l'utérus est très sensible quand il est en contact direct avec une injection; mais il explique dans ces cas la gravité des symptômes par l'écoulement difficile du liquide injecté. Comme le danger est très grand, si l'air pénètre dans les vaisseaux sanguins, on ne doit employer que l'irrigateur, et toutes les autres espèces de seringues doivent être rejetées. La quantité de liquide doit être d'un demi-litre à 1 litre. Les sondes à double courant sont les meilleures, mais elles doivent être faites avec une matière flexible. En introduisant les sondes, on doit prendre les plus graudes précautions pour éviter la lacération, car les plaies peuvent devenir un foyer d'infection.

Dans beaucoup de cas, une seule injection suffit, spécialement ceux dans lesquels des débris d'œufs sont restés dans l'utérus; mais, dans les endométrites et les diphthérites, des irrigations répétées et longtemps continuées sont nécessaires chaque jour, et, dans ces cas, on recommande l'irrigation permanente de Schücking et le drainage utérin (Langenbech, Schede, Spiegelberg). Immédiatement après l'accouchement, on peut faire une injection qui lave entièrement le canal génital, et cela est spécialement nécessaire après des accouchements laborieux dans lesquels des opérations ont été nécessaires. Cette irrigation ne doit cependant être renouvelée dans le cours de la fièvre puerpérale que dans le cas où une augmentation de température, ou quelque condition anormale des lochies indiquerait un plus grand danger. L'emploi de l'acide phénique est particulièrement recommandé. L'auteur n'est pas de l'avis de Fritsch, en ce qui concerne le danger des injections de perchlorure de fer. En déplaçant les débris

ichoreux de l'œuf par la curette, il convient d'employer simultanément des irrigations désinfectantes (*Peterburg. med. Woch.* et *London Med. Record*, 15 novembre 1879).

BIBLIOGRAPHIE

De l'influence des eaux malsaines sur le développement du typhus exanthématique démontrée par des observations, par M. le docteur Robinski, traduit de l'allemand. In-8. — Paris, 1880. Asselin et Cie.

Le mémoire du docteur Robinski a pour base des observations nombreuses et bien prises; il a une importance considérable dans l'étude de la genèse des maladies contagieuses, et il touche ainsi à une des questions d'hygiène les plus étudiées et les plus controversées dans ces derniers temps. Pour toutes ces raisons, nous avons cru intéressant d'analyser pour les lecteurs de la *Gazette* les points les plus importants de la traduction qui vient d'en être publiée. Une épidémie qui sévit en 1867-68 dans la Prusse orientale, et dont il put suivre le développement et les diverses phases, a fourni à l'auteur les matériaux de son travail. Voulant se borner ici à l'étude du typhus, M. Robinski commence par faire remarquer que l'épidémie semble avoir concentré toute sa puissance sur le bourg de Tylizt; il y avait bien des cas dans les environs, mais la maladie ne s'y développait pas sous forme d'épidémie. A Tylizt, dès qu'un individu pénétrait dans la chambre d'un malade atteint de typhus exanthématique, on pouvait avoir comme certain que peu de temps après il serait pris à son tour et contagionnerait les autres habitants de la maison. Ce qui prouve encore mieux la contagiosité intense de l'affection, c'est que ceux des habitants qui, soit par volonté, soit par suite de leurs occupations, ne se sont pas trouvés en rapport avec les malades, n'ont pas été atteints par le typhus. Or, à la même époque, un sujet devenu malade à Tylizt était transporté dans un autre village, et, quoiqu'on n'eût pris aucune précaution, personne ne fut contagionné. Les exemples semblables se multiplièrent de telle sorte, que, pendant qu'à Tylizt le typhus était d'une nature très contagieuse, dans les environs les cas de cette maladie ont prouvé justement le contraire. Dès lors, il devenait évident qu'outre la contagion il devait y avoir à Tylizt d'autres conditions malsaines auxquelles les habitants étaient exposés. Robinski, après une étude attentive, put constater qu' « aucune des conditions qui semblaient particulièrement favorables au développement de cette maladie, comme famine, nourriture insuffisante, encombrement et logements trop étroits, crainte, découragement, fatigues, etc., n'en ont été la cause, ni n'existaient à Tylizt ». Après une étude attentive, voici à quelle conclusion il est arrivé. C'est que Tylizt était alimenté par des citernes et de l'eau croupissante, tandis que les villages voisins avaient de l'eau de bonne qualité. Ici c'est donc bien l'eau qui a servi de terrain à la contagion, et si l'on étudie avec attention l'histoire des autres épidémies de typhus, on trouve quelque chose d'analogue. Cependant certaines personnes qui ont fait usage de cette eau pendant l'épidémie n'ont pas été atteintes, mais ce sont celles qui n'ont pas été mises en contact avec les malades. Il y avait donc deux conditions nécessaires au développement de la maladie, le contact et l'empoisonnement de l'organisme par l'eau, ces deux conditions devant être remplies pour que le typhus se développât. En somme, il résulte de ces faits que des circonstances accessoires, comme la crainte, le découragement, ne développent pas la maladie; que l'eau ne la produit pas, mais qu'elle crée seulement les conditions physiques ou chimiques nécessaires à sa formation; outre cela, il faut un agent indispensable, la *contagion*, le *contact*. Les aliments corrompus agissent comme l'eau, en mettant l'organisme dans un état de *réceptivité* très sensible. Mais combien de temps peut durer cette réceptivité une fois produite? Peut-être de longues années, ainsi que tendraient à le démontrer les cas qui se produisent longtemps après chez des gens qui ont, à un moment donné, fait usage d'eau ou d'aliments corrompus. Enfin l'épidémie de Tylizt, qui a commencé en octobre pour finir en mai, démontre encore qu'on ne doit pas admettre d'une façon absolue l'opinion qui veut que les épidémies de typhus exanthématique soient toujours estivales. Tels sont les principaux faits établis par M. Robinski. Ce petit livre a un réel mérite; non seulement il montre bien combien sont importantes les modifications produites dans l'organisme par l'usage de certaines eaux et de certains aliments corrompus, mais encore il servira à établir que ces organismes intoxiqués peuvent échapper à une épidémie si on leur évite le contact. Il y a là un enseignement pratique d'une importance capitale pour l'hygiène publique, et nous sommes heureux de le faire connaître à nos lecteurs, qui partageront certainement l'opinion favorable que nous avons de ce travail.

H. Ch.

VARIÉTÉS

MESURES HYGIÉNIQUES A CONSEILLER AU SUJET DE L'EXÉCUTION DU CANAL DE TANCARVILLE.

La *Société de médecine publique* vient d'être saisie, par M. le docteur Gibert, du Havre, d'une question des plus intéressantes. Au moment où la construction d'un canal du Havre à Tancarville pouvait créer une cause d'insalubrité sérieuse pour tous les ouvriers appelés à prendre part aux travaux de terrassement, le bureau d'hygiène du Havre soumettait à l'ingénieur en chef une série de propositions destinées à mieux assurer la salubrité de ces travaux; et l'ingénieur en chef répondait à cette communication en exprimant le désir d'avoir une indication plus complète de toutes les mesures qui pourraient être prises dans ce but. On ne saurait trop louer l'initiative du bureau d'hygiène du Havre et les excellentes dispositions de l'administration. En consultant la *Société d'hygiène publique*, M. le docteur Gibert, si compétent qu'il fût, a voulu donner, avec plus d'autorité encore, les conseils hygiéniques qu'on lui demandait. Et la démarche qu'il a faite nous vaut aujourd'hui un excellent rapport de M. L. Colin, que nous sommes heureux de pouvoir résumer ici.

Les questions posées par M. le docteur Gibert, étaient les suivantes :

1° Y a-t-il un moyen de mettre les ouvriers à l'abri des atteintes de la fièvre ?

2° S'il n'en existe pas, le moyen, proposé par le bureau d'hygiène du Havre, de transporter le malade dès son premier accès dans une localité suffisamment éloignée, comme cela s'est fait dans la construction du chemin de fer de Bone en Algérie, n'est-il pas le plus rapidement efficace ?

3° Pour protéger non plus les ouvriers, mais les populations riveraines, la Société de médecine publique a-t-elle un moyen à proposer ? — Y a-t-il une substance chimique, bon marché, capable d'être répandue à profusion sur les remblais, et pouvant détruire la cause de la fièvre paludéenne ?

Après avoir affirmé « la puissance de l'homme à conjurer dans une large mesure le développement et les effets de la *malaria* surtout en des conditions climatiques aussi favorables que celles de notre Normandie », M. L. Colin répond comme il suit à ces questions :

« En ce qui concerne les ouvriers, l'indication la plus élémentaire est de diminuer la durée et l'intimité de leur contact avec les foyers fébrifères. Nous voyons avec satisfaction que le mode d'organisation des travaux va déjà singulièrement atténuer ces chances d'imprégnation morbide. »

Le creusement du canal se fera, en effet, à l'aide de dragues, et l'on s'arrangera de façon à y faire séjourner les travailleurs le moins longtemps possible.

« Pour compléter l'effet de ces sages mesures, nous ajouterons, dit M. Colin, qu'il importerait que les travaux fussent suspendus pendant la saison dangereuse, notamment durant les mois de juillet et d'août; il serait sage surtout d'interdire le travail de nuit et de veiller à ce que chaque soir les hommes trouvent une

installation entièrement soustraite aux émanations telluriques nocturnes : soit qu'on leur élève des baraques susceptibles d'une clôture hermétique, soit, mieux encore, qu'on les loge dans les centres de population les plus voisins des chantiers. Il serait avantageux, si les travaux ne peuvent être interrompus et doivent être poursuivis pendant la saison des fièvres, d'allumer soir et matin de grands feux au voisinage même de ces chantiers : non seulement il en résulte par la production de courants chauds un déplacement des couches d'air humide que l'on voit soir et matin se déposer sous forme de brouillard à la surface des localités palustres, brouillard qui semble receler le germe de l'affection ; mais encore, grâce à cette chaleur et à ce mouvement, se développe une activité plus grande des oxydations atmosphériques, et par conséquent de la combustion des matières organiques renfermées dans l'air ambiant. En même temps ces foyers favorisent la résistance de l'organisme à l'imprégnation palustre : rien n'est plus dangereux que le refroidissement en un lieu entaché d'impaludisme, il met, pour ainsi dire, dans la voie de l'accès, et paraît prédisposer au frisson initial. C'est à ce dernier titre qu'il serait utile de faire porter de la flanelle aux ouvriers pendant la saison épidémique. La résistance de l'organisme sera assurée encore par la prescription, absolument réglementaire, d'un repas chaque matin avant le commencement du travail ; nous disons un repas, afin qu'il soit bien entendu qu'il ne doit pas s'agir là d'une de ces collations légères, en usage chez les ouvriers, se réduisant souvent à un morceau de pain et à un verre de vin ou de liqueur, mais bien d'un plat relativement substantiel et chaud, comme une soupe, dont le bouillon peut être avantageusement remplacé, ainsi que le fait a lieu pour notre armée d'Afrique, par une infusion de café. »

M. L. Colin établit ensuite la nécessité de n'embaucher pour les travaux que des hommes sains et vigoureux, d'envoyer immédiatement à l'hôpital, en leur garantissant une indemnité suffisante, les malades atteints de fièvre, de les éloigner ainsi du foyer d'impaludisme et, par conséquent, de les soustraire autant qu'il sera possible aux dangers d'une intoxication trop profonde.

Le savant rapporteur insiste avec beaucoup d'énergie sur la nécessité de ne renvoyer les malades de l'hôpital qu'après leur entière guérison.

« Mais ce qu'il importe de faire bien remarquer à l'avance, dit-il, pour ne pas compromettre la valeur de ce conseil, et la confiance du public en son efficacité, c'est qu'on ne peut affirmer la guérison radicale de la fièvre intermittente, et que le certificat de guérison signé à la sortie ne saurait signifier qu'une chose : *Cessation actuelle des accès de fièvre, et retour des apparences de la santé*. Nous aurions affaire soit à la fièvre typhoïde, soit à la fièvre jaune, soit à l'une quelconque de nos pyrexies éruptives, l'*exeat* du malade affirmerait non seulement sa guérison, mais son immunité ultérieure, probablement définitive pour toute son existence. C'est l'inverse pour la fièvre intermittente, à peu près d'ailleurs comme pour la dysenterie, comme pour le rhumatisme. Par le fait d'une première atteinte, l'individu commence une nouvelle existence où la récidive fréquemment répétée constitue la règle, alors même qu'il change de résidence, à plus forte raison s'il demeure exposé aux causes d'imprégnation déjà subies ; en Algérie, les mêmes individus rentreront 5, 6 fois et plus à l'hôpital pendant le cours d'une année, et voilà comment on arrive à ces statistiques où le chiffre annuel des cas de fièvre palustre l'emporte sur le chiffre de l'effectif, et où sur 1000 hommes, par exemple, on relève 1500 ou 2000 atteints en un seule saison. Par conséquent, tout sortant de l'hôpital, malgré le bon état apparent de sa santé, doit être marqué, pour ainsi dire, comme voué à des chances spéciales d'intoxication nouvelle ; c'est vers cette catégorie de travailleurs que nous voudrions attirer les principales préoccupations et des médecins et des administrateurs de l'œuvre ; c'est à eux que s'impose le plus absolument l'opportunité des moyens préventifs signalés plus haut : installation salubre pendant la nuit, interruption des travaux en juillet et en août, alimentation substantielle, usage de gilets ou plutôt de chemises de flanelle, et même administration préventive de sels de quinine pendant les premières semaines de leur retour au chantier ; c'est pour eux enfin que nous sollicitons, en cas de récidive répétée, de cachexie consécutive, le droit de l'administration d'intervenir dans le contrat d'embauchage et la résiliation, avec indemnité au besoin, d'un engagement qui peut entraîner une invalidité prolongée et même compromettre l'existence. »

Après avoir fait remarquer que la construction d'un nouveau canal pourra assainir plutôt encore qu'elle ne rendra malsaines les régions voisines, M. L. Colin établit qu'il est des substances capables de détruire la cause de la fièvre et par conséquent d'assainir le sol primitivement fertile en émanations nuisibles. « Nous dirons plus, ajoute le rapport ; il en est qui, sans coûter bien cher, sont susceptibles de transformer le miasme en richesse agricole, de donner à la puissance végétatrice du sol palustre la saine direction qui, seule, lui manquait pour substituer un terrain fécond à un foyer d'élaboration toxique. Ces substances ne sont autre chose que les semences végétales. Nous n'avons pas à revenir ici sur toute la série d'arguments épuisés en nos divers travaux pour démontrer, d'après les faits, qu'après l'assèchement et le drainage du sol marécageux, l'indication la plus importante, c'est l'application d'une culture intensive détournant rapidement à son profit les richesses végétales dont ce sol est imprégné. Nous n'avons pas davantage à rappeler ici, malgré l'analogie du but à atteindre, les heureux résultats obtenus, en des régions plus méridionales, par des plantations d'eucalyptus, de cotonniers et autres végétaux susceptibles d'une croissance rapide, mais dont, en nos climats, qui ne leur conviennent point, il n'y a pas même à proposer l'emploi. Il suffira de consulter la carte agricole de la France, et mieux encore l'expérience des cultivateurs normands, pour n'avoir que l'embarras du choix entre les familles végétales dont la vigueur, en leur pays, démontre l'aptitude spéciale du sol qui les produit ; que ce soient des céréales, des betteraves, que ce soient d'autres espèces aussi bien adaptées au terrain et dont l'alternance avec les précédentes pourra d'ailleurs constituer un assolement aussi favorable à la fortune du propriétaire qu'à la santé des populations avoisinantes. Ces moyens ont réussi en des régions déshéritées ; il serait humiliant pour la civilisation de les voir échouer dans une de nos plus riches provinces. Ici encore nous espérons la confirmation prochaine de cette vérité si vraie, bien que d'allure paradoxale : à savoir que l'insalubrité d'un sol négligé est souvent le *criterium* de sa fécondité, dès qu'il est assaini par l'agriculture. »

Nous avons tenu à reproduire textuellement les principales parties de ce rapport si remarquable. On ne saurait trop, en effet, en recommander la lecture à tous ceux qui pourront avoir, comme M. Gibert, l'occasion d'éclairer l'administration sur les dangers de travaux entrepris dans des conditions qui peuvent créer des foyers d'intoxication tellurique et sur les moyens à employer pour combattre ces dangers. Les conclusions suivantes du rapport de M. L. Colin seront applicables dans tous les cas du même genre.

A. *A l'égard des ouvriers.* — 1° Embauchage d'individus robustes indemnes d'affection palustre antérieure.

2° Suspension des travaux pendant les mois de juillet et d'août.

3° Installation des ouvriers, durant la nuit, dans les centres de population voisins, ou dans des baraques bien closes.

4° Allumage, matin et soir, de grands feux au voisinage des chantiers.

5° Augmentation de la résistance individuelle par l'interdiction du travail à jeun, par une alimentation substantielle, par l'usage de la flanelle.

6° Envoi immédiat de tout malade à l'hôpital le plus voisin.

7° Surveillance spéciale des sortants de l'hôpital, au point de vue des vêtements, de l'alimentation, et de la continuation pendant quelques semaines de la médication spécifique.

B. *A l'égard du sol.* — 8° Utilisation des travaux du canal et du canal lui-même pour assainir la contrée.

9° Aplanissement incliné et drainage superficiel des terrains remués.

10° Transport direct et aussi rapide que possible des matériaux de déblais sur les points où il y a des nivellements à opérer.

11° Enseignement et culture intensive de ces terrains.

Inauguration de la nouvelle clinique d'accouchements. — L'inauguration officielle de la nouvelle clinique d'accouchements, rue d'Assas, 89, sur l'emplacement de l'ancienne pépinière du Luxembourg, a eu lieu hier, sous la présidence de M. Vulpian, ayant à ses côtés M. Dumont, directeur de l'enseignement supérieur, représentant le ministre de l'instruction publique, M. le directeur de l'Assistance publique et la délégation du Conseil municipal. Plusieurs professeurs de la Faculté et grand nombre de médecins et d'étudiants remplissaient en outre l'amphithéâtre.

M. Vulpian, en prenant possession de la clinique au nom de la Faculté, a tenu tout d'abord à remercier le Gouvernement et le Conseil municipal des sacrifices qu'ils ne cessent de consentir en faveur de l'enseignement supérieur, et après avoir signalé les amé-

liorations apportées par cette nouvelle installation, tant dans les conditions hospitalières des accouchées qu'au point de vue de l'appropriation aux besoins de l'enseignement, il a insisté, dans un passage très remarqué de son discours, sur l'insuffisance d'une seule clinique d'accouchements pour une Faculté qui reçoit chaque année environ 600 docteurs, sans compter les officiers de santé et les élèves sages-femmes.

M. Depaul, dans une allocution fréquemment applaudie, s'est plu en commençant à constater toute la bonne volonté que les pouvoirs publics avaient apportée à la création de ce nouvel établissement. « Jamais rien de semblable, a-t-il déclaré, ne s'était produit sous les autres gouvernements. » Taisant avec trop de modestie la part si active qu'il a prise à l'élaboration des plans, il a très habilement mis en relief l'œuvre de l'architecte, M. Ginain, qui, sur un terrain de 3000 mètres de superficie, d'une conformation assez ingrate, a su élever une construction où l'air et la lumière entrent à flots.

On y compte 40 lits d'accouchées avec 40 berceaux, 20 lits de femmes en attente, 10 lits de nourrices avec 10 berceaux, et 13 lits pour le service de gynécologie. Il y a au plus 8 lits dans chaque salle et chaque malade a 70 mètres cubes d'air. On remarque, en outre, trois petites pièces destinées à l'isolement.

Les aménagements et la distribution de cet établissement méritent qu'on s'y arrête; aussi y reviendrons-nous, afin de le comparer avec les établissements analogues. L'impression générale a été extrêmement favorable pour tous ceux qui ont souvenir de l'ancien hôpital des cliniques qu'il s'agissait de remplacer. Mais on peut encore se demander si, malgré tous ses perfectionnements, la nouvelle clinique est vraiment un établissement modèle, d'un prix de revient peu élevé, et en rapport avec les nécessités actuelles de l'hygiène.

Tous, par contre, se sont trouvés d'accord pour rendre hommage aux efforts de M. le professeur Depaul, au zèle et au dévouement qu'il n'a cessé de montrer dans un enseignement qu'il a si dignement continué. Maîtres et élèves ont applaudi les paroles éloquentes que M. Depaul a consacrées à M. Stoltz (de Strasbourg) et surtout à Paul Dubois, dont il a évoqué l'image avec une si touchante émotion.

La peste en Mésopotamie. — Les nouvelles de Mésopotamie donnent les indications suivantes. La peste a été constatée dans l'intérieur des cordons de surveillance à Chafich, situé à une heure à l'ouest de Divanié, et à Divanié même. Chafich est un village composé de vingt-cinq huttes et habité par des Persans. La peste y a été importée par un berger qui venait d'El-Zayad avec sa fille malade. Celle-ci succomba le lendemain, et son père deux jours après. Sur les 90 habitants de Chafich, 30 ont déjà succombé. A Divanié, on a constaté deux cas : une femme morte de la peste, et dont le cadavre avait été abandonné dans une boutique déserte, et une jeune fille persane qui a succombé en quarante-huit heures. La famille de cette dernière, composée de six personnes, a été séquestrée hors de la ville, et la boutique et les huttes ont été incendiées.

Pour renseigner les lecteurs qui prêtent attention à cette question si intéressante, j'indiquerai avec précision les localités où le fléau sévit si cruellement.

En première ligne est Nedjeff, qui a été évacué. Au sud de Nedjeff, à une distance de deux heures au bord du lac de ce nom, du côté est, se trouve Ramoul, où la peste existe, et en descendant vers le sud les villages suivants, plus ou moins éloignés des rives du lac : Sinin, Biderié, Mounboutah, Djenbad, Dessim, El-Zekri et Medlek, situé à l'extrémité sud du lac. En se dirigeant toujours vers le sud, on trouve Chenafié, sur un canal qui, à partir de cette ville, prend le nom de Chat-el-Adjan et suit la même direction jusqu'à Samava.

A l'est, et à une heure et demie de distance de Ramoul est Djaara, puis Michad-el-Zayab et Chenafié. Au sud-ouest de Medlek, entre Djaara et Dersim, se trouve Lehiebad, dont le territoire, compris entre un canal et les rives du lac, est couvert de dattiers. Au sud-est de Kéfil-Kuffé, le canal qui arrive à Horel-Tolmu s'étend en nappe submergeant d'immenses rizières qui s'étendent jusqu'à l'Euphrate, à quatre ou cinq heures de distance. Les parties élevées de ce territoire émergent en îlots et forment comme un archipel. Les plus importants de ces îlots où le fléau existe sont Chamié, et au sud-est Memiar et El-Ras; plus bas les deux Hamedat; au loin les deux Beni-Tumen; au sud-ouest de Chamié, trois îlots; au couchant, plus à l'ouest, un îlot, Achiret-Horab.

Je crois devoir répéter que tous ces foyers d'infection sont situés dans l'intérieur des cordons de surveillance. (*Le Temps.*)

Administration générale de l'Assistance publique a Paris.— Concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le vendredi 3 juin 1881, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mercredi 4 mai 1881, et sera clos définitivement le mercredi 18 mai 1881, à trois heures.

Faculté de médecine de Paris. — M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris rappelle à MM. les étudiants que la dernière limite pour les consignations du deuxième examen de doctorat a été fixée au samedi 30 avril 1881, à trois heures du soir.

Faculté de médecine de Nancy. — Le conseil de la Faculté vient de présenter, *en première ligne et à l'unanimité*, pour la chaire vacante de *médecine opératoire*, M. le docteur Chrétien, agrégé, déjà chargé du cours.

Nécrologie. — Le corps médical vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. le docteur Putel (de Neuilly), emporté la semaine dernière par une attaque d'apoplexie. M. Putel n'avait que soixante-six ans. Il était chevalier de la Légion d'honneur. Un de ses fils, M. le docteur Auguste Putel, également fixé à Neuilly, y a déjà dignement remplacé son père dans sa clientèle.

Mortalité a Paris (17e semaine, du vendredi 22 au jeudi 28 avril 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1127, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 21. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 57. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 54. — Phthisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 66.—Bronchite aiguë, 36.—Pneumonie, 85.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 35; au sein et mixte, 29; inconnu, 2.—Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 112; de l'appareil circulatoire, 63; de l'appareil respiratoire, 88; de l'appareil digestif, 60; de l'appareil génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 10; des os, articulations et muscles, 10. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 5.

Bilan de la 17e semaine. — Le mouvement décroissant de la mortalité, constaté pour la précédente semaine, s'est encore continué pendant ces derniers jours, durant lesquels on a enregistré 1127 décès, soit 41 en moins sur le chiffre de la 16e semaine.

A l'exception de la scarlatine, qui n'a causé que 9 décès (au lieu de 13 la 16e semaine), les affections épipémiques dont l'enfant surtout est tributaire n'ont pas bénéficié de cette diminution. La diphthérie, la plus redoutable de toutes, a causé 57 décès (contre 47); la coqueluche 15 (contre 10); la rougeole a conservé son chiffre de 14 décès. En ce qui concerne les autres maladies épidémiques, il s'est produit une amélioration sérieuse pour la variole et la fièvre typhoïde, dont les chiffres de décès se sont abaissés : la variole à 21 (au lieu de 29 la dernière semaine) et la fièvre typhoïde à 27 (au lieu de 39). Nous noterons que, sur ces 27 décès typhiques, 6 ont été fournis par la population militaire.

Au point de vue de l'âge des décédés, on remarquera que l'atténuation du chiffre des décès porte presque exclusivement sur le groupe des individus âgés de quinze à trente-cinq ans.

A l'égard de la répartition des décès entre les différents quartiers, l'étude de la carte ci-contre révèle surtout une véritable diffusion de la diphthérie dans le nord, l'est et le sud de Paris, dont bien peu de quartiers sont indemnes.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 12 mai 1881.

La nouvelle clinique d'accouchements.

A entendre les discours prononcés dans la cérémonie d'inauguration de la nouvelle clinique d'accouchements, dont nous avons rendu compte dans le précédent numéro, on est disposé à croire que cet établissement peut être considéré comme un véritable modèle du genre, et que nulle part à l'étranger il n'existe d'établissement à lui comparer. Nous avons le regret de ne pouvoir souscrire à ces éloges, regret d'autant plus vif que nos critiques doivent surtout s'adresser à l'éminent maître qui en a surveillé et préparé avec tant de sollicitude l'installation ; mais M. Depaul est trop dévoué aux intérêts de ses malades et de ses élèves, il a une trop haute idée des nécessités de l'hygiène hospitalière appliquée plus particulièrement aux femmes en couches, pour ne pas nous savoir gré de la franchise avec laquelle nous nous permettons de ne pas partager l'avis qu'il a si éloquemment émis devant le brillant auditoire qui l'entourait.

L'administration de l'Assistance publique, la Faculté de médecine, le Conseil municipal, étaient en effet représentés à cette cérémonie par les personnages mêmes qui sont les premiers entendus et les plus écoutés dans l'élaboration et la mise en œuvre des constructions hospitalières, et le rôle de panégyriste n'en devient que plus grave, plus difficile et plus délicat.

Qu'est donc la nouvelle clinique d'accouchements? Une énorme masse de pierre, à murs épais, formant deux corps de bâtiments qui se coupent à angle droit en se réunissant intimement et laissant devant eux un tout petit jardinet; deux rues d'une largeur ordinaire, bordées de maisons, assez rapprochées de la Clinique par conséquent, et l'allée de marronniers du Luxembourg la limitent sur les trois faces.

Si l'on pénètre dans l'édifice, on remarque un vaste sous-sol s'étendant sur toute l'étendue et comprenant tous les services de l'hôpital. Un large escalier conduit à ce qu'on appelle le rez-de-chaussée, quoiqu'un peu bien élevé sur l'un des côtés ; ce rez-de-chaussée contient l'administration, deux salles de dix lits chacune pour les femmes en attente, des salles pour les nourrices. La disposition est la même au premier étage, qui, contenant les accouchées, nous retiendra seul ici, car il forme la partie la plus importante, la seule vraiment importante, de l'établissement. Sur un vaste corridor longeant l'un des murs extérieurs donnent les cinq infirmeries, renfermant chacune huit lits, qui prennent

FEUILLETON

Étude sur le stimulisme et le contro-stimulisme.

(Fin. — Voyez les n°s 16 et 17.)

Ce n'est pas que la doctrine médicale italienne ait toujours conservé une homogénéité parfaite, et nous la voyons avec Tommasini évoluer vers le broussaisisme au point de se confondre à peu près avec lui, sauf sur ce point capital que la catégorie des contro-stimulants est élargie, et que le *processus inflammatoire*, comme le disait Tommasini, se servant d'une expression restaurée de nos jours et dont la langue médicale fait un singulier abus, se détache de la monotonie du contro-stimulisme broussaisien, et devient justiciable d'une foule d'agents médicamenteux agissant comme la saignée et la diète dans le sens d'une dépression générale ou locale. C'est la porte par laquelle la pharmacologie est rentrée dans la place d'où l'exclusivisme broussaisien l'avait expulsée. Rapprochement curieux : c'est en étudiant l'action d'un médicament de premier ordre, l'opium, que Brown, s'insurgeant par sa célèbre exclamation : « *Me hercle opium non sedat !* » contre les propriétés sédatives qu'on lui attribue, est conduit au stimulisme ; c'est en expérimentant un autre médicament capital, le tartre stibié, que Rasori trouve les fondements de la doctrine thérapeutique opposée, celle du contro-stimulisme. L'un et l'autre observaient juste, et l'action stimulante de l'opium comme l'action hyposthénisante de l'émétique sont aujourd'hui deux faits importants et que l'on peut considérer comme décidément acquis. Mais une différence essentielle sépare ces deux faits pharmacodynamiques : la notion de l'action stimulante de l'opium n'a éclairé que l'histoire de ce médicament ; celle de l'action contro-stimulante du tartre stibié a ouvert une série par laquelle, en grande partie du moins, la pharmacologie s'est reconstituée.

Brown, nous l'avons vu, n'admettait que des stimulants, et

jour sur le corridor par une immense baie vitrée, et sur le jardin par des fenêtres à la partie opposée. Plus loin, trois petites pièces sont destinées à l'isolement; et si nous revenons vers l'escalier principal, nous trouvons sur un autre vaste corridor : d'un côté un très petit amphithéâtre assez mal aménagé, auprès duquel le cabinet du médecin, un petit laboratoire et un musée; de l'autre côté la salle d'accouchements, bien aménagée, et des salles de bains, water-closets, etc.; puis dans le fond trois salles contenant au total treize lits pour le service de gynécologie. Dans une partie spéciale, à la hauteur du sous-sol, avec l'obligation de sortir du service général de la Clinique pour y parvenir, la salle d'autopsie et le service des morts.

Nous ne prolongerons pas plus longtemps cette description, pour laquelle il serait nécessaire d'avoir un plan sous les yeux. On voit que la nouvelle clinique d'accouchements aura ses accouchées réunies par chambres de huit lits. M. Depaul a rappelé avec une certaine complaisance que l'architecte avait eu la prévoyance de donner aux chambres une capacité de 70 mètres cubes environ par lit; mais cette capacité est surtout déterminée par la hauteur des chambres, et si, ce qui est bien autrement important, nous mesurons l'espace qui sépare les lits, nous ne trouvons que 2 mètres de distance entre chacun d'eux, espace rétréci à 1m,35 si l'on prend la mesure du berceau qui accompagne chaque lit au lit voisin. Ce sérieux inconvénient serait-il annihilé par l'élévation des chambres, quelque exagérée qu'elle puisse être?

Quant à la ventilation, elle est triple : une cheminée ordinaire allumée (quand la saison l'exigera) pour les couches d'air inférieures; des cheminées d'appel dissimulées dans l'épaisseur des murs à une hauteur de 2 mètres pour les couches moyennes; enfin, pour les couches supérieures, de vastes chambres à air donnant à l'extérieur et assez singulièrement disposées au-dessus du corridor, moins élevé que les chambres. On obtient ainsi, assure-t-on, un courant d'air assez énergique; nous n'y contredisons pas, d'autant que nous sommes de ceux qui tiennent grand compte de l'opinion de tous les hommes du métier, déclarant qu'en fait de ventilation rien de fixe et de vraiment scientifique n'est encore résolu. On ne peut déterminer que des courants dans un sens ou dans l'autre, sans pouvoir affirmer de débarrasser absolument toutes les parties de la salle de l'air impur qui s'y trouve; d'où il résulte que le meilleur procédé consiste encore à mettre les malades le plus près des fenêtres possible, afin de pouvoir, aussi fréquemment qu'il est nécessaire et indiqué, les baigner d'air pur. Or, dans les salles de la nouvelle clinique, deux lits seulement sont près des fenêtres; il y en a même qui sont placés dans un angle contre une baie vitrée. C'est là une disposition regrettable et qu'on rejette dans un hôpital ordinaire. Et il s'agit d'accouchées, c'est-à-dire de celles pour lesquelles, comme l'a si bien défini M. Pinard, le problème hospitalier s'impose plus impérieusement encore avec sa formule hygiénique : *réunir en isolant*.

M. Depaul ne doit pas prendre fort au sérieux les trois petites pièces destinées à pratiquer l'isolement dans sa clinique; trois petites pièces communiquant entre elles, nous l'avons dit, ainsi qu'avec tous les dégagements de l'établissement.

Nous ne sommes pas d'avantage en humeur de louer la salle d'autopsie, si exiguë, que le passage sera difficile autour de ses tables. Et les tables elles-mêmes! Toujours la table avec un pied plein et au-dessous l'infect seau légendaire, que nous garderons bientôt seuls en Europe dans les amphithéâtres. On nous parle des voyages que l'architecte aurait faits à l'étranger; mais n'a-t-il donc pas vu, lui qui doit élever l'École pratique, que dans les salles d'autopsie bien organisées, on trouve des tables avec pied creux muni d'un opercule, de telle sorte que tous les liquides du cadavre, que l'eau, s'écoulent en dehors et non au milieu des pieds des assistants, sur un sol asphalté, que des hottes avec becs de gaz déterminent tout autour un énergique appel d'air et permettent aussi de ne pas encombrer les tables avec les pièces détachées des cadavres, et qu'enfin une couronne de tuyaux amène l'eau au-dessus de la table, avec des caoutchoucs et ajutages métalliques à chaque angle, pour pouvoir incessamment laver le cadavre sous un jet d'une pression suffisante et à la portée de la main?

Mais ce qu'il faut vraiment louer, c'est la séparation de la salle d'autopsie d'avec le reste de l'hôpital. Il est vrai que nous ne savons si l'air qui s'en exhalera sera brûlé ou nettoyé à la sortie, et s'il sera porté suffisamment loin pour ne jamais retourner dans l'intérieur, comme dans un hôpital de Paris que nous pourrions citer, où la prise d'air est établie au-dessus du service des morts! Nous avons bien aussi remarqué que le musée, le laboratoire et l'amphithéâtre sont au premier étage, tout près de la salle d'acccouchements et des infirmeries, et nous ne voulons pas affirmer que jamais on n'y apportera, on n'y laissera, de pièces fraîches.

Faut-il donc penser qu'au moins cette clinique se recommande par le bon marché de sa construction? M. Depaul a déclaré que le lit y revenait « à 12000 francs, 6000 francs de

---

la débilitation médicamenteuse n'était que relative ou indirecte : relative, quand le stimulus était trop faible pour mettre en un jeu suffisant l'excitabilité; indirecte, quand cette propriété étant amoindrie par des stimulants trop forts ou trop longtemps employés, il s'ensuivait dans les deux cas une incitation insuffisante. Rasori démontra l'existence des contro-stimulants directs. Dès l'année 1799, il constata que le tartre stibié employé contre les péripneumonies abattait avec une remarquable énergie, et mieux encore que les saignées, l'éréthisme inflammatoire général et local, et il établit que l'état de stimulisme morbide était pour ce médicament et ses congénères une condition de tolérance prolongée. Il ne tarda pas à grouper autour de ce contro-stimulant puissant un certain nombre d'autres agents de même action, et il chercha à démontrer que les effets d'hypersthénie attribués à la plupart d'entre eux étaient le résultat d'une confusion des effets physico-chimiques de ces substances avec leurs effets dynamiques, et d'une fausse interprétation de la nature des actes morbides contre lesquels on les emploie avec succès. La doctrine rasorienne n'est pas seulement, comme la doctrine de Broussais, du *brownisme retourné*, c'est du brownisme *retourné et diversifié*.

Le manifeste le plus complet qui ait été publié de la doctrine thérapeutique italienne est l'ouvrage de Giacomini, qui parut peu après la mort de Broussais et secoua nettement le joug du système thérapeutique unitaire de l'école du Val-de-Grâce, tout en restant attaché, dans une certaine mesure, à ses bases physiologiques et pathologiques. L'inflammation broussaisienne est la clef de voûte de cette pathologie; mais elle admet aussi un groupe, peu étendu il est vrai, de maladies asthéniques auxquelles conviennent les stimulants. Les médicaments sont donc, en réalité, divisés en deux classes d'inégale importance : les hypersthénisants et les hyposthénisants; en d'autres termes, les stimulants et les contro-stimulants. Mais, tandis que le brownisme ne voyait dans les excitants et les sédatifs qu'une question de quantité, la pharma-

moins que dans cet établissement modèle qu'on appelle l'hôpital Tenon ». Pour établir ce calcul, M. Depaul a compté, assure-t-on, les lits, les berceaux et les lits de service; or, jamais le calcul du prix de revient du lit, cette unité hospitalière, ne doit être ainsi établi, et ce n'est pas ainsi qu'on l'a fait pour l'hôpital Tenon. Si cela est exact, on peut estimer qu'en réalité le lit de sa clinique coûte actuellement 24000 francs, et que, lorsque les crédits supplémentaires seront soldés, il ne reviendra pas à moins de 25000 francs. Si encore on avait fait l'économie des rideaux!

Construire, en 1881, à Paris, un hôpital à 25000 francs le lit, serait une faute économique, une grosse faute, car elle ne pourrait que diminuer les ressources hospitalières, alors surtout que des établissements bien connus, qui ont reçu les éloges vraiment sincères de tous les hommes compétents, et qui sont bien en harmonie avec les progrès de l'hygiène, coûtent quatre ou six fois moins.

Nous allons probablement bien étonner M. Depaul; mais, il faut le dire, cet établissement dont il fait un modèle, cet hôpital Tenon, a été visité en 1878 par cent cinquante étrangers, délégués par leurs divers pays au Congrès international d'hygiène de Paris; nous pouvons affirmer qu'au bout d'une demi-heure de cette visite, nous rencontrions dans un couloir du sous-sol les représentants de l'administration et les constructeurs se dérobant au plus vite aux reproches qui ne cessaient de leur être adressés.

Pour dire toute pensée d'un mot, le vrai mérite du nouvel établissement sera peut-être quelque jour d'être considéré comme un *type de transition*.

A. J. Martin.

Cachexie pachydermique (œdème crétinoïde, myxœdème) (1).

La première observation de la maladie récemment décrite sous le nom de myxœdème et de cachexie pachydermique est due à William Gull, qui signalait, en 1873, à la Société clinique de Londres ce type clinique nouveau sous le nom « d'état crétinoïde survenant à l'âge adulte chez la femme ». En 1878, William Ord publiait dans deux journaux anglais plusieurs observations nouvelles, dont l'une suivie d'autopsie et d'examen histologique; c'est à cet auteur que l'on doit la dénomination de « myxœdème ».

En France, à part une revue publiée dans les *Archives de médecine*, en 1879, par Olive, la question n'était pas connue. Cependant, M. Charcot avait été frappé depuis très longtemps de l'aspect singulier de quelques malades, profondément anémiques, bouffis sans être albuminuriques, ni cardiaques, et dont la peau distendue était rugueuse, squameuse ou lamelleuse. Il avait donné à cette affection le nom de « cachexie pachydermique » et se proposait de la faire connaître, la croyant ignorée, lorsqu'il eut l'occasion d'en trouver la description dans les journaux anglais. Une de ses principales observations est consignée dans un important travail de Thaon, publié l'an dernier dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, mémoire inspiré par M. Charcot, et qui servira de base à toutes les recherches qui pourront être faites sur cette curieuse maladie. On trouvera également dans le *Progrès médical* de 1880 une revue générale de la question, telle qu'elle est comprise en Angleterre, et deux observations nouvelles, l'une de M. Charcot, publiée par Ballet, l'autre de Bourneville et d'Olier. Enfin, M. Charcot a fait, à la Salpêtrière, une conférence clinique sur ce sujet, conférence publiée par la *Gazette des Hôpitaux* et résumée par la *Gazette médicale* dans ces derniers mois. C'est à l'aide de ces matériaux que l'on peut esquisser aujourd'hui l'histoire de la cachexie pachydermique ou myxœdème des Anglais.

Cette maladie n'est pas spéciale à la femme adulte, comme l'avaient cru les premiers auteurs qui s'en sont occupés. Elle a été observée chez l'homme, par M. Charcot; chez l'enfant, par Bourneville et d'Olier. Les causes qui lui donnent naissance sont peu connues : on signale l'influence des chagrins, des émotions, des tracas domestiques, des fatigues prolongées et excessives. La syphilis, les excès de nourriture ou de boissons ne peuvent être incriminés. Enfin, la maladie ne paraît pas spéciale à certains climats; elle est signalée en Angleterre et en France. M. Charcot en a rencontré un cas à Venise et un autre en Espagne. A cela se borne ce que l'on sait sur l'étiologie de la cachexie pachydermique.

Les symptômes de la maladie sont caractéristiques. Ils consistent, d'une part, en une déformation générale des diverses régions du corps, surtout appréciable à la face et aux extrémités. Cette déformation est due à un œdème spécial du

(1) Nous nous proposions de présenter à nos lecteurs un historique abrégé des travaux dont le *myxœdème* a été récemment le sujet, quand nous avons trouvé cet historique tout fait, et très bien fait, dans le dernier numéro des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (25 avril). Nous pensons que le mieux sera de reproduire l'article de M. Merklen. (*La Rédaction.*)

---

cologie italienne établit entre eux une différence de qualité dont l'électivité organique est l'expression. Fière de ramener ainsi les médicaments à une action concrète et de donner à leur classement une base physiologique, elle s'est intitulée école morgagni-rasorienne, et a prétendu assigner à chacun d'eux le gouvernement d'un appareil particulier. Elle admet donc des *hypersthénisants cardiaco-vasculaires* et *vasculo-cardiaques*, suivant que leur action s'exerce principalement sur le centre circulatoire ou sur les vaisseaux (ammoniaque, éthers); des *hypersthénisants céphaliques*, auxquels est dévolu le soin de stimuler l'encéphale (opium, morphine, alcool, etc.); des *hypersthénisants rachidiens*, qui se recrutent dans la même série d'agents; des *hypersthénisants gastro-entéritiques* (essences et médicaments à huiles essentielles).

La classe des hypersthénisants est peu fournie, mais son exiguïté est en rapport avec le cercle réservé des indications de stimuler; celle des hyposthénisants, au contraire, absorbe une grande partie de la matière médicale, et elle se subdivise, comme la première, d'après l'appareil qui reçoit électivement l'action contro-stimulante : de là, des *hyposthénisants cardiaco-vasculaires* (cyaniques, cantharides, digitale, scille, colchique, camphre, térébenthine, sels alcalins), — des *hyposthénisants artériels* (tartre stibié, aconit, ipéca, soufre, ergot de seigle, quinquina, fer), — des *hyposthénisants vasculo-veineux* (acides minéraux, chlore, moutarde), — des *hyposthénisants lymphatico-glandulaires* (mercuriaux, iodiques, baryte, ciguë), — des *hyposthénisants gastriques* (bismuth, amers), — des *hyposthénisants entériques* (toute la série des purgatifs), — des *hyposthénisants céphaliques* (belladone, jusquiame, tabac, etc.), — des *hyposthénisants spéciaux* (noix vomique, strychnine, brucine, plomb, assa fœtida, valériane, etc.). Une troisième classe est admise pour les remèdes spécifiques ou empiriques; mais les rasoriens ne la maintiennent que provisoirement, et en quelque sorte par respect pour la routine, ayant bien soin de faire remarquer qu'elle est destinée à disparaître, et que leur doctrine n'en a

tégument externe, œdème dur, résistant, sur lequel la pression du doigt ne laisse pas son empreinte. Le gonflement œdémateux est accompagné d'une teinte spéciale de la peau, teinte jaune, cireuse, qui rappelle quelque peu la pâleur des brightiques. En même temps la peau est sèche, rugueuse, le siège d'une desquamation furfuracée ou lamelleuse, donnant à la main la sensation d'une peau de requin.

L'infiltration œdémateuse spéciale de la cachexie pachydermique est à peu près répandue sur toute la surface du corps et donne à certaines régions un aspect singulier qu'il est impossible de méconnaître. La face est élargie, bouffie, d'une pâleur porcelainique, sauf au niveau des joues et autour des narines, où se remarque une teinte rosée qui devient plus vive sous l'influence de l'émotion. Le front est bossué; les paupières sont gonflées et plissées, à demi transparentes; les yeux, à peine entr'ouverts, sont chassieux et pleurards. Le nez est épais, aplati, avec des narines largement dilatées. Les lèvres sont violacées, tuméfiées, renversées en dehors; la lèvre inférieure surtout épaissie est pendante. De cet ensemble résulte une physionomie d'une placidité singulière, et il semble que la face soit couverte d'un masque.

Les mains ont un aspect caractéristique : elles sont larges, tuméfiées, aplaties et violacées, et présentent, suivant l'expression de Gull, la forme d'une bêche (spade-like), ou sont comparables, comme l'a dit Charcot, à l'extrémité d'un pachyderme. Les pieds sont déformés de la même manière. Enfin, le tronc lui-même et les membres sont envahis par cette infiltration œdémateuse qui efface les creux et les reliefs, de telle sorte que la taille est effacée, que le ventre élargi tombe en poire, que les membres sont transformés en colonnes cylindriques, sans saillies osseuses ni musculaires.

Les altérations de la peau ne se bornent pas à cette infiltration et à cette déformation, ses annexes mêmes sont intéressées. La sécrétion des glandes sébacées et sudoripares est supprimée; souvent les poils et les cheveux tombent prématurément, par suite de l'atrophie des follicules pileux.

L'infiltration gagne également les muqueuses : les gencives sont tuméfiées et saignantes, en même temps les dents se déchaussent et tombent; la langue et le voile du palais sont épaissis, gênant la parole, en sorte que le malade paraît avoir de la bouillie dans la bouche; quelquefois la voix est rauque, en raison de lésions semblables de la muqueuse du larynx; enfin, Ord a signalé de la gêne de la défécation, semblant résulter de l'épaississement de la muqueuse inférieure du rectum. Ajoutons que les phénomènes dyspeptiques observés chez plusieurs malades paraissent indiquer la participation de la muqueuse stomacale à l'infiltration générale, ainsi qu'Ord a cru le remarquer dans l'autopsie qu'il a pratiquée.

A ces symptômes purement objectifs de la cachexie pachydermique se joignent des troubles fonctionnels paraissant avoir leur origine dans le système nerveux central et des phénomènes généraux de cachexie.

Tous ces malades sont profondément anémiques; ils sont languissants et apathiques, ont toujours froid, en été comme en hiver, et leur température centrale légèrement diminuée indique bien qu'il ne s'agit pas là d'une sensation purement subjective. Il existe en même temps chez eux une diminution notable de l'activité cérébrale; l'on remarque une lenteur particulière dans la pensée comme dans la parole. L'intelligence est conservée, mais elle est paresseuse. Tous les mouvements s'accomplissent avec effort; ils sont lents et bientôt suivis d'une fatigue extrême. On a noté quelquefois des phénomènes d'excitation, du délire, des hallucinations. Malgré l'état de torpeur des malades, les muscles ont leur puissance habituelle, mais c'est l'excitation que leur envoie le cerveau qui manque d'énergie.

L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal; le cœur est intact; les urines ne renferment pas d'albumine pendant tout le cours de la maladie, sauf dans les dernières périodes. Dans les deux seuls cas qui aient été suivis jusqu'à la mort, et qui ont été rapportés par Ord, les malades sont devenus albuminuriques dans les derniers mois et ont succombé dans le coma.

La marche de la maladie est très longue. Certains malades ont pu être suivis pendant sept ans, et encore le début, généralement insidieux, ne permet-il pas de déterminer cette durée d'une manière précise. Deux ou trois fois seulement on a pu observer un début brusque : chez un malade de M. Charcot, l'enflure fut précédée par des frissons violents; le commencement de l'affection fut marqué chez une malade du docteur Ord par de l'hématurie. La mort paraît être la terminaison inévitable. Il est difficile, du reste, de se prononcer dès à présent en parfaite connaissance de cause. M. Charcot a signalé une amélioration très notable chez un de ses malades, sous l'influence de la diète lactée, des bains sulfureux, du massage, du séjour dans un climat sec et tempéré. Il faut savoir que les médicaments internes sont mal tolérés par les malades atteints de myxœdème, sans doute en raison du fonctionnement défectueux de la peau et des muqueuses.

Une seule autopsie a pu être faite jusqu'à présent : elle est

---

que faire, les spécifiques, tels que l'iode, le quinquina, le mercure, n'étant au fond que des hyposthénisants à électivité organique spéciale.

Si c'était ici le lieu, il me serait facile de montrer combien cette classification est arbitraire et repose sur une base fragile, si ce n'est sur une pétition de principe, la nature hyposthénisante d'un médicament étant prouvée par la nature hyposthénique réputée de la maladie à laquelle on l'adresse avec succès, et la nature asthénique d'une maladie étant prouvée par la nature réputée hyposthénisante du médicament qui la modifie d'une manière favorable; l'action antidotique intervenant à tout propos comme base de classement des substances, et des pathogénies fantaisistes comme celles qui font de la chlorose une angioïte lente, de la fièvre intermittente un érysipèle vasculaire ambulant qui se cantonne pendant les intermittences dans des capillaires peu importants à la vie, etc., offrant à la classification des médicaments une base aussi commode que fragile.

Tout cela est sans doute bien hypothétique, bien arbitraire, bien grossier; mais la pharmacologie, éclipsée depuis Cullen et discréditée par le mauvais vernis qu'avait jeté sur elle la *cuisine arabesque* dont parle Guy Patin avec un dédain justifié, reparaissait à la faveur de cette doctrine, et c'est là un immense service rendu à la science des médicaments.

Le sort de ces trois systèmes, si nous l'interrogeons dans le rôle qui leur est resté dans la thérapeutique au moment où nous écrivons cet article, a été très inégal, et le broussaisisme est assurément celui qui y occupe la moindre place aujourd'hui. Le contro-stimulisme est d'ailleurs sur la pente d'un discrédit croissant, et si le rasorisme survit, il le doit non pas au fond même de sa doctrine, c'est-à-dire à sa pathologie, mais bien à la thérapeutique qu'il a inaugurée. Ruiné par ses propres excès, le broussaisisme n'avait pas ce dernier refuge, et il n'apparaît plus maintenant que comme une de ces erreurs dont le joug, au moment où on le subit, est lourd et onéreux, mais qui n'en ont pas moins leur fécondité. Entre

due au docteur Ord, et révèle certaines particularités anatomo-pathologiques qui permettent de comprendre certains des symptômes de la maladie. La lésion fondamentale, la tuméfaction spéciale de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, comme aussi des muqueuses, consiste en une infiltration gélatineuse qui résiste à la coupe et qui donne toutes les réactions chimiques de la mucine, possédant d'autre part tous les caractères histologiques du tissu muqueux. C'est en se basant sur cette altération distincte de l'œdème vulgaire que l'auteur a proposé le nom de myxœdème (œdème muqueux) pour caractériser la maladie.

L'infiltration mucoïde de la peau entoure les réseaux vasculaires et encapuchonne les extrémités nerveuses, qu'elle semble soustraire aux influences extérieures, fait qui a donné naissance à une des théories de la maladie. Comme autres altérations du tégument externe, Ord a constaté l'atrophie des bulbes pileux, des glandes sébacées et sudoripares, lésions qui expliquent la chute des poils et la suppression des sécrétions sébacée et sudorale.

Ce même tissu mucoïde qui infiltre la peau se retrouve dans les parenchymes profonds, dans le foie, dans la muqueuse de l'estomac, dans la glande thyroïde, dans les reins, autour des glomérules de Malpighi. Enfin, dans le cœur et les muscles, des modifications semblables du tissu conjonctif déterminent la disparition des éléments musculaires.

On peut émettre quelques réserves sur l'interprétation que donne Ord des diverses lésions qu'il a constatées dans les viscères. Cette même autopsie fait mention, d'une part, de l'atrophie des reins avec aspect granuleux de la substance corticale; d'autre part, d'une hypertrophie du ventricule gauche, avec athérome des grosses artères, épaississement des petites artérioles. Ces lésions ne laissent aucun doute sur l'existence d'une néphrite interstitielle, ainsi que le fait remarquer Thaon; on peut encore se demander si l'infiltration embryonnaire des divers parenchymes n'était pas liée précisément à cet athérome artériel généralisé qui détermine du côté de tous les viscères des lésions de ce genre. Ord considère cette néphrite interstitielle comme un phénomène ultime. Un seul fait ne suffit pas pour établir les relations de cette maladie avec le myxœdème; il y a là une inconnue que de nouveaux examens anatomo-pathologiques pourront seuls résoudre.

Quelle est, dès à présent, la nature de la maladie que nous venons de décrire, d'après les auteurs qui ont pu l'observer? Les diverses dénominations que l'on a proposées répondent, pour une part, à cette question. Gull, surtout frappé de l'aspect extérieur des malades, qui ressemblent d'une façon plus ou moins grossière à des crétins, les disait atteints d'*œdème crétinoïde*. Ord, partant de l'examen histologique qui lui avait révélé l'infiltration mucoïde de la peau et des viscères, a, le premier, employé la dénomination de *myxœdème*, pensant, du reste, que la même lésion était à la fois l'origine des phénomènes extérieurs de la maladie et des troubles fonctionnels et généraux qui la caractérisent. Enfin, M. Charcot ne préjuge rien de la nature du mal et désigne cette *cachexie* par le mot de *pachydermique*, d'après l'aspect général des extrémités et des membres.

Est-il possible d'aller plus loin sans entrer dans le domaine des hypothèses?

Gull était disposé à considérer le myxœdème comme un état pathologique voisin du crétinisme, se basant sur l'habitus général et l'apathie spéciale que l'on observe dans les deux cas. Cependant, ces analogies grossières ne suffisent pas pour autoriser ce rapprochement, étant donnée surtout la rareté du myxœdème chez les crétins. Récemment Bourneville et d'Olier ont publié l'observation d'un jeune crétin de dix-neuf ans, pensionnaire de Bicêtre, qui présente tous les symptômes du myxœdème, et M. Charcot a pu montrer ce malade à ses conférences cliniques de la Salpêtrière. Ce seul fait ne permet pas d'autre interprétation que celle que M. Charcot a proposée, à savoir : que le myxœdème peut exister chez l'adulte et chez l'enfant, que chez ce dernier il produit l'arrêt de développement physique et intellectuel, un état comparable au crétinisme, tandis que chez l'adulte il se borne à produire un affaiblissement, une obnubilation des fonctions intellectuelles.

Ord avait essayé d'expliquer tous les symptômes nerveux par la suppression ou la diminution des excitations périphériques, due elle-même à l'encapuchonnement des extrémités nerveuses par le tissu muqueux qui en amortit toutes les impressions. A la longue, le cerveau, manquant de son stimulus habituel, s'habitue à répondre tardivement. Or, comme le fait remarquer Thaon, il faudrait, pour admettre cette hypothèse, que le myxœdème proprement dit précédât les phénomènes cérébraux, et c'est souvent le contraire qui a lieu; d'autre part, cette subordination des fonctions intellectuelles à l'état de la sensibilité périphérique n'existe pas, comme le prouvent les anesthésies plus ou moins généralisées que l'on observe dans certains états morbides, par exemple l'hystérie, où l'intelligence conserve toute son activité.

Faut-il admettre, avec Goodhart, que les symptômes céré-

---

le brownisme rajeuni, mais non moins ardent, qui s'intronise aujourd'hui en thérapeutique et qui réduit de plus en plus le rôle des débilitants, et le rasorisme, qui substitue les hyposthénisants aux antiphlogistiques vrais, c'est-à-dire aux émissions sanguines et aux émollients, cadre monotone de la thérapeutique de l'irritation, le contro-stimulisme de Broussais est réduit, dans la pratique, à un domaine qui va toujours s'amoindrissant. N'y a-t-il pas là une exagération préjudiciable, et les browniens de notre époque, comme ceux d'il y a un siècle, ne se mettent-ils pas, eux aussi, en dehors de la mesure clinique? Nous le croyons fermement. On ne voyait naguère que des irritations à éteindre, des propriétés vitales exaltées à calmer, des incendies fébriles ou inflammatoires (ce qui était tout un pour la médecine broussaisienne) sur lesquels il fallait jeter au plus tôt des antiphlogistiques; aujourd'hui, par une réaction inévitable, le brownisme, profitant de ces exagérations, reprend faveur, et la préoccupation de la faiblesse et de l'asthénie dirige manifestement la plupart de nos prescriptions : il faut venir en aide à une nature défaillante, — relever les forces, — renouer les synergies, — tonifier les organes ou l'ensemble du système, et, dût-on réveiller une inflammation, ranimer une fièvre, il y a lieu de s'en applaudir plutôt que de s'en préoccuper; le danger n'est pas là, il est dans le foyer des forces nerveuses qu'il faut rallumer, et au plus tôt, par les stimulants. Brown lui-même n'avait sans doute pas rêvé l'étendue du rôle réservé de nos jours à l'alcool et à l'alimentation à outrance, dans le traitement des fièvres et des inflammations.

Assurément la restauration de l'emploi des excitants en thérapeutique est un progrès dont l'importance ne saurait être contestée; mais le clinicien vrai, convaincu qu'il n'y a pas plus de systèmes absolument vrais que de systèmes absolument faux, et qu'il faut dégager la part de vérité pratique que chacun d'eux contient, répugne aussi bien au joug d'un stimulisme exclusif qu'à celui d'un contro-stimulisme doctrinaire. La lutte de ces deux systèmes a rempli de son fracas

braux sont dus à un véritable myxœdème de l'encéphale? Cela serait admissible si Ord ne disait expressément qu'il a cherché ces lésions du cerveau sans les rencontrer.

Enfin, pour citer une dernière hypothèse, il serait possible, comme l'a dit Thaon, que l'état cérébral, qui souvent précède le myxœdème, tînt sous sa dépendance la plupart des autres symptômes, notamment les lésions cutanées : la dermatologie fournit, en effet, de nombreux exemples d'affections cutanées déterminées par des impressions morales pénibles. Mais il est plus sage, quant à présent, de se borner à la simple constatation des faits, et de définir la cachexie pachydermique, comme l'a fait M. Charcot, une maladie caractérisée :

1° Par un état cachectique accentué;

2° Par une altération spéciale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (myxœdème proprement dit);

3° Par un état particulier des fonctions cérébrales et spinales.

P. Merklen.

S. William Gull. — On a cretinoïd state suporvening in adult life in women. (*Transactions of the Clinical Society*, 1874.)

D. William M. Ord. — On myxœdema. (*Medico-Chirurgical Transactions*, vol. LXI.)

D. William M. Ord. — Clinical lecture on myxœdema. (*British Medical Journal*, May 1878.)

Olive. — Sur le myxœdème. (*Archives générales de médecine*, t. I, 1879.)

Hadden. — Du myxœdème. (*Progrès médical*, n°s 30 et 31, 1880.)

Ballet. — Cachexie pachydermique. (*Progrès médical*, n° 30, 1880.)

Thaon. — Cachexie pachydermique. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, août 1880.)

Goodhart. — (*The Medical Times and Gazette*, mai 1880.)

Charcot. — Myxœdème, cachexie pachydermique ou état crétinoïde. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 10, 1881.)

De Ranse. — La cachexie pachydermique. (*Gazette médicale*, n° 51, 1880.)

Nous appelons vivement l'attention sur une communication faite dans la dernière séance de l'Académie de médecine par M. Brouardel, *sur les réactifs propres à distinguer les alcaloïdes produits pendant la décomposition cadavérique*, et qui a été suivie d'une très intéressante discussion.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Asyllabie ou amnésie partielle et isolée de la lecture, par M. le docteur Bertholle, ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris.

(Fin. — Voyez le numéro 18.)

Sous le rapport de la lecture, et lorsque la vue et l'intelligence sont intactes, on peut classer les aphasiques en quatre catégories : 1° aphasiques avec suppression concomitante de la lecture mentale et à haute voix; 2° aphasiques avec conservation de la faculté de lire mentalement et à haute voix; 3° aphasiques avec conservation de la lecture mentale seule; 4° aphasiques avec conservation de la faculté de lire à haute voix, mais sans comprendre.

Ainsi donc, la lecture peut être conservée dans l'aphasie, lorsque la parole est abolie, ainsi que le prouve le fait de cet officier d'artillerie qui, pris d'impossibilité de parler, pouvait cependant lire à haute voix dans un livre ou sur un papier écrit (*Dict. méd. et chir. pratiques*, art. Aphasie). D'un autre côté, mon observation démontre péremptoirement que l'amnésie peut porter exclusivement sur la faculté de lire ou plutôt d'assembler les lettres, les syllabes et les mots, alors que la parole et l'écriture sont conservées. Ces deux fonctions de la parole et de la lecture sont donc indépendantes, puisque l'une peut être supprimée pendant que l'autre reste intacte, et réciproquement.

Il en est de même de la possibilité pathologique de l'amnésie partielle et exclusive de l'écriture. Cette faculté peut également être seule suspendue; c'est cette forme d'amnésie que Bastian appelle agraphie. « L'agraphie isolée, dit-il, est très rare; deux cas sont notés par Hugling Jackson (*Brit. med. Journal*, 1866); un troisième cas est mentionné par Ogle (*Saint-Georges hosp. Rep.*, 1867, p. 103). » Le quatrième cas est dû à Bastian lui-même, qui le cite dans son mémoire; il s'agit d'un malade atteint de démence, qui était, en outre, affecté d'une amnésie partielle de l'écriture, sans paralysie et sans convulsions épileptiformes (Bastian, *loc. cit.*).

Dans l'article remarquable sur l'aphasie du *Dictionnaire encyclopédique* (p. 617), M. Jules Falret dit : « J'ai rapporté, dans les *Archives générales de médecine*, d'après Vinslow et d'autres auteurs, plusieurs exemples de la suppression de la faculté d'écrire alors que la parole était conservée; et l'on en trouve aussi quelques faits dans le travail de Marcé sur l'existence d'un principe coordinateur de l'écriture (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1856). Dans ces circonstances, on ne peut pas dire que la perte de la mémoire des mots fût la cause de la suppression de l'écriture, puisque la parole

---

tout un siècle de l'histoire de la médecine. Ils ne contiennent pas toute la thérapeutique, comme les trois réformateurs l'ont cru; mais chacun d'eux, débarrassé de ce qu'il a d'exclusif, lui apporte un appoint utile. Le systématique est brownien, broussaisien ou rasorien; le clinicien, éclectique non pas par paresse d'esprit, mais par la nature même des problèmes auxquels il s'applique, prend son bien, c'est-à-dire la vérité, partout où il le trouve; il domine les systèmes et ne subit la servitude d'aucun.

Voilà le brownisme rationnel restauré dans nos habitudes thérapeutiques; l'heure du broussaisisme, dans ce qu'il a d'acceptable, viendra sans doute : car il est impossible que cette proscription presque absolue des antiphlogistiques, qui est peut-être la plus étonnante évolution de la thérapeutique de notre temps, soit un fait définitif; quant au contro-stimulisme rasorien, moins exclusif que celui de Broussais, parce qu'il est moins original, il reste sur le terrain des faits qu'il a conquis, et c'est tout au plus si la restauration des émissions sanguines, qui est une affaire de temps, lui imposera le partage d'un domaine restreint qui, pour le moment, ne lui est du reste pas disputé.

En résumé, les doctrines du stimulisme et du contro-stimulisme personnifiées dans les trois grands noms de Brown, de Rasori et de Broussais, n'auront pas produit en médecine une agitation stérile; outre qu'elles y ont laissé le dépôt des vérités enveloppées dans leurs exagérations, elles auront contribué, pour leur bonne part, à la restauration thérapeutique qui se prépare et que caractérisent un sain esprit de critique expérimentale, l'impatience de toute servitude de doctrines, une grande ardeur de recherches, le sentiment des services qu'une physiologie plus avancée doit rendre à la science des médicaments, mais à laquelle on peut reprocher trop de dédain ou d'indifférence pour les richesses accumulées de la tradition. A une époque où fourmillent les hommes de talent, mais où les législateurs en médecine font absolument défaut, la thérapeutique, affranchie du joug des doctrinaires, ne peut que

était conservée sans l'écriture, et que les malades se servaient en parlant des mots qu'ils ne pouvaient écrire. »

Cette remarque peut s'appliquer à mon observation, puisque le malade avait conservé absolument la mémoire des mots, et qu'il s'en servait dans le langage sans hésitation; il n'était pas aphasique. Il pouvait même écrire, mais sans pouvoir lire ce qu'il avait écrit; il n'était donc pas non plus agraphique, mais il était simplement asyllabique.

M. Gendrin (*Traité philosophique de médecine pratique*, p. 432), mentionne un fait intéressant d'asyllabie dans le passage suivant : « L'anamnésie des apoplectiques porte souvent sur la valeur phonique des signes de l'écriture et du mode de connexion de ces signes. C'est par suite de cette lésion que beaucoup, ayant conservé la vue, ne peuvent lire, parce qu'ils ne peuvent assembler les mots et les syllabes, ou qu'ils ne connaissent même plus la signification des lettres. Un littérateur apoplectique ne pouvait lire par ce motif : il pouvait écrire, mais lorsqu'il voulait tracer les caractères des mots, il fallait lui répéter plusieurs fois le mot et lui indiquer les lettres, même pour écrire son propre nom. Il écrivait ces lettres par une sorte de souvenir du mouvement des doigts pour les tracer; mais, dès que la lettre était tracée, il ne pouvait plus la reconnaître. »

Ce cas remarquable d'asyllabie est néanmoins complexe; il diffère surtout de celui qui nous occupe par un point essentiel, c'est que ce littérateur était apoplectique, probablement hémiplégique, et peut-être même aphasique. L'absence des détails et la brièveté de cette observation, quelque curieuse qu'elle soit, lui enlèvent la plus grande partie de sa valeur scientifique.

Un autre fait qui présente quelques analogies avec le mien, malgré de nombreuses et d'importantes dissemblances, est celui d'un malade cité dernièrement par M. Magnan dans la clinique médicale de Sainte-Anne (*Revue médicale française et étrangère*, 1880, p. 447).

Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans, devenu subitement hémiplégique et aphasique : « Je l'engageai, dit M. Magnan, à consigner par écrit ce qu'il éprouvait; mais ce ne fut qu'avec une grande difficulté qu'il put me donner les renseignements demandés, et sa réponse écrite renferma des fautes d'orthographe qui ne lui étaient pas habituelles. Ce malade était donc aphasique, mais il n'était pas agraphique; jusqu'alors rien de bien extraordinaire. Voici où le cas devient étrange : cet homme, qui écrit avec une facilité relative, ne peut lire les caractères qu'il vient de tracer, quelque effort qu'il déploie et quelque soin qu'il mette à étudier son écriture. J'écris devant lui au tableau des lettres de très grande dimension, il ne peut en déchiffrer aucune, et cependant il écrit. Il y a donc là quelque chose de particulier, une lésion qui atteint une région spéciale, qui n'est pas la troisième circonvolution cérébrale. Cet homme ne peut pas lire, parce que le symbole graphique ne pénètre pas jusqu'au centre encéphalique. » Plus loin, page 478, il ajoute : « Il a conservé la notion précise des symboles acquis, mais il ne peut emmagasiner de nouvelles notions par les signes graphiques, parce que, s'il n'y a chez lui qu'une lésion incomplète des faisceaux pédiculaires, il y a cependant une interruption suffisante dans les fibres des faisceaux chargés de conduire les impressions visuelles; la rétine reçoit bien l'impression première que la bandelette optique transmet aux tubercules quadrijumeaux, mais cette impression n'arrive plus au centre perceptif par l'altération des faisceaux de transmission au centre encéphalique. Le malade reste ainsi sous l'influence d'une cécité des mots, avec ses notions primitivement acquises, sans pouvoir en acquérir de nouvelles par le rayon visuel. »

L'explication physiologique peut être juste pour le malade dont il vient d'être question; ce malade n'était pas agraphique, mais il était aphasique, et, si l'on veut, asyllabique par défaut de transmission. Il présentait toutefois avec mon sujet une différence capitale; c'est qu'il était aphasique et qu'il n'avait pas conservé l'alphabet. Il ne pouvait, malgré les plus grands efforts, lire les caractères qu'on venait de tracer devant lui, ni déchiffrer les lettres de grande dimension. Tel n'était pas le cas de mon malade, ni même celui de Lordat, qui distinguaient très bien les lettres et les mots, qui pouvaient les épeler, mais qui ne savaient plus les assembler rapidement, comme nous en acquérons la possibilité par l'habitude. Donc, chez eux, l'impression visuelle se transmettait jusqu'au centre encéphalique; mais ce centre avait perdu la faculté de la coordination spontanée des lettres, des syllabes et des mots. Si le malade de M. Magnan est bien un asyllabique par défaut de transmission, celui qui fait le sujet de mon observation est un asyllabique par amnésie. Il n'y avait pas chez lui cécité des mots, selon l'expression du clinicien de Sainte-Anne, mais la fonction de la lecture était perdue par la mémoire.

C'est donc là un fait bien défini d'asyllabie isolée ou d'amnésie partielle de la lecture, c'est-à-dire d'amnésie des signes visibles et représentatifs des mots. M. F... avait d'ailleurs conservé toutes les autres parties de la mémoire; j'ai noté, en effet, comme un phénomène remarquable qu'il aimait à jouer au piquet à quatre, et qu'il se montrait très sévère pour son partenaire, ce qui prouve qu'il avait le souvenir exact des cartes passées. Il analysait d'ailleurs parfaitement l'impossibilité où il se trouvait de lire; il voyait, disait-il, distinctement les lettres; comme Lordat, il avait conservé l'alphabet, mais ce qui lui faisait défaut, c'était la faculté d'embrasser d'un coup d'œil rapide les lettres et les mots. Il avait oublié les signes de ces mots; il lui fallait les rapprendre, et, pour cela, les épeler le plus souvent en totalité ou en partie. La

---

ressentir les avantages et les inconvénients d'une liberté sans direction : si elle doit à cette situation nouvelle plus d'initiative et plus d'esprit d'examen, elle lui doit aussi moins de philosophie dans ses tendances et moins d'unité dans ses efforts. Nous sommes d'habiles et laborieux tailleurs de pierres pharmacologiques; mais où est l'architecte qui leur assignera leur place dans l'édifice thérapeutique qui ne s'élève pas encore? On ne le voit pas jusqu'ici, et j'oserais même, sans vouloir décourager aucune ambition, dire que ses précurseurs se font attendre.

Fonssagrives.

Voyage dans l'Amérique intertropicale. — Notre confrère le docteur Crevaux a lu ces jours-ci, à la Sorbonne, l'histoire de son voyage d'exploration dans l'Amérique intertropicale. Il avait à ses côtés un jeune nègre qui a rendu, par son courage, de signalés services à l'expédition.

Les collections anthropologiques ramenées par notre confrère sont des plus précieuses; elles comprennent plus de 550 crânes et squelettes, qui sont déjà au Muséum d'histoire naturelle. Ses études sur la flore et la faune des régions inexplorées avant lui ont été également des plus fructueuses. Elles lui font honneur à lui et à la France. Enfin il a donné sur l'origine du curare des détails qui ne diffèrent pas de ceux qui sont consignés à l'article Curare du *Dictionnaire encyclopédique*, où il est fait usage précisément de renseignements fournis par M. Crevaux lui-même.

Exercice de la médecine. — La préfecture de police vient de remettre en vigueur et de faire afficher sur tous les murs une ordonnance du 29 octobre 1846, en vertu de laquelle tout médecin exerçant dans le ressort de la préfecture doit, au cas où son ordonnance comporte l'emploi de substances vénéneuses, en indiquer la dose en toutes lettres.

Il est interdit en même temps aux pharmaciens d'exécuter toute ordonnance qui ne serait pas rédigée conformément à la prescription ci-dessus.

même difficulté se produisait lorsqu'il voulait joindre les mots ensemble, et elle était plus évidente s'il s'agissait de mots inusités. Alors il hésitait et les décomposait entièrement, comme les enfants ou les personnes qui apprennent à lire; comme eux, également, il lisait plus facilement les gros caractères, où les lettres et les mots se détachaient plus visiblement.

Ce qui prouve, sans contestation possible, que cette asyllabie était le résultat d'une amnésie partielle, c'est que la vue du malade était intacte, son intelligence complète, et qu'enfin il put rapprendre à lire d'une façon passable. Il est vrai que M. F... devint plus tard aphasique; mais ce symptôme ne se produisit qu'au mois de novembre 1879, et consécutivement à une seconde attaque d'hémiplégie droite. Tout d'abord, pendant sept années, il ne fut qu'asyllabique; c'est là le point saillant de cette observation, et qui en fait peut-être un exemple unique dans la science jusqu'à ce jour.

Quelle objection pourrait-on d'ailleurs faire à la possibilité pathologique de la suppression unique de la mémoire de la lecture? Il résulte, en effet, d'un grand nombre d'observations que la mémoire peut être partiellement atteinte par rapport à une certaine catégorie de souvenirs, même d'une manière très limitée (Jules Falret, *Dictionnaire encyclopédique*, article Amnésie). Ces troubles partiels de la mémoire sont communs comme symptômes avant-coureurs des affections cérébrales; ils sont plus fréquents à la suite de la manie épileptique. C'est le cas du malade qui nous occupe, dont l'affection avait débuté brusquement par des attaques épileptiformes, suivies d'un délire maniaque. L'aphasie, au contraire, qui survint plus tard, a été la conséquence de l'apoplexie avec hémiplégie droite, ce qui concorde avec la remarque déjà faite que l'aphasique est le plus souvent paralysé du côté droit.

Les cas d'amnésie partielle épars dans les auteurs sont très variés : ainsi, on voit certains malades perdre totalement la mémoire des substantifs, d'autres celle des verbes, des adjectifs ou des pronoms. Il en est encore qui n'ont perdu que certains mots ou certaines lettres; enfin, on en rencontre qui ne se rappellent que la première ou la dernière syllabe des mots. La musique, le dessin, le calcul, toutes les diverses manifestations de la pensée humaine peuvent être conservées ou détruites séparément ou simultanément.

Chacun sait aussi qu'à l'état normal la mémoire présente de notables différences sous le rapport des mémoires spéciales. Il existe une grande variété dans la mémoire des faits, des noms, des chiffres, des figures, des sons : et c'est sur cette donnée que s'est basée l'école phrénologique pour proclamer l'existence de chacune de ces variétés de la mémoire comme facultés distinctes, et pour assigner à chacune d'elles un siège spécial dans le cerveau (Jules Falret, *loc. cit.*).

Il est très certain que la localisation des diverses facultés cérébrales a fait, dans ces dernières années, des progrès incontestables; mais l'état de la science ne permet pas de conclure encore d'une façon positive. Mon observation semble venir à l'appui de cette thèse, et on pourra regretter que la nécropsie n'ait pas éclairé la nature et le siège précis de la maladie. Au point de vue du siège anatomo-pathologique de l'asyllabie, l'autopsie n'eût été probante qu'avant le début de l'aphasie, c'est-à-dire des autres troubles de la mémoire. Actuellement, après les attaques répétées d'apoplexie cérébrale, la lésion s'est évidemment étendue, et, bien qu'intéressante, elle ne pourrait donner aucune notion exacte sur le siège de la fonction spéciale de la lecture. Elle indiquerait seulement la région où se passent les phénomènes relatifs aux diverses manifestations de la pensée. C'est ce qui m'a décidé à publier l'observation avant qu'elle ne soit complète; et comme, d'autre part, il est certain que la famille s'opposera à l'autopsie, il m'a paru d'autant plus inutile d'attendre que les symptômes consécutifs ne peuvent plus rien apprendre de nouveau ou d'intéressant.

En ce qui concerne la nature de la maladie cérébrale que j'ai décrite, était-elle au début une épilepsie, ainsi que l'a pensé Béhier? J'avoue que ce diagnostic ne me satisfait pas. D'abord, M. F... n'avait jamais eu d'attaques antérieures qui ressemblassent en quoi que ce soit même au petit mal. Tout au plus pourrait-on supposer qu'il avait eu des vertiges de cette espèce depuis les émotions de l'année 1870, si l'on veut appeler ainsi ce trouble ou cette suspension momentanée de la vue, qui ne durait qu'une ou deux secondes, et qu'il ne m'a signalé que par hasard, longtemps après la guérison de sa maladie.

On se rappelle qu'il avait conscience parfaite de ce qui se passait et qu'il n'était pas même obligé de s'arrêter lorsque ce phénomène se produisait pendant la marche. Quant aux attaques épileptiformes, elles ont débuté brusquement, en pleine santé, à l'invasion de la maladie cérébrale, et elles ne se sont jamais reproduites; elles n'étaient donc qu'un symptôme initial. Au contraire, la marche ultérieure de l'affection démontre un ramollissement bien évident du cerveau, avec des ruptures vasculaires successives. L'aphasie elle-même n'est survenue que sept ans après, consécutivement à une seconde attaque d'hémiplégie droite; et, à dater de ce moment, la paralysie ne fit qu'augmenter progressivement, en s'étendant à la langue et aux sphincters.

Je crois donc que la maladie n'était pas une épilepsie, mais que les accès épileptiformes du début ont été causés par un raptus sanguin à la surface des circonvolutions cérébrales ou des méninges, ayant déterminé une méningo-encéphalite subaiguë. Ce n'est là, il est vrai, qu'une hypothèse; elle s'accorde mieux, ce me semble, avec les symptômes ultérieurs. D'ailleurs, ce n'est pas sous le rapport du diagnostic précis de la nature de la maladie que l'observation offre son principal intérêt et que je me suis décidé à la publier; cet intérêt existe surtout dans ce phénomène d'asyllabie isolée ou d'amnésie partielle de la lecture, sur lequel j'ai insisté, symptôme si rare, que je n'ai pu en rencontrer d'autre exemple, soit dans les auteurs, soit dans les écrits périodiques.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Quelques mots sur le diagnostic différentiel des urines rouges (hématurie, hématinurie, hémoglobinurie, etc.)

Au sujet du récent article de M. Dreyfus-Brisac sur l'hémoglobinurie paroxystique (*Gaz. hebd.* du 22 avril), M. le docteur Corre (de Brest) a bien voulu nous adresser une lettre de laquelle nous croyons devoir extraire le passage suivant :

Avec le spectroscope petit modèle de Nachet on peut distinguer en plusieurs groupes très naturels les urines à coloration rouge ou noire. Je proposerais volontiers la division suivante :

1° *Urines colorées par le sang en nature, sanglantes ou sanguinolentes* (hématurie vraie) — Globules constatés au microscope dans les urines; bandes de réduction de l'hémoglobine au spectroscope; albumine en notable proportion dans le liquide.

2° *Urines colorées par l'hémoglobine* (hémoglobinurie). — Pas de globules au microscope, ou globules hors de proportion numérique avec l'intensité de la coloration rouge ou noire des urines; bandes de réduction caractéristiques : l'une étroite, foncée, nette comme un trait d'encre, dans le jaune, rapprochée de la ligne D de Fraunhöfer; l'autre plus large, mais moins foncée, sur la limite du jaune et du vert, rapprochée de la ligne E; albumine en proportion notable dans le liquide.

3° *Urines colorées par l'hématine* (hématinurie). — Je doute que l'on ait jamais réellement observé cette variété en clinique; elle supposerait au sein de l'organisme vivant des conditions qui, probablement, ne sauraient s'y produire à un degré suffisant pour la transformation de l'hémoglobine en hématine (1); elle aurait

(1) Il existe, à notre connaissance, un cas d'hémoglobinurie avec hématinurie dans la fièvre typhoïde, rapporté par Immermann (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, Bd XII). L. D. B.

pour caractères l'absence de globules au microscope, et la bande unique de réduction de l'hématine, sur la limite du jaune et de l'orangé (entre C et D, hématine alcaline), ou en plein orangé (C, hématine acide).

4° *Urines colorées par la mélanine* (mélanurie vraie, mélaninurie). — Ce sont celles de l'état mélanémique à tous ses degrés; elles sont caractérisées par la présence de granulations pigmentaires, immédiatement dérivées de l'hématine.

5° *Urines colorées par l'hémaphéine ou les principes supposés analogues.* — Si l'on traite une urine très limpide, médiocrement colorée, ambrée par l'acide azotique, en ayant soin de verser lentement, goutte à goutte, le réactif le long des parois du verre, on voit se former une zone de coloration rose tendre, tirant un peu sur le violet. Cette zone doit sa coloration à un principe diversement désigné (urrosacine, uroérythrine, etc.); elle offre une réaction spectrale particulière, une bande ordinairement peu foncée dans la portion du vert qui avoisine le bleu, et une pénombre étendue sur le bleu, l'indigo et le violet.

Certaines urines qui se produisent au cours d'affections fébriles paraissent colorées par ce même principe, formé en quantité plus considérable aux dépens du sang ou par un principe très voisin, l'uroxanthine, l'hémaphéine. Les urines de cet ordre ne renferment pas de globules, à moins d'hématurie concomitante, qui masque alors leurs caractères propres. Elles ne sont pas non plus albumineuses, à moins d'altérations rénales particulières.

6° *Urines colorées par la bile* (cholyurie). — Ces urines ont souvent un aspect rougeâtre : elles donnent par l'acide azotique une réaction spéciale; mais quelquefois cette réaction manque ou n'est pas suffisamment marquée pour permettre d'établir un diagnostic précis; c'est alors que le spectroscope doit intervenir; il donne, avec une pénombre étendue sur les rayons extrêmes, une bande diffuse, peu foncée, dans la portion du vert qui avoisine le jaune.

Dr A. Corre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Les dérangements de la progression, de la station et de l'équilibration, survenant dans les expériences sur les canaux semi-circulaires ou dans les maladies de ces canaux, n'en sont pas les effets, mais ceux de l'influence qu'elles exercent sur le cervelet. Note de M. *Bouillaud*. — M. Bouillaud établit par la *méthode a posteriori* la proposition suivante :

Les vivisections pratiquées sur le *cervelet* et les affections morbides de ce centre nerveux *causent* constamment des lésions plus ou moins graves de la progression, de la station et de l'équilibration, considérées sous toutes leurs formes, tandis que ces mêmes vivisections et ces mêmes affections morbides n'ont pas pour *effets* ces dernières lésions fonctionnelles, lorsqu'elles portent sur les autres centres *nerveux encéphaliques*. Donc, d'une part, il y a un rapport de *causalité*, une *loi de cause à effet*, entre les affections du cervelet et les désordres de la progression qui les accompagnent ou coïncident avec elles; donc aussi, d'autre part, les actes de mécanique animale connus sous les noms de progression, station, équilibration reconnaissent le cervelet pour celui des centres nerveux encéphaliques sans le concours duquel ces actes ne pourraient s'exécuter (quel que soit d'ailleurs en lui-même le mécanisme de ce concours).

« Cette note, qui vraisemblablement mettra un terme à ce que nous avons déjà communiqué à l'Académie sur une grave question, n'en mettra point un aux diverses attaques dirigées contre elle. Une telle question doit, sans doute, subir encore l'épreuve laborieuse réservée aux choses nouvelles. On sait, depuis bien longtemps déjà, la puissance de la *loi des contraires*, car ce n'est pas d'hier que le monde a été livré, comme il est écrit, aux disputes humaines en ce qui concerne *le vrai et le faux, le mal et le bien*, et autres *contraires sans nombre*. »

Sur les effets physiologiques et pharmacothérapiques des inhalations d'oxygène. Note de M. *G. Hayem*.

1° *Effets physiologiques.* — L'oxygène, administré sous la forme d'inhalations, à la dose de 40 à 90 litres par jour, prise en deux fois et mélangée avec une quantité indéterminée d'air ordinaire, produit une stimulation assez énergique des fonctions dites *de nutrition*. Il augmente l'appétit, élève très légèrement la température, accélère la circulation et accroît le poids du corps. Lorsqu'on se soumet à un régime d'entretien identique avant, pendant et après la période des inhalations, ainsi que l'a fait M. le docteur Aune, à l'occasion de sa thèse inaugurale (*Effets physiologiques des inhalations d'oxygène*, thèse de Paris, n° 109; 1880), la composition des urines n'est pas modifiée, et, dans ces conditions, le poids du corps reste invariable.

Sur le sang, l'oxygène exerce une action très nette : il excite la formation des hématoblastes et des globules rouges, et élève de 5 à 10 pour 100 le contenu de ces derniers en hémoglobine; mais ces effets sont passagers.

2° *Effets pharmacothérapiques.* — a. *Chlorose.* — L'oxygène rend des services incontestables aux chlorotiques atteintes de troubles digestifs. Il ranime l'appétit, fait cesser les vomissements quand il en existe, réveille le mouvement d'assimilation, fait augmenter le poids du corps.

Les malades satisfaisant leur appétit, devenu souvent considérable, les analyses d'urine indiquent alors un accroissement dans la quantité d'urée éliminée. Celle-ci s'est élevée, chez quelques malades, de 10 à 35 grammes, et même 40 grammes dans les vingt-quatre heures.

Cette stimulation du mouvement nutritif porte également ses effets sur le sang : le nombre des globules rouges devient notablement plus grand; mais la valeur qualitative de ces éléments n'est pas influencée. Les hématies, quoique produites en plus grand nombre, restent tout aussi altérées; parfois même elles contiennent d'autant moins d'hémoglobine qu'elles sont plus abondantes. Au bout de plusieurs mois (deux à trois), malgré l'amélioration de l'état général, l'altération globulaire est encore aussi prononcée qu'au début du traitement, et, lorsqu'on cesse les inhalations, les malades ne tardent pas à perdre tout le bénéfice qu'ils paraissaient en avoir tiré.

L'action de l'oxygène sur la nutrition générale est analogue à celle de l'hydrothérapie, qui stimule également le mouvement nutritif et la formation des globules rouges, sans modifier d'une manière sensible les altérations individuelles de ces éléments.

b. *Vomissements.* — Les inhalations d'oxygène se caractérisent surtout, au point de vue pharmacothérapique, par leurs effets sur le phénomène *vomissement*. Quelle que soit sa cause, le vomissement est souvent suspendu après une ou deux séances d'inhalations, et, lorsqu'il n'est pas entretenu par une lésion organique de l'estomac, la continuation de ces inhalations parvient, en général, à le supprimer d'une manière définitive.

Voici la liste des états morbides dans lesquels la disparition des vomissements a été obtenue : dyspepsie douloureuse, sans lésion appréciable de l'estomac; dyspepsie avec dilatation stomacale, sans affection organique; vomissements incoercibles de la grossesse (cas publiés par M. le docteur Pinard); urémie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande de M. le préfet de l'Ardèche à l'effet d'obtenir une médaille d'or pour M. le docteur Adhérau, maire d'Annonay, en considération de services rendus pour la propagation de la vaccine. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Ernest Durand* (de Marseillan) adresse un manuscrit intitulé : *Considérations sur une épidémie de variole observée dans cette commune.* (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Larger* (de Maisons-Laffitte) envoie une brochure portant le titre de : *Des causes de la déformation du moignon à la suite des amputations du pied en général.* (*Inscrit sous le n° 3 pour le concours de prix Amussat en 1881.*)

M. le docteur *Cazenave de la Roche* (des Eaux-Bonnes) envoie un travail imprimé sur *L'action thérapeutique des Eaux-Bonnes dans les affections de la gorge, du larynx, des bronches, et plus particulièrement dans l'asthme* (*Commission des eaux minérales*).

M. le *Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. *Ch. Tellier* une troisième

Lettre à M. le préfet de la Seine au sujet de l'installation d'appareils frigorifiques à la Morgue; 2° le *Compte rendu de la session contre la vaccination obligatoire de la Ligue internationale des antivaccinateurs*; 3° au nom de M. le docteur *C. de Mooy*, chirurgien-major de l'armée néerlandaise, une brochure en langue française intitulée : *Les bandages de transport Rotang*; 4° de la part de M. le docteur *Dunane B. Simmons* (de Shanghaï) un ouvrage sous le titre de: *Bereberi of the « kakké » of Japon*.

M. Bergeron présente, au nom de M. le docteur *Thomas* (de Saint-Lô), un travail sur *l'anatomie pathologique de la diphtérie*; le renvoi en est ordonné à la commission du prix Saint-Paul.

M. Besnier offre : 1° de la part de M. le docteur *Frantz Glénard* (de Bourbon-Lancy) un mémoire intitulé : *Valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde*; 2° en son nom et en celui de M. le docteur *Doyon* (de Lyon) la traduction française des *Leçons sur les maladies de la peau*, de Moritz Kaposi (de Vienne).

M. *Luys* fait hommage de son *Traité clinique et pratique des maladies mentales*.

M. Rochard présente, au nom de M. le docteur *Bérenger-Féraud*, une étude historique sur l'*Hôpital Saint-Mandrier*, près de Toulon.

Exposition internationale d'électricité. — L'Académie ayant été consultée par M. le commissaire général sur l'organisation de l'exposition internationale d'électricité qui aura lieu à Paris cette année, M. *Constantin Paul* donne lecture, au nom de la Commission spécialement désignée, d'un projet de réponse dont les termes sont approuvés par l'Académie, et qui consiste à conseiller de réunir dans un même groupe tout ce qui est relatif à l'emploi de l'électricité en médecine, avec trois divisions comprenant : les appareils de recherches, les appareils pour la pratique médicale et chirurgicale, les publications physiologiques et médicales relatives à l'emploi de l'électricité. L'Académie estime qu'il serait nécessaire de créer un groupe médical dans cette exposition et M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer que l'Académie sera ultérieurement consultée également sur l'organisation du Congrès international d'électricité qui coïncidera avec l'exposition.

Encombrement charbonneux des poumons chez les houilleurs. — Un mémoire portant ce titre et adressé à l'Académie par M. le docteur Riembault, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, permet à M. *Proust*, au nom d'une commission, de faire un tableau des plus complets de cette affection à l'étude de laquelle il a pris une si large part. M. Riembault lui a donné depuis 1861 le nom d'encombrement, et c'est en s'appuyant sur sa pratique journalière ainsi que sur les résultats de 116 autopsies, qu'il a pratiquées sur des mineurs, qu'il présente le très intéressant travail sur lequel M. Proust, et à son tour l'Académie, fournissent une appréciation des plus élogieuses. Le mot d'anthracosis, qu'a proposé M. Proust il y a plusieurs années, devrait être, d'après M. Riembault, réservé aux mouleurs en cuivre et aux ouvriers qui manient le charbon de bois, exposés par suite à des particules volumineuses, aux contours hérissés de pointes et d'aspérités; mais M. Proust pense que l'encombrement n'amène pas davantage la phthisie tuberculeuse que l'anthracosis et qu'on doit admettre en dehors de la phthisie tuberculeuse une affection qui, produite au début par l'accumulation de la poussière de charbon, mérite le nom de phthisie charbonnense, lorsque le poumon se creuse de cavités et qu'on voit apparaître les phénomènes de dépérissement et de marasme. La tuberculose est une maladie générale et diathésique, l'anthracosis une maladie accidentelle; les excavations qui peuvent se produire dans l'anthracosis ne sont pas le fait d'une évolution tuberculeuse, c'est la fonte même des noyaux charbonneux qui produit l'excavation. — Il y a deux classes de mines : les mines sèches qui sont poudreuses et causent l'encombrement charbonneux des poumons, et les mines humides qui ne le produisent pas. M. Riembault appuie cette distinction en signalant les résultats des autopsies qu'il a pu faire de chevaux et d'hommes tués d'un coup de grisou dans une mine; la trachée était noire de charbon. Il admet, d'ailleurs, et il l'établit par de nouvelles expériences, que c'est par la voie directe de la respiration que les poussières de charbon, franchissant la glotte, pénètrent jusque dans les cloisons interalvéolaires. Les cas de sidérosis que rappelle M. Proust confirment cette manière de voir. Aussi M. Riembault a-t-il pu par ses autopsies montrer le charbon arrivant dans les bronches, s'y accumulant petit à petit sans causer de troubles sensibles, d'abord envahissant le parenchyme pulmonaire dans toute son étendue et lui donnant des teintes diverses, toujours de plus en plus foncées suivant la durée du séjour dans les houillères ; après six ans les poumons commencent à être teintés, après douze ans ils sont bleuâtres, après seize ans presque noirs, après vingt ans noirs; c'est la limite extrême de la tolérance, car après trente ans ils ont la couleur du charbon et présentent les altérations du catarrhe et de l'emphysème, et après trente-cinq ou quarante ans on ne perçoit presque plus la texture. Trois périodes correspondent aux lésions anatomiques, suivant que la régularité presque complète des fonctions pulmonaires persiste, lorsque le catarrhe et l'emphysème se produisent et lorsqu'ils sont à l'état permanent et se compliquent d'une affection organique du cœur. Il semble qu'il ne faille pas travailler dans les mines plus de dix-huit à vingt ans pour avoir encore des chances de guérison; celle-ci d'ailleurs est difficile à obtenir, on le conçoit; des mesures prophylactiques, telles que l'arrosage des mines, peuvent seules empêcher un peu l'extension trop active de la maladie.

Traitement chirurgical du pied bot varus équin. — Une petite fillette, présentant cette difformité, et qui avait déjà été opérée par un chirurgien, avait été présentée à l'Académie le 7 décembre dernier par M. *Jules Guérin*, qui s'était fait fort de la guérir. Il la représente aujourd'hui, après lui avoir non seulement sectionné le tendon d'Achille, mais encore simultanément les jambiers antérieurs et postérieurs, les longs et courts fléchisseurs des orteils. Il estime que ces diverses opérations, rendues indispensables par la résistance des parties, étaient prévues et commandées par les différentes distributions de la rétraction dans les muscles de la jambe et du pied. De plus, les opérations antérieures ayant déterminé des suppurations et des adhérences cicatricielles, il dut recouper le tendon d'Achille au-dessus et au-dessous du siège des précédentes opérations. Aujourd'hui toutes les complications de la difformité ont disparu et les deux pieds ont recouvré leur régularité normale. M. Jules Guérin fait encore remarquer que le fait de la rétraction musculaire progressive primitive, comme cause du pied bot, tant de fois constestée, continue après la guérison de la difformité à être inscrit dans la forme du mollet, qui reste court et élevé et contraste avec la longueur disproportionnée du tendon d'Achille.

Réactif pour distinguer les ptomaïnes des alcaloïdes végétaux. — Les ptomaïnes (alcalis cadavériques) signalés il y a quelques années par Selmi (de Bologne) peuvent être aisément confondus avec les alcaloïdes végétaux, ce qui peut déterminer de graves erreurs dans les expertises judiciaires, ainsi qu'on l'a constaté plusieurs fois déjà. MM. *Brouardel* et *Boutmy* se sont préoccupés d'obtenir un réactif permettant, dans les longues recherches de médecine légale, de déceler tout au moins immédiatement si l'on est en présence d'un ptomaïne ou d'un alcaloïde végétal. Ce réactif est le cyano-ferride de potassium, qui, mis en présence des bases organiques pures, ou extraites du cadavre après un empoisonnement avéré, ne subit aucune modification, tandis qu'il est, au contraire, ramené instantanément à l'état de cyano-ferrure par l'action des ptomaïnes et devient alors capable de former du bleu de Prusse avec les sels de fer. Le manuel opératoire consiste à convertir en sulfate la base extraite du cadavre, puis à déposer quelques gouttes de la solution de ce sel dans un verre de montre contenant à l'avance une petite quantité de cyanoferride dissous; une goutte de chlorure de fer neutre versée sur ce mélange détermine la formation du bleu de Prusse, si la base isolée est un ptomaïne ; dans les mêmes conditions, les alcaloïdes végétaux ne donnent pas de bleu de Prusse. Jusqu'à présent,

la morphine et la vératrine feraient seules exception à cette règle générale.

Cette communication, faite par M. *Brouardel*, a immédiatement engagé M. *Colin* (d'Alfort) à signaler toute l'importance de la découverte des ptomaïnes, qui, d'après lui, pourraient être fréquemment, bien plus que les microbes ou autres espèces de germes, la cause des accidents septiques et des putréfactions; aussitôt, même en l'absence de M. Pasteur, une très longue et confuse discussion s'est engagée entre plusieurs orateurs, tant au point de vue chimique, qu'au point de vue de la pathologie générale. Nous ne voulons pas essayer de reproduire cette discussion uniquement théorique, qui reprendra dans huit jours à propos d'une importante communication (annoncée) de M. *Béchamp* sur les microzymas, petits ferments (suivant l'étymologie du mot), intérieurs à notre organisme, dont il y aurait 15 milliards dans 1 millimètre cube, et encore dans vingt pancréas de bœufs peut-on, paraît-il, en compter jusqu'à 135 grammes !

Occlusion des orifices auriculo-ventriculaires. — M. le docteur *Rosolimos* (d'Athènes) donne lecture d'un mémoire dans lequel il cherche à démontrer que la théorie du redressement des valvules n'est vraie que chez les solipèdes; la théorie de l'abaissement des valvules n'est exacte que dans son principe; la contraction ne contribue directement, ni en totalité ni en partie, à l'occlusion des orifices; dans l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire droit chez l'homme, la valvule ne reste pas appliquée contre la cloison interventriculaire; le tracé cardiographique s'expliquait aussi bien avec la théorie du redressement qu'avec celle de l'abaissement des valvules, il ne peut servir d'argument en faveur de la théorie du redressement. Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Bouilland, Marey et Marc Sée.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Histoire des applications de l'acide phénique à la chirurgie. — Grenouillette lipomateuse. — Amputation circulaire de la cuisse.

M. *Boinet* lit un travail sur l'histoire de l'acide phénique et de ses premières applications à la chirurgie. Voici les conclusions :

1° Les propriétés désinfectantes et antiseptiques du goudron de houille ou coaltar sont connues depuis longtemps.

2° C'est en 1815 que Chaumette, le premier, signale les bons effets du goudron minéral appliqué à la chirurgie.

3° En 1844, Bayard recommande le coaltar pour la désinfection.

4° Plus tard, Dumas et Liebig indiquent que les acides minéraux entravent la putréfaction.

5° Runge découvre ensuite le phénol, qu'il appelle acide carbolique; Laurent découvre l'acide phénique et ses dérivés.

6° En 1858, Demaux applique le goudron minéral au pansement des plaies fétides; en 1860, Lebeuf invente l'émulsion de coaltar saponiné que Lemaire met en usage. En 1860, l'acide phénique remplace le coaltar, et Lemaire publie en 1863 son deuxième mémoire.

7° Enfin, aux observations de Lemaire sont venues s'ajouter celles de MM. Darrieau et Petit et de plusieurs autres chirurgiens français.

Donc la découverte de l'acide phénique et son application comme antiseptique sont d'origine française et n'appartiennent pas aux Anglais.

M. *Lucas-Championnière* : M. Lister n'a jamais eu la prétention d'avoir employé la premier en chirurgie l'acide phénique; mais les applications dont parle M. Boinet n'ont rien de commun avec la chirurgie antiseptique de Lister.

M. *Verneuil* : L'acide phénique, le drainage, le pansement par occlusion, tout cela existait avant M. Lister, et cependant on ne sauvait pas un amputé de cuisse sur vingt. En prenant chaque point de la méthode antiseptique et en montrant que ces points étaient connus, M. Boinet n'a pas prouvé qu'on faisait alors de la bonne chirurgie antiseptique.

— M. *Monod* présente une grenouillette sublinguale lipomateuse; c'est le cinquième exemple connu dans la science.

— M. *Després* présente une femme à laquelle il a pratiqué l'amputation de la cuisse par la méthode circulaire, il y a dix ans. Le moignon est parfait.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Présentation d'une malade atteinte de gangrène cutanée en plaques d'origine nerveuse : M. Leloir. — Effets de l'insolation sur les chiens : MM. Sallas et Guimaraes. — Action toxique du suc de manioc : M. de Lacerda. — Diagnostic des positions du fœtus par la palpation : M. Budin. — Excitation des racines dorsales rachidiennes : MM. Dastre et Morat. — Altération du tissu adipeux chez le mouton : M. R. Blanchard. — Parasites des glandes sébacées : M. Balzer. — Vaso-dilatation produite par l'asphyxie : M. Laffont.

M. *Leloir* présente une malade qui porte de nombreuses plaques de sphacèle à évolution rapide. L'affection a débuté, il y a trois ans, par une petite plaque rouge à la pommette; depuis ce temps, les plaques se sont succédé sur la face, le cou, le dos et les bras presque sans interruption. L'apparition d'une plaque est précédée d'une sensation de picotement à la peau, puis par la perte de la sensibilité au même point; la rougeur apparaît, et la plaque est constituée au bout de huit à neuf heures. Environ quinze jours après, la plaque se soulève, noircit et se sphacèle, sans qu'il y ait eu aucune bulle de pemphigus, ni aucune ulcération; à la chute de l'eschare succède une cicatrice d'apparence chéloïde.

La maladie, qui a été déjà l'objet de traitements nombreux et variés, continue à évoluer régulièrement; tous les quinze jours, à peu près, apparaît une nouvelle plaque. M. Vulpian, se fondant sur les troubles de la sensibilité qui accompagnent la formation des plaques et sur le tempérament très nerveux du sujet, a diagnostiqué une gangrène cutanée d'origine nerveuse; il fait prendre actuellement à la malade de l'atropine et du chlorure d'or. Sous l'influence de ce traitement, les plaques paraissent être moins grandes et se cicatriser plus rapidement.

M. *Poncet* croit retrouver chez la malade de M. Leloir une des formes de la lèpre, la lèpre lazarine. Il a pu observer au Mexique trois espèces de lèpres : la lèpre léonine, la lèpre tuberculeuse et la lèpre lazarine. Cette dernière espèce de lèpre est caractérisée par la formation rapide de plaques rouges sur la peau, accompagnée d'un léger accès de fièvre. Au Mexique, c'est l'hydrothérapie qui donne les meilleurs résultats dans le traitement de la lèpre, dont elle ne fait que ralentir la marche, car l'affecion est incurable.

M. *Quinquaud* a vu aussi à l'hôpital Saint-Louis des affections léproïdes ayant le même aspect que celle de la malade présentée à la Société. Il croit que l'acide phénique administré intérieurement pourrait modifier avantageusement la marche de l'affection.

— M. *Couty* fait, au nom de MM. *Sallas* et *Guimaraes*, une communication sur les effets de l'insolation brusque sur les chiens. Les auteurs laissaient des animaux exposés au soleil, soit libres, soit attachés. Ils ont constaté que, quelque fût le temps de l'exposition, la température rectale s'élevait

au début de 2 ou 3 degrés sans que la tension artérielle fût modifiée. La chute de cette tension s'observe souvent chez certains chiens qui ont été soumis à une forte chaleur. La paralysie du système vaso-moteur n'est donc pas due à l'action directe de la chaleur, mais elle provient d'une modification des centres nerveux. On observe aussi, chez les animaux en expérience, une diminution de l'excitabilité des nerfs rachidiens et des pneumogastriques; le phénomène suit la même marche que dans l'empoisonnement par le curare.

Un animal qui a été fortement insolé ne tarde pas à succomber, quand bien même on le transporte dans un endroit frais. Les auteurs attirent l'attention sur la différence qui existe entre les effets produits par l'action brusque de la chaleur sur les chiens et les modifications physiologiques qu'amènent, chez ces animaux, les changements de saison.

— M. *Couty* présente une note de M. *de Lacerda* sur l'action du suc de manioc. Les sucs expérimentés ont été retirés de plusieurs espèces de manioc du Brésil. On peut faire prendre à un chien une assez grande quantité de ces sucs sans observer d'accidents toxiques. Le même suc produit des effets très variables suivant les animaux; la mort arrive au milieu de convulsions tantôt régulières et synergiques, tantôt complètement irrégulières; ces convulsions sont toujours accompagnées d'un abaissement de la tension artérielle. M. de Lacerda pense que le suc de manioc est transformé dans l'organisme en différentes substances toxiques produisant des effets différents.

— M. *Budin* rappelle les principes du palper abdominal pour le diagnostic de la position du fœtus; il fait observer qu'il est souvent difficile de trouver le dos du fœtus, et surtout de faire constater sa position par une série d'élèves, le fœtus se déplaçant facilement. Il recommande de fixer avec la main, à travers les parois abdominales, la partie fœtale située dans la partie supérieure de l'utérus, afin d'empêcher les déplacements pendant l'examen.

— M. *R. Blanchard* donne lecture d'une note de MM. *Dastre* et *Morat*. Ces physiologistes ont suivi jusque dans les racines dorsales l'origine des vaso-dilatateurs, poussée déjà jusqu'aux rameaux communiquants des deuxième, troisième, quatrième et cinquième ganglions thoraciques. L'excitation de la racine motrice de l'une de ces premières paires dorsales, la seconde, par exemple, produit la rubéfaction des parois buccales. L'expérience se fait en préparant avec soin la paire nerveuse, sectionnant les racines antérieure et postérieure de manière à pouvoir exciter les bouts périphériques bien isolés, avec tels courants que l'on voudra, sans avoir à craindre de dérivation. Lorsque l'on agit sur la racine motrice, on produit la rubéfaction intense bien connue; lorsque l'on excite la racine sensitive, cet effet ne se produit plus. Ainsi les nerfs vaso-dilatateurs buccaux naissent d'une même région de la moelle avec les nerfs dilatateurs pupillaires, qui leur sont analogues à beaucoup de points de vue, et avec un grand nombre d'autres nerfs vaso-moteurs. Il n'est pas sans intérêt de signaler la localisation de ces nerfs dilatateurs centrifuges dans les racines motrices à l'exclusion des racines sensitives. Quelques physiologistes, en effet, parmi lesquels Stricker, ont affirmé l'existence de nerfs vaso-dilatateurs dans les racines postérieures des nerfs lombaires.

Lorsque l'on a coupé d'un côté les deuxième, troisième, quatrième, cinquième racines dorsales, l'excitation asphyxique ou réflexe de la moelle ne produit plus la dilatation des vaisseaux buccaux, tandis qu'elle le produit du côté opposé où la continuité des filets dilatateurs subsiste. La section contrôle ainsi le phénomène d'excitation.

— M. *R. Blanchard* a eu l'occasion de constater une altération particulière de la graisse chez un mouton dont tout le tissu cutané était rempli de petites taches blanchâtres qui avaient été prises pour des parasites. Ces petites taches ne noircissent pas sous l'influence de l'acide osmique; elles se colorent par le carmin. Les éléments conjonctifs du tissu adipeux ont disparu dans ces taches; elles ne renferment que de grosses cellules remplies d'une substance homogène contenant des aiguilles cristallines. L'analyse chimique de cette substance n'a pu être faite.

— M. *Balzer* a étudié, chez des malades atteints d'acné ancienne, le produit d'excrétion des glandes sébacées. Il y a trouvé des spores rondes nucléées rappelant celles de la pelade; des spores plus petites, en grande quantité, identiques à celles que M. Malassez a décrites dans le *pytiriasis capitis;* et enfin des micrococcus de forme très variable. Les mêmes parasites s'observent aussi dans les comédons d'individus sains.

Les spores décrites par M. Malassez sont douées de mouvements et paraissent être simplement de gros micrococcus.

— M. *Laffont*. La dilatation des vaisseaux qui s'observe pendant l'asphyxie n'est pas due à une paralysie des nerfs vaso-constricteurs, car il suffit d'exciter les nerfs de la région hyperhémiée pour faire cesser la dilatation. La pâleur des muqueuses, qui s'observe au début de l'asphyxie, du côté où le cordon vago-sympathique est intact, montre qu'il y a, dans ce cas, excitation des centres moteurs.

Sur un chien, M. Laffont coupe d'un côté le cordon vago-sympathique, le nerf maxillaire supérieur et le nerf buccal; au moment de l'asphyxie, on observe encore la rougeur des muqueuses de ce côté. Sur un autre animal, préparé de la même manière, on coupe le nerf lingual, l'asphyxie provoque encore une vaso-dilatation très nette. M. Laffont conclut de ses expériences que le sang asphyxique provoque la dilatation des vaisseaux en agissant sur les centres nerveux intravasculaires.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Traitement des roideurs articulaires : M. Dally. — Appareil à inhalatione nasales : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Dally* croit devoir signaler les inconvénients des mouvements forcés, imprimés aux articulations enroidies à la suite de contusions ou de fractures des extrémités osseuses. Ces roideurs articulaires, ordinairement accompagnées d'atrophie plus ou moins marquée des muscles du membre, sont presque toujours soumises à un massage mal entendu qui consiste à faire exécuter à la jointure des mouvements brusques et forcés dans tous les sens; ce procédé irrationnel détermine de vives douleurs et amène parfois de la contracture musculaire qui augmente la déformation et l'impotence que l'on avait en vue de guérir. Depuis longtemps, M. Dally s'occupe du traitement de ce genre d'affections et il formule ainsi le mode opératoire qu'il convient d'employer : on ne doit imprimer à l'articulation que des mouvements lents et doux, sans jamais chercher à rompre des adhérences, souvent problématiques; en même temps, on doit combattre l'atrophie musculaire par les courants continus et non par la faradisation, qui ne donne que de mauvais résultats, et aussi par l'emploi des douches froides. Ces douches sont le plus souvent prescrites d'une façon défectueuse; on ne doit pas recourir à la douche en pluie, qui est de toutes la plus douloureuse et la moins efficace, mais bien à la douche en jet, dont la durée, comprise entre cinq à dix secondes, ne devra jamais dépasser vingt-cinq à trente secondes. Ces moyens thérapeutiques ont fourni, entre les mains de M. Dally, des résultats rapides et des guérisons complètes, dans plusieurs cas contre lesquels les procédés ordinaires avaient échoué jusque là. De plus, M. Dally a observé une jeune fille chez laquelle on avait diagnostiqué, à la suite d'un examen pratiqué pendant le sommeil chloroformique, une pseudo-coxalgie hystérique : le membre malade avait pu être facilement ramené,

pendant l'anesthésie, de la demi-flexion permanente à l'extension complète, et l'intégrité de l'articulation de la hanche avait paru évidente; cette malade présente aujourd'hui une flexion totale de la cuisse et de la jambe et des signes non douteux d'arthrite coxofémorale avec subluxation. Il pense donc que l'anesthésie par le chloroforme constitue un procédé d'exploration dont les résultats n'offrent aucune certitude au point de vue du diagnostic des affections articulaires, et que les manœuvres opérées pendant le sommeil peuvent amener une exacerbation consécutive des symptômes fonctionnels de la maladie.

M. *C. Paul* fait observer que la thérapeutique doit varier suivant la cause des roideurs articulaires. S'il s'agit d'exsudats consécutifs à un traumatisme, on retirera d'excellents effets du massage méthodique, par pressions exercées parallèlement à la circulation veineuse; lors des roideurs d'origine ligamenteuse, on devra joindre au massage l'extension lente et progressive; enfin, s'il existe des rugosités des surfaces de frottement, les mouvements provoqués et exercés en tous sens amèneront, ainsi que l'a montré Boinet, une sorte de polissage des surfaces articulaires qui rétablira, au moins en grande partie, l'intégrité des mouvements spontanés; quant à l'atrophie musculaire, si la contractilité est conservée, la faradisation détermine une gymnastique du muscle dont les résultats sont rapidement appréciables; si, au contraire, le muscle n'est plus sensiblement électro-excitable, on devra recourir au courant de la pile fréquemment interrompu, et non pas au courant continu, car c'est au moment de l'ouverture et de la fermeture du courant que se produit l'action thérapeutique la plus manifeste : on aura soin, en outre, d'appliquer le pôle négatif sur le nerf qui se rend au muscle atrophié, ou sur ce muscle lui-même au voisinage du point de pénétration du nerf. — Les douches froides ne sont pas les seules qui réussissent dans les cas en question; à Bourbonne-les-Bains, on emploie avec succès les douches chaudes, à 36 degrés, sous forte pression et prolongées pendant environ dix minutes. En ce qui concerne l'emploi de l'anesthésie par le chloroforme dans le diagnostic des affections articulaires, M. C. Paul est d'un avis tout opposé à celui de M. Dally; il pense que c'est là, entre des mains expérimentées, un précieux moyen d'exploration qui donne de très utiles renseignements. Le redressement forcé ne s'adresse d'ailleurs qu'aux déviations dont la cause siège dans les organes passifs et non à celles qui résultent d'une contracture musculaire.

M. *Dally*, tout en persistant à repousser la faradisation, qui, pour lui, détermine une irritation nocive des centres trophiques, est entièrement de l'avis de M. C. Paul au point de vue de l'emploi du courant de la pile, c'est ce mode d'électrisation qu'il voulait désigner en employant le terme de courants continus. Mais quant à l'emploi du chloroforme pour l'exploration des affections des jointures, les faits qu'il a observés l'obligent à le déclarer infidèle et dangereux.

M. *C. Paul* reste convaincu que, si la condition d'électro-excitabilité du muscle est remplie, la faradisation donnera des résultats plus rapides et plus appréciables que les courants de pile et surtout que les courants continus, dont les effets sont si lents et difficiles à suivre.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente à la Société, au nom du docteur Feldbausch (de Strasbourg), un appareil à inhalations de vapeurs médicamenteuses par la voie nasale. Cet instrument se compose de deux petits cylindres en celluloïde réunis par une mince traverse à l'une de leurs extrémités; à l'intérieur de chaque cylindre se trouve, appliquée contre la paroi, une couche d'un papier absorbant destiné à être imprégné du liquide dont on veut faire inhaler les vapeurs. Le malade introduit chaque cylindre dans une narine et dès lors l'air inspiré par le nez se charge, en traversant le petit appareil, d'une certaine quantité de principes médicamenteux. Cet inhalateur pourrait rendre des services dans le traitement de l'ozène.

M. *E. Labbé* a retiré de très bons effets, dans certains cas d'ozène, de l'emploi de l'iodure de potassium à haute dose. Il faut administrer ce médicament à la dose de 3 grammes au moins en une fois et ne le donner qu'un seul jour; on peut d'ailleurs recommencer ce traitement au bout de quelques jours. Une abondante sécrétion nasale s'établit, les mucosités concrètes sont entraînées, les vertiges et les maux de tête, qui résultent de la réplétion des sinus frontaux, disparaissent, et bientôt la mauvaise odeur cesse complètement. M. E. Labbé insiste sur l'existence de vertiges symptomatiques d'accumulation des mucosités du coryza chronique dans les sinus frontaux; on pourrait nommer ces phénomènes nerveux *vertigo a naso læso*.

M. *Ferrand* a recueilli cinq à six observations d'ozène dont il a obtenu la guérison par l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur combiné avec les injections d'eau chloralée dans les fosses nasales.

M. *C. Paul* croit qu'il faut distinguer avec soin différentes affections des fosses nasales confondues trop souvent sous le nom d'ozène. On peut avoir affaire à un coryza chronique de la pituitaire dont le mucus s'épaissit, se concrète dans les méats et répand une odeur plus ou moins désagréable : cette maladie cédera facilement à l'emploi de l'iodure de potassium, ainsi que l'a observé M. E. Labbé. Mais l'ozène vrai, de nature scrofuleuse, avec ulcérations de la muqueuse et lésions osseuses, est loin de guérir aussi facilement; on devra employer dans ce cas les injections sulfureuses. Entre ces deux extrêmes, viennent se ranger une foule d'affections dartreuses de la muqueuse pituitaire qui coïncident ou alternent avec des manifestations cutanées de même nature et sur lesquelles a insisté M. N. Gueneau de Mussy : dans ce cas encore, la guérison est parfois difficilement obtenue.

M. *E. Labbé* reconnaît toute la justesse de la distinction établie par M. C. Paul, mais il pense que l'iodure de potassium sera utilement employé même dans l'ozène vrai; on devra seulement l'administrer à doses plus faibles et d'une façon continue.

— A cinq heures et demie, la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Emploi de l'huile de ricin en frictions, par le docteur J. Mac Nicoll.

Dans un cas de néphrite aiguë chez un enfant de cinq ans, dit l'auteur, je désirais agir énergiquement sur les intestins; j'avais épuisé la liste des potions et boissons, l'enfant luttant sans cesse contre toute tentative d'injection; je prescrivis l'onction avec la main chaude sur l'abdomen, avec 10 grammes d'huile de ricin. Cinq heures après se produisait une première action de l'intestin, et dans le reste du jour deux autres selles survinrent rapidement. Le docteur Binger, dans la dernière édition de sa thérapeutique, ne paraît pas croire à la possibilité de l'action de l'huile ainsi administrée. Mais, après cet essai, je suis convaincu de cette action et n'hésiterai pas à l'employer dans les cas où les malades souffrent de ces horribles nausées que provoque quelquefois l'ingestion de l'huile de ricin (*British Medical Journal*, octobre 1880).

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique thérapeutique, par le docteur Dujardin-Beaumetz, 2e série, 1er fascicule. — Paris, Doin, 1881.

Ces leçons comprennent les maladies du foie et des reins. Suivant la méthode qu'il a adoptée dans ses publications précédentes, l'auteur, avant d'aborder l'enseignement thérapeutique proprement dit, résume rapidement les notions principales sur la structure et les fonctions des organes qu'il doit étudier, relatant les découvertes les plus récentes et appuyant principalement sur les recherches expérimentales.

Si on connaît aujourd'hui d'une façon assez satisfaisante l'action des médicaments sur la sécrétion biliaire, on ignore à peu près complètement leur influence sur la fonction glycogénique. Quant à ce qui concerne la sécrétion de l'urée, les travaux de Murchison et de Brouardel, ceux de Sinety et de Martin ne concordent pas assez dans leurs résultats pour servir de base à une étude thérapeutique.

Le passage des substances médicamenteuses à travers le foie, les modifications qu'elles y subissent, ont été dans ces derniers temps l'objet de recherches fort intéressantes, grâce auxquelles on peut se rendre compte de la différence si marquée qui existe entre l'effet des médicaments et en particulier de certains alcaloïdes suivant qu'ils sont introduits par la bouche ou administrés par la voie hypodermique. La glande hépatique détruit complètement ou conserve pendant un temps plus ou moins long la plupart des alcaloïdes, d'où les dangers de l'accumulation des doses que Gubler a, l'un des premiers, signalés. M. Dujardin-Beaumetz indique à cette occasion une étude encore à faire de l'influence des maladies du foie et en particulier de celles qui détruisent la cellule hépatique sur l'action des alcaloïdes ingérés dans les voies digestives.

L'étude des médicaments cholagogues est particulièrement digne d'intérêt. L'action de ces médicaments a été soumise depuis quelques années à des expériences fort rigoureuses et qui ont pu modifier jusqu'à un certain point les idées généralement admises sur les propriétés cholagogues de certaines substances. Sur des animaux curarisés et soumis à la respiration artificielle, on vide la vésicule biliaire et on lie le canal cystique. On introduit alors des doses rigoureusement mesurées de différents médicaments dans l'estomac ou l'intestin et on compte le nombre des gouttes de bile qui s'écoulent dans un temps donné (procédés de Rohring, de Rutherford, de Vignal). Un des résultats les plus inattendus de ces expériences a été de déposséder le calomel de toute influence directe sur la secrétion biliaire. Il y a à cet égard un désaccord complet entre les expérimentateurs et les cliniciens, à moins qu'on n'admette avec Murchison que le sel mercuriel augmente l'excrétion biliaire en excitant les contractions des conduits excréteurs, sans agir sur la sécrétion proprement dite.

On a pu expérimenter de cette manière l'action de certains médicaments peu connus : l'évonymine, l'iridine, la juglandine, etc., sur lesquels le docteur Davet a donné le premier une bonne étude dans sa thèse (1880). Le salicylate de soude joindrait à ses propriétés déjà connues celle d'activer énergiquement la sécrétion biliaire.

Tout en rendant justice à l'intérêt de ces expériences, M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer avec raison qu'il faut, pour conclure à un résultat thérapeutique, qu'elles s'accordent avec les données de l'observation clinique qu'elles contredisent en plusieurs points.

Dans le traitement de la lithiase biliaire, on doit surtout considérer l'action des médicaments sur les voies biliaires et sur les calculs eux-mêmes. On sait aujourd'hui que les canaux excréteurs de la bile sont des conduits fibro-musculaires; doués par conséquent de contractions plus ou moins énergiques. Quant aux calculs, ils sont formés dans la majorité des cas de cholestérine et de pigments biliaires. La cholestérine, que l'on considère aujourd'hui comme un produit de désassimilation de la substance nerveuse, peut s'accumuler sous l'influence d'excitations répétées. Quand la bile s'acidifie par l'effet d'une alimentation trop animalisée, la cholestérine tendra également à se déposer. De ces diverses observations découlent les principales indications du traitement de la lithiase biliaire. Au spasme des conduits on opposera l'emploi du chloroforme, de l'éther, des injections hypodermiques de sels de morphine. Le repos, le régime végétal, l'administration des alcalins, des eaux de Carlsbad, de Vichy diminueront l'excès de cholestérine. L'exercice activera la combustion des matières grasses.

Dans le chapitre consacré aux différentes variétés d'ictère, qu'il soit dû à l'obstruction des conduits biliaires ou à l'altération du sang, l'auteur insiste sur les différentes théories qu'on a données de ce symptôme et les discute successivement. Nous ne relevons rien de nouveau sur les indications thérapeutiques. La diète lactée y est recommandée avec raison comme une médication applicable à la plupart des cas. L'action des purgatifs et des diurétiques est également justifiée.

Quant à l'ictère grave, sa nature et sa cause étant absolument inconnues, on en est réduit à une médication purement symptomatique.

Les dernières leçons sont consacrées à l'étude des engorgements du foie, des dégénérescences diverses, des congestions aiguës et chroniques. Dans ces derniers cas, l'auteur insiste avec raison sur l'action si remarquable du calomel, justifiée par une expérience plus que séculaire. Il donne un exposé critique des divers procédés employés pour évacuer les collections liquides qui peuvent se former dans le tissu hépatique, et en particulier les abcès du foie. Ces méthodes ou procédés sont lents ou rapides. Les pansements de Lister, l'emploi du cautère Paquelin expliquent la préférence qu'on donne aujourd'hui aux procédés rapides sur la méthode beaucoup plus lente de Récamier. Toutefois, le choix du procédé est subordonné à la nature de la collection. On n'interviendra pas de la même façon en face d'un abcès qui menace de s'ouvrir à l'extérieur, ou d'un kyste indolent à l'égard duquel on pourra temporiser sans inconvénient.

L'étiologie et la nature des inflammations chroniques du foie, des différentes variétés de cirrhoses, sont l'objet de considérations intéressantes d'où découlent les diverses indications thérapeutiques relatives à ces maladies.

Avant d'aborder le traitement des affections rénales, M. Dujardin-Beaumetz résume brièvement l'anatomie et la physiologie des reins, étudie la composition de l'urine, les différentes méthodes d'analyse applicables au dosage de ses éléments et de l'urée en particulier; l'élimination par la voie urinaire des différentes substances médicamenteuses, les lois qui président à cette élimination, les dangers qui résultent de la non-élimination.

Le traitement de la lithiase urinaire comprend deux parties, suivant qu'il s'agit de la lithiase elle-même ou des accidents qu'elle peut entraîner. L'auteur expose les médications qui conviennent aux diverses variétés de gravelle, insistant sur le mode d'action des alcalins, dont l'effet n'est pas, comme on l'a cru longtemps, de neutraliser l'acide urique; mais bien d'activer les phénomènes d'oxydation à l'aide desquels cet acide peu soluble se transforme en urée soluble. On peut retirer des avantages considérables d'eaux faiblement minéralisées, mais facilement acceptées et pouvant provoquer une diurèse très active.

La complication la plus habituelle de la lithiase est la colique néphrétique, qui donne lieu aux mêmes indications que la colique hépatique : éther, chloroforme, injections hypodermiques. L'hématurie, la pyélite, les abcès néphrétiques, peuvent en être la conséquence. Dans les cas où les reins, ou plutôt les bassinets, obstrués par des calculs que rien ne peut détacher, s'enflamment et deviennent l'origine de

graves accidents, on a proposé d'enlever le rein lui-même ou d'aller directement chercher le calcul dans le bassinet, opération faite récemment avec succès par M. Le Dentu.

Le traitement des néphrites est un des points les plus délicats de la pathologie rénale. Quand la néphrite est aiguë, les émissions sanguines locales, les boissons émollientes, la diète lactée surtout, suffisent dans la plupart des cas. Dans les néphrites chroniques, les difficultés sont tout autres. On doit d'abord déterminer avec précision la nature de la néphrite à laquelle on a affaire. Une néphrite épithéliale simple, comme on la rencontre dans la fièvre typhoïde, dans la pneumonie, n'a aucune gravité. Mais il n'en est plus de même quand on veut traiter une néphrite parenchymateuse ou une néphrite interstitielle. Cette dernière forme a une physionomie particulière. Anatomiquement caractérisée par la sclérose du rein et la dégénérescence générale des vaisseaux, elle se traduit par le peu de densité des urines, la variation dans l'abondance de l'albumine, et souvent l'absence de l'œdème. L'aspect anatomique et clinique de la néphrite parenchymateuse est différent. Ses lésions sont celles de la maladie de Bright proprement dite. Les urines sont rares et contiennent des flots d'albumine, l'œdème est considérable, etc.

Les médications se partagent en deux grandes classes, suivant qu'on a simplement pour but de combattre les principaux symptômes ou qu'on a la prétention d'atteindre la cause elle-même.

M. Dujardin-Beaumetz passe en revue toutes ces médications, et elles sont nombreuses. En terminant il précise autant que possible les indications, qui varient suivant les renseignements donnés par la composition des urines, l'ancienneté de la maladie, etc.

En dehors des médications les plus habituellement prescrites : purgatifs, diurétiques, sudorifiques dans certains cas, astringents et toniques dans d'autres, il insiste avec raison sur l'influence du régime. La diète lactée est une médication de premier ordre. Les inhalations d'oxygène peuvent également rendre de grands services. La nécessité de rétablir et d'entretenir les fonctions cutanées justifie l'emploi des bains de vapeur, de l'hydrothérapie; moyens qui doivent être très surveillés et qu'une simple négligence peut rendre très offensifs.

BLACHEZ.

VARIÉTÉS

LA PESTE EN MÉSOPOTAMIE.

L'administration sanitaire ottomane a publié, en date du 10 avril, le communiqué officiel suivant :

Quelques journaux de la capitale, *sur de prétendus renseignements privés*, viennent de publier des articles alarmants concernant la peste de la Mésopotamie. La vérité est que l'épidémie affecte une marche relativement violente par rapport au chiffre de la population des localités atteintes, mais elle n'a pas franchi les cordons militairement organisés pour la contenir dans le cercle de ses foyers d'origine.

La peste sévit dans le district de Chamieh, au nord de l'Euphrate le long du canal Indié-Kuffé. La ville de Nedjeff en est le centre rayonnant sur quelques villages voisins et sur des fractions de tribus campées dans le territoire adjacent.

Le service d'isolement local est strictement surveillé, et s'il a été jugé opportun, dès le début de la peste dans ces parages, d'organiser des quarantaines plus éloignées, à Bassorah, à Damas, à Alep, ce n'est que pour offrir une plus grande somme de sécurité par rapport à la Syrie, et pour épargner à la navigation de la mer Rouge et de la Méditerranée de grands préjudices que des mesures extrêmes n'auraient pas manqué de lui infliger, comme à l'époque de la peste d'Astrakhan.

Il serait fâcheux que des publications exagérées et des raisonnements mal fondés aboutissent à un pareil résultat.

Le journal *le Temps*, du 20 avril, fait suivre ce communiqué des remarques suivantes :

La situation est bien telle que l'indique ce communiqué. Les limites exactes des constatations des cas de peste et de son action comprennent les tribus s'étendant du nord au sud, le long et à l'ouest du lac de Nedjeff à Chenafieh ; à l'est, elle a été constatée jusqu'à Kuffé ou Kouffa. Elle sévit dans cette contrée avec une grande intensité. Ainsi, dans la ville de Nedjeff, il y a eu le 27 mars 41 attaques et 31 dé...; le 29, 49 attaques et 42 décès. A Kuffé, néanmoins, elle est en décroissance. Elle fait des ravages parmi les tribus qui campent au nord de Chamié, notamment à Ankoucha et Hamédat. La crainte la plus sérieuse du moment est qu'elle ne se propage à l'immense tribu des Beni-Hassan, qui compte 40 000 tentes ou huttes.

Le service sanitaire est bien organisé, et l'on n'a aucune raison vraiment motivée de s'inquiéter pour la Mésopotamie du nord et la Syrie.

De notre côté, nous recevons de notre correspondant de Sulina (Bouches du Danube) une nouvelle lettre dans laquelle il fait remarquer que, selon des indications données par *le Temps* lui-même dans son numéro du 14 avril, l'épidémie avait franchi les cordons sanitaires. Notre correspondant ne tire, du reste, de cette contradiction au moins apparente d'autre conséquence que la nécessité sur laquelle il a déjà insisté dans la *Gazette hebdomadaire*, « d'enlever aux publicistes tout prétexte d'user de renseignements prétendus privés et inexacts en leur fournissant des renseignements officiels. » Il faudrait mettre au moins à leur disposition, « chaque semaine, par exemple, un relevé comprenant le nom des localités atteintes, le chiffre de leurs habitants et le nombre total des décès. »

Nous devons cependant faire remarquer que, d'après une nouvelle correspondance du *Temps* (12 mai), l'épidémie restait circonscrite dans les deux districts de Chamié et de Nedjeff.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Le jury du concours qui s'ouvrira le jeudi 19 mai 1881, pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central, est ainsi composé : MM. Verneuil, Le Fort, Polaillon, Marc Sée, Périer, Delens, Fernet. Si cette liste subit quelque modification, nous en informerons nos lecteurs. Les candidats inscrits au nombre de dix-huit sont, par ordre alphabétique : MM. Bazy, Campenon, Cartaz, Duret, Garnier, Henriet, Jullien, Kirmisson, Laugier, Lebec, Nélaton, Nepveu, Petit, Prengrueber, Reynier, Schwartz, Segond et Valtat.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Deux nouveaux journaux viennent de paraître, qui se recommandent autant par la spécialité de leur objet que par la compétence et le talent de leurs fondateurs.

L'un, qui a pour titre : *l'Encéphale*, est dirigé par M. le professeur Ball et M. J. Luys, membre de l'Académie de médecine, et a pour secrétaire de la rédaction M. Ernest Chambard. Ce titre est déjà celui d'un journal anglais; mais le journal français, au contraire du premier, accordera plus d'importance aux questions de clinique qu'aux questions de physiologie. Quant à l'esprit de la rédaction, elle est résumée, dans l'*Avant-propos*, par ces trois mots : *impartialité, esprit pratique, scepticisme*, la dernière expression signifiant « cette vertu négative » de l'esprit qui apprend à ne laisser passer sans contrôle ni un fait, ni une idée. *L'Encéphale* paraît chez G. Masson, par cahiers trimestriels de 125 pages, avec planches hors texte. La composition du premier numéro est excellente, surtout en ce qui concerne les *travaux originaux*, dus à la plume de MM. Ball, Luys, Chambard et Régis. — Le second journal a pour titre : *la Revue militaire de médecine et de chirurgie* (chez Berger-Levrault), et est fondé par M. le docteur Delorme, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Il sera spécialement consacré à vulgariser les travaux de chirurgie de guerre, d'épidémiologie, d'hygiène et de médecine légale militaires, et répond à un besoin imposé aujourd'hui par le progrès des sciences spéciales. Ce journal remplacera bientôt, dans toutes les bibliothèques, le *Recueil officiel*, que, par une singulière négligence, on n'a jamais songé à enrichir de revues critiques, ou de résumés analytiques des travaux étrangers, que l'on envoie à tous les médecins de l'armée, mais qu'on se garde bien de communiquer aux journaux périodiques ou aux Sociétés savantes. Le premier numéro de ce nouveau journal contient une

étude de M. le docteur Delorme sur les modifications imprimées à l'armement, un travail de M. Rigal sur les accidents de la guerre des mines, une revue analytique de M. Delorme sur les résections articulaires, une autre de M. Du Cazal sur la trichine et la trichinose, des revues analytiques et bibliographiques, enfin un état des nominations et mutations dans le personnel du corps de santé.

Conseil municipal de Paris (séance du 3 mai). — *Écoles d'infirmiers.* — M. Bourneville donne lecture d'un rapport concluant à inscrire en recettes et en dépenses, au budget de l'Assistance publique, une somme de 73 613 francs pour diverses subventions accordées par la Ville pour les écoles d'infirmiers et d'infirmières laïques de la Pitié, de Bicêtre et de la Salpêtrière, les bibliothèques médicales des hôpitaux de Paris, etc.

La commission propose, en outre, de décider que les écoles d'infirmiers et d'infirmières porteront le nom d'écoles *municipales* d'infirmiers et d'infirmières, et d'inviter l'administration à admettre aux exercices pratiques, par séries, les élèves externes qui suivent les cours de la Salpêtrière et celles qui suivront les cours professionnels de l'école de la Pitié. — Sur la demande de M. Georges Martin, la discussion est ajournée.

— MM. les docteurs Bourneville, Thulié, etc., ont déposé, dans l'une des dernières séances du Conseil municipal, une proposition pour la création de deux écoles dispensaires dans deux des arrondissements les plus populeux de Paris.

Nécrologie. — C'est avec une douloureuse émotion que nous apprenons la mort de notre pauvre ami Jarry, interne à l'hôpital de la Charité. Deux mots suffiront pour faire comprendre l'étendue de la perte que vient encore de subir l'internat, si cruellement éprouvé dans ces dernières années. Dès son arrivée à Paris, en 1879, Jarry était reçu troisième à l'externat. Peu après, il contractait la diphthérie dans le service de M. Parrot, en opérant un enfant atteint de croup; il n'échappait aux étreintes de la maladie, qui avait présenté chez lui le caractère le plus alarmant, que pour voir succomber à cette terrible affection sa mère, venue pour lui prodiguer ses soins. Pendant trois mois il eut à lutter contre une paralysie diphthérique qui inspira les plus vives inquiétudes; mais, malgré ses souffrances, il continuait à travailler, et à la fin de l'année, dès son premier concours, il était proclamé le premier sur la liste de l'internat. Intelligence hors ligne, infatigable puissance de travail, tout lui assurait un avenir brillant; nature loyale, généreuse, il n'avait que des amis. Il y a quelques jours il était frappé d'un rhumatisme aigu qui se compliquait bientôt de manifestations cardiopulmonaires; et aujourd'hui de ces espérances si légitimes il ne reste qu'un souvenir bien triste pour tous ceux qui l'ont connu, que le désespoir d'un père, frappé dans ses dernières affections.

L. Dreyfus-Brisac.

— Le 26 avril dernier est décédé à Paris le docteur Paul Duchemin (né à Tours), ancien externe des hôpitaux, âgé seulement de vingt-huit ans. Après une cruelle maladie, la mort est venue briser un avenir assuré par de sérieuses études faites sous la direction des professeurs Potain, Guyon, Després, Gouraud, Saint-Germain et Campenon. Doué d'une nature généreuse et sympathique, le docteur Duchemin emporte les regrets de ses clients et de ses nombreux amis, que cette fin prématurée a profondément émus.

— Enfin nous avons le regret d'annoncer la mort du fils de notre éminent confrère M. le docteur Leudet, directeur de l'École de médecine de Rouen.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur A. Legroux, agrégé, suppléant M. le professeur Peter, a commencé le cours de pathologie interne, le samedi 7 mai 1881, ainsi que les mardis, jeudis, samedis suivants, à trois heures. (Fièvres intermittentes, fièvres éruptives, maladies zymotiques, etc.)

— M. le professeur Brouardel a commencé son cours de médecine légale le lundi 2 mai 1881, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine; il le continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure. — Cours pratique à la Morgue les mercredis, à deux heures, et les mardis et samedis, à quatre heures.

Collège de France. — *Cours de médecine :* M. Brown-Séquard a commencé le cours du second semestre, le mardi à trois heures; il traite des *localisations encéphaliques au double point de vue de la physiologie et de la clinique.* Des démonstrations expérimentales seront faites le jeudi et le samedi à la même heure.

Hôpital des Enfants malades. — M. le docteur Bouchut continuera ses leçons cliniques le mardi 17 mai, à huit heures et demie du matin, et les continuera tous les mardis, à la même heure.

École pratique. — *Application médicale, chirurgicale et obstétricale de l'électricité.* — M. le docteur Apostoli a commencé son cours le mercredi 11 mai, à deux heures, amphithéâtre n° 3, pour le continuer les mercredis suivants, à la même heure.

Hôpital de Lourcine. — M. le docteur Gouguenheim commencera son cours de laryngologie et de syphiligraphie le jeudi 19 mai, qui continuera les lundis et jeudis suivants, à neuf heures un quart. — Prière à MM. les étudiants de se munir d'une carte d'entrée auprès du directeur de l'hôpital.

Cours sur les maladies mentales et la structure du cerveau. — M. Luys ouvrira ce cours à la Salpêtrière à partir du dimanche 15 courant, à neuf heures un quart.

Asile Sainte-Anne. — Le docteur Chambard, chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, reprendra ses conférences d'anatomie normale et pathologique du système nerveux le samedi 14 mai, à dix heures, à l'amphithéâtre de la clinique, et la continuera les samedis suivants à la même heure.

Mortalité a Paris (18e semaine, du vendredi 29 avril au jeudi 5 mai 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1137, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 40. — Variole, 21. — Rougeole, 26 — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 46. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 64. — Phthisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 54. — Bronchite aiguë, 36. — Pneumonie, 80. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 44; au sein et mixte, 26; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 111; de l'appareil circulatoire, 64; de l'appareil respiratoire, 90; de l'appareil digestif, 54; de l'appareil génito-urinaire, 19; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulations et muscles, 12. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 3. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 5.

Bilan de la 18e semaine. — Nous avons eu cette semaine 1137 décès : c'est à peu près le chiffre constaté pour la semaine précédente. Par suite, la mortalité reste très élevée (29,73 pour 1000). Il est vrai, et nous ne saurions trop le rappeler, que le recensement de 1876, d'après lequel elle est calculée, va bientôt être remplacé par un nouveau dénombrement, qui, en accusant exactement l'accroissement de la population parisienne pendant ces cinq dernières années, permettra de rectifier ce que ce coefficient mortuaire a aujourd'hui d'exagéré.

Si les chiffres de certaines affections épidémiques ont décru, ainsi que nous le constatons pour la diphthérie, descendue de 57 à 46 décès, et les affections puerpérales (2 au lieu de 6), quelques autres ont progressé. Ce sont notamment la fièvre typhoïde, qui de 27 décès, chiffre de la 17e semaine, s'est élevé à 40 cette-ci.

Les quartiers les plus frappés par les affections que nous venons de citer sont : pour la fièvre typhoïde, les 17e, 19e et 20e, c'est-à-dire le Ve arrondissement presque tout entier; pour la variole, le quartier de Clignancourt (3 décès) et les quartiers limitrophes de l'hôpital Saint-Louis et des Folie-Méricourt, qui ont fourni chacun 2 décès. La diphthérie a occasionné 3 décès dans le quartier du Val-de-Grâce et 3 dans celui des Grandes-Carrières. La rougeole paraît avoir surtout sévi dans le quartier des Épinettes, qui compte à lui seul 5 décès; en outre, les avis de cas d'invasion de cette maladie dénoncent ce quartier comme étant encore un des plus atteints.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie Émile Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 19 mai 1881.

Séance de l'Académie de médecine.

On lira avec le plus vif intérêt, au *Bulletin de l'Académie*, le résumé du rapport de M. Villemin sur les résultats obtenus par la commission nommée pour reproduire et interpréter les expériences faites par M. Pasteur, ainsi que les conclusions si remarquables qu'il en avait déduites. On y verra que ce second rapport confirme de tous points, de même que le premier rapport lu dans la séance du 8 février dernier, tous les faits annoncés par M. Pasteur. Les dépôts obtenus par le lavage de terres provenant de fosses d'animaux charbonneux enfouis depuis plusieurs années ont été inoculées à des cobayes, et tous les animaux inoculés sont morts, quelques-uns charbonneux, le plus grand nombre septicémiques. Le lavage d'une terre vierge n'a rien produit. M. Colin a demandé la parole pour contredire les conclusions de ce rapport. Nous attendons les objections qu'il y pourra faire. Mais, avec tous ceux qui ont souci de voir l'autorité et l'influence de l'Académie de médecine s'affirmer aux yeux du monde savant par l'importance des communications qui lui sont faites, nous devons regretter une fois de plus que, blessé par le ton et l'insuffisance des objections qui lui étaient adressées, M. Pasteur ait cru devoir renoncer provisoirement à prendre part aux délibérations de l'Académie. La communication de M. Béchamp, si bien présentée qu'elle ait été, si intéressante même au point de vue de la philosophie médicale, est cependant passible d'un grand nombre d'objections. Elle a été déjà combattue par M. Colin à l'aide d'arguments dont nous ne contestons point la valeur. Mais nous sommes convaincu que si M. Pasteur avait voulu discuter, avec sa précision et sa clarté habituelles, la théorie des microzymas, sa parole si autorisée aurait dissipé bien des obscurités, et entraîné la conviction de tous ses confrères et peut-être celle de M. Béchamp lui-même.

Diphthérie maligne. Traitement par la pilocarpine.

On trouvera plus loin le résumé d'une très intéressante observation de diphthérie communiquée par M. le docteur Lereboullet à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux. Dans les commentaires dont il l'a fait suivre, il a insisté sur les difficultés que l'on éprouve à juger une médication lorsqu'on se trouve aux prises avec une maladie aussi variable, quant à ses suites immédiates ou lointaines. La diphthérie maligne, et c'est certainement à l'une des formes les plus graves de la maladie que s'était attaqué notre confrère, tue rarement par le croup lorsqu'elle atteint un enfant de onze ans. L'infection générale de l'organisme et la débilité progressive causée par l'inanition, doivent surtout être combattues. A ce point de vue les pulvérisations phéniquées incessamment renouvelées, les lavages à l'eau phéniquée, les lavements d'acide phénique ont été sans doute non moins utiles que les lavements de peptone. Mais la malade traitée par M. Lereboullet a été atteinte au sixième jour de la maladie de deux accès de croup sur la nature et la gravité desquels il était impossible de se méprendre. C'est pour parer à ces accidents que les injections de pilocarpine ont été pratiquées. La médication instituée dans ce but paraît avoir bien réussi. M. Lereboullet fait remarquer qu'aux doses employées (10 à 15 milligrammes par jour) le médicament n'a point provoqué de sueurs et qu'il n'a déterminé qu'une salivation très abondante accompagnée de l'expulsion des fausses membranes. Il constate que l'inappétence et la faiblesse que l'on pouvait redouter après ces injections sous-cutanées ne se sont pas montrées. La médication paraît donc inoffensive dans la période grave de la diphthérie. Nous espérons qu'elle parviendra, dans d'autres cas analogues à rendre d'aussi grands services. Tout en nous associant aux dernières conclusions de M. Lereboullet lorsqu'il insiste sur l'importance qu'ont en pareils cas la docilité de la malade, l'intelligent dévouement des parents et la continuité des soins; nous croyons que l'enfant a dû la vie dans cette circonstance à l'heureuse initiative de son médecin, et que la salivation abondante qu'il pût déterminer, a favorisé l'expulsion des produits membraneux et donné du temps pour relever les forces épuisées de la malade.

Depuis la communication de M. Lereboullet, l'enfant a présenté des accidents graves de toute autre nature, mais qui paraissent étroitement liés à l'intoxication diphthéritique.

Au vingt-cinquième jour de la maladie, et le lendemain même de la séance où M. Lereboullet faisait sa communi-

cation, la malade était prise d'un érysipèle de la face avec fièvre intense et engorgement sous-maxillaire considérable.

Les urines, sales, boueuses, furent examinés et les résultats de l'analyse pratiquée à la pharmacie Mialhe sont des plus intéressants. La densité de ces urines était de 1032. Elles contenaient, outre quelques traces de sucre, 14 grammes d'albumine par litre. Le chiffre de l'urée était de 34 grammes; celui des phosphates, de 3 grammes. Au microscope on trouvait quelques globules de pus et de nombreux corpuscules de ferment.

Cette nouvelle complication que l'on doit considérer comme une cachexie secondaire avec dénutrition profonde prouve l'extrême gravité qu'à eue la diphthérie. Elle rendra plus caractéristique encore, s'il vient à se confirmer, le succès obtenu.

BLACHEZ.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DIPHTHÉRIE SANS ANGINE. — ÉPIDÉMIE DE PARALYSIES DIPHTHÉRITIQUES, par M. le docteur BOISSARIE, membre correspondant de la Société de chirurgie, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La diphthérie est peut-être, de toutes les affections, la plus inconstante dans ses allures, la plus mobile dans ses manifestations ou ses symptômes, la plus variable dans sa marche et sa terminaison. Dans une même épidémie, et dans une même famille, on observe, en même temps, des cas d'une malignité exceptionnelle et des angines en apparence les plus simples. L'affection se traduit par des poussées sur la peau ou sur les muqueuses et peut s'accompagner dans les formes les plus bénignes de troubles profonds du côté du système nerveux. « Pendant une longue série d'années, la diphthérie, dit Trousseau, peut sévir avec un génie particulier, puis, en d'autres temps, ses allures sont différentes, pour réapparaître plus tard sous la forme qu'elle avait d'abord présentée, subissant ainsi des transformations qui se reproduisent à un moment donné ».

Nous traversons certainement, depuis quelque temps, une de ces périodes épidémiques dans lesquelles la diphthérie à forme maligne est beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'avait été jusqu'alors. Alors que Bretonneau, dans sa longue carrière, dans ces épidémies dont il nous a laissé le saisissant tableau, n'avait pas rencontré d'exemple de paralysies diphthériques, que le premier malade qu'il en vit atteint fut Herpin, de Tours, qui, en lui racontant sa propre histoire, lui fit toucher du doigt la relation qui existait entre la paralysie et l'angine; alors qu'à Paris, à cette époque, il en était à peine question; aujourd'hui ces paralysies sont signalées dans toutes les épidémies, et non seulement à Paris, dans les hôpitaux, mais partout avec une égale fréquence.

Cette abondance de faits dépend sans doute de ce que, l'attention étant vivement sollicitée sur eux, personne ne les laisse passer inaperçus; mais cela tient aussi à ce que, depuis plusieurs années, la diphthérie a pris cette physionomie particulière qu'elle n'avait pas auparavant et qui semble indiquer une malignité plus grande, une extension plus accusée.

L'existence de ces paralysies est désormais un fait acquis et parfaitement démontré.

En est-il de même de leur nature? Connaît-on exactement les relations qui les unissent à l'affection principale? Tout d'abord on a pu penser, Trousseau en fait l'aveu, que les fausses membranes pouvaient déterminer des troubles fonctionnels du côté du pharynx ou du voile du palais; je m'imaginais, dit-il, que cette paralysie dépendait d'une modification particulière imprimée par l'inflammation couenneuse au voile du palais. Mais voilà que la diphthérie cutanée est suivie des mêmes accidents, et qu'on ne peut plus invoquer une cause locale; il sagit alors d'un empoisonnement général de l'économie. Cependant, à la suite d'angines simples, d'angines phlegmoneuses, on observe encore des paralysies consécutives. La diphthérie est-elle cachée sous ces formes simples, ou épuise-t-elle toute son action dans ces complications secondaires?

Enfin, dans une épidémie dont j'ai été le témoin et dont j'ai failli être la victime, j'ai constaté : 1° des paralysies survenant d'emblée, sans angine, sans aucune poussée sur la peau ou les muqueuses, emportant les malades en quelques heures ou en quelques jours; 2° dans d'autres cas, ces paralysies étaient suivies d'angines couenneuses, au lieu d'être précédées par elles; 3° au milieu de tous ces faits exceptionnels, nous observions des angines couenneuses, évoluant suivant la loi commune, n'étant précédées ni suivies d'aucun symptôme paralytique.

C'est dans le rapprochement de ces trois ordres de faits, observés dans le même temps et dans les mêmes lieux, que nous trouverons la preuve que la diphthérie, dans ses formes malignes, peut rompre absolument avec ses allures ordinaires, renverser l'ordre habituel de ses symptômes, épuiser son action en la concentrant toute entière sur le système nerveux.

Si nous établissons l'indépendance des paralysies diphthéritiques de tous les autres symptômes, nous aurons ajouté un chapitre important à l'histoire de ces complications; elles ne seront plus alors des accidents secondaires ne pouvant exister sans une lésion primitive, elles pourront à elles seules définir et résumer la maladie toute entière.

La couenne peut faire défaut, comme l'éruption peut manquer dans la variole ou la scarlatine, quoique la diphthérie infecte profondément l'économie et retentisse sur d'autres organes.

Ces paralysies, d'ailleurs, auront ainsi la singulière fortune d'avoir été reconnues et démontrées par deux médecins qui ont pu en étudier sur eux-mêmes l'évolution et les symptômes.

Herpin, de Tours, atteint d'une paralysie diphthéritique, fit toucher du doigt à Bretonneau la cause et l'origine de sa maladie, et lui montra que la diphthérie pouvait étendre son action sur le système nerveux; à partir de ce jour, l'existence de ces paralysies fut définitivement admise.

Atteint moi-même d'une paralysie incomplète du voile du palais, paralysie contractée au milieu d'un foyer diphthéritique, paralysie survenue d'emblée, sans aucune trace d'angine, je vais essayer de démontrer que ces paralysies ne sont pas seulement une conséquence ou une complication possible de l'affection principale, mais peuvent, à elles seules, constituer la maladie toute entière en étant alors la plus haute et la seule expression de l'intoxication diphthéritique.

Je vais, en quelques mots, résumer les faits que j'ai observés, donner la physionomie générale de l'épidémie, indiquer sa marche, et renvoyer à la fin de mon travail le détail de chaque observation.

Dans la seconde quinzaine d'octobre, en me rendant à l'hôpital, je fus appelé, dans une caserne de gendarmerie, auprès d'un brigadier qui était souffrant, me dit-on, depuis deux ou trois jours; je trouvai ce militaire debout, se promenant dans sa chambre, sans fièvre, et se croyant encore capable de continuer son service. Dès les premiers mots qu'il prononça, je fus frappé du nasonnement de sa voix; il avalait, me dit-il, difficilement et rendait parfois les boissons par le nez ; il crachait continuellement et rendait en se mouchant, beaucoup de mucosités. En examinant la gorge, je ne découvrais aucune trace d'inflammation, je pus l'explorer avec le doigt sans déterminer de souffrance, le voile du palais pendait inerte et ne se relevait pas lorsqu'on le touchait; c'était,

sans aucun doute, une paralysie du voile, mais à quelle cause la rattacher? C'est ce qu'il me fut impossible de déterminer à ce moment.

En entrant à l'hôpital, situé tout à côté de la caserne, je trouve un jeune homme de vingt ans qui m'attendait pour me consulter. Il n'avait ni fièvre ni malaise prononcé, mais, comme chez le brigadier, la voix était nasillarde, la déglutition se faisait péniblement, les aliments revenaient par le nez; en dehors des troubles fonctionnels, la gorge ne présentait ni rougeur, ni gonflement, ni fausses membranes.

Enfin la portière même de l'hôpital se présente à moi dans des conditions semblables et avec tous les signes d'une paralysie du voile du palais; j'étais alors avec un chirurgien-major de mes amis, le docteur Montané.

Je me tourne vers lui et je lui dis: — Sommes-nous victimes d'une illusion? sommes-nous bien en présence d'une épidémie de paralysie du voile du palais?

Mais cette épidémie serait alors sans précédents, sans qualifications possibles?

Préoccupés par les données de ce problème que nous ne pouvons résoudre, nous cherchons vainement dans nos souvenirs, dans les divers recueils que nous possédons, une observation, une note, pouvant nous mettre sur la voie, pouvant nous renseigner sur la nature de ces paralysies.

Mais, à ce moment, dans le même quartier, toujours à côté de l'hôpital, des faits analogues et bien autrement graves venaient de se produire et avaient jeté l'épouvante dans tout le voisinage. Dans une même maison, cinq personnes venaient d'être emportées par une maladie d'allure étrange et que les médecins ne pouvaient qualifier. Ces derniers malades, comme les nôtres, avaient présenté, dès le début, des symptômes de paralysie du pharynx, paralysie qui avait bientôt gagné la langue, les lèvres, les yeux et enfin le diaphragme et le cœur.

Ainsi, dans un même quartier, du même côté de la rue, sur une longueur de 100 mètres, six personnes venaient de mourir, quatre étaient plus ou moins gravement atteintes; toutes présentant, au début, les mêmes symptômes du côté du pharynx et du voile du palais. En présence de ces faits, il n'y avait plus lieu de s'arrêter à une simple coïncidence; il fallait retrouver la cause unique et première qui avait infesté tout ce quartier.

L'épidémie avait pris naissance le 15 octobre dans cette maison qui venait d'être si cruellement éprouvée.

Une enfant de trois ans, jusque-là bien portante, avait été prise, vers midi, de troubles de la parole et de la déglutition; bientôt après ses yeux se fermaient, la respiration devenait pénible, embarrassée, et elle mourrait quatre ou cinq heures après le début des premiers accidents.

Sa mère, âgée de vingt-quatre ans, accouchée depuis deux mois et qui allaitait son second enfant est prise, le 17, des mêmes symptômes, et meurt, le 18, après vingt-quatre heures de maladie.

Dès le début elle ne peut avaler, ses yeux se ferment, elle éprouve une angoisse extrême, le pouls baisse rapidement pendant que la respiration se ralentit; malgré ses efforts, la malade ne peut dilater sa poitrine; c'est dans ces conditions qu'elle succombe, sans râle et sans agonie.

La grand-mère, âgée de soixante-neuf ans, est prise, le 19, et meurt le 25; il y a chez elle, comme chez sa fille, paralysie du pharynx, de la langue, des lèvres; les paupières supérieures sont complètement abaissées; la respiration, pénible, embarrassée; pas de fièvre ni de chaleur à la peau.

A la nouvelle de ces malheurs répétés, les parents de la famille accourent des localités voisines. Le frère de la jeune femme arrive le premier, le 16 octobre, le lendemain de la mort de l'enfant; il reste jusqu'au 21 et repart pour Périgueux, en apparence bien portant. Il ne tarde pourtant pas à ressentir les premières atteintes de ces paralysies terribles. Il est pris le 22, lendemain de son arrivée, et il vient mourir à Sarlat, le 27, ayant encore la force et le courage de faire 80 kilomètres en voiture la veille de sa mort. Le docteur Chaume qui l'a soigné à Périgueux, et qui a été frappé des symptômes étranges qu'il a observés, m'écrit à ce propos : « J'ai soigné le jeune Maraval, que sa mère est venue chercher à Périgueux et qui est mort, quelques heures après son retour, à Sarlat. Sa maladie me paraissait bien bizarre; voici, en quelques mots, ce que j'ai observé : Maux de tête, agitation dans le lit, pouls faible et assez lent, pas de chaleur à la peau.

» Enfin le phénomène le plus singulier était une paralysie complète du pharynx. A l'examen, le voile du palais et les amygdales ne présentaient ni inflammation, ni gonflement ni fausses membranes.

» Mais lorsque le malade se penchait en arrière, le voile tombait sur les parties postérieures du pharynx, absolument inerte. La déglutition était impossible; j'ai cru un moment, et mon collègue Prat, appelé en consultation, a partagé cet avis, à des accidents syphilitiques. Cette explication, pourtant, ne pouvait nous satisfaire entièrement. Nous aurions bien admis une paralysie diphthéritique s'il y avait eu angine, mais ce symptôme manquait absolument. Cependant, cette mort si rapide et la nouvelle qu'il existe dans votre ville des cas semblables, tout cela augmente mes doutes. Est-ce de l'angine maligne, de la méningite cérébro-spinale épidémique, des accès pernicieux? Je ne vois aucune supposition plausible. »

Enfin la sœur du mari, âgée de trente-neuf ans, vient à son tour, le 16, pour assister ses parents au milieu de ces cruelles épreuves; elle est prise, le 25 au matin, des mêmes accidents et meurt trois jours après, le 28 octobre.

Ainsi, dans une famille, composée de six personnes, dans l'espace de treize jours, du 15 au 28, cinq personnes sont brusquement enlevées, et le mari est le seul survivant de toute la famille.

Cependant, dès les premiers jours, l'épidémie a rayonné dans les maisons voisines. Le 18, le brigadier ressent les frissons et du malaise; le lendemain, il a de la salivation et la voix devient nasillarde; pour se débarrasser, il fume, prise du tabac toute la journée, et rend de grandes quantités de mucosités par le nez et par la bouche. Il reste deux ou trois jours dans un état stationnaire. C'est à ce moment que je suis appelé et que je constate une paralysie du voile.

Le 23, la salivation devient très pénible, il éprouve par moments une suffocation, une angoisse extrême, et cependant on n'entend, dans sa poitrine, ni râles ni mucosités, et sa respiration semble normale; il ne peut avaler absolument rien, la parole est à peine intilligible, le faciès altéré; les yeux à demi voilés, le pouls très lent. A la gorge, il n'y a ni rougeur, ni sécrétion, ni douleur. Je le fais nourrir avec des lavements de bouillon et de vin; j'injecte chaque jour un gramme de quinine sous la peau.

La panique se répand dans le quartier; et je suis obligé de faire transporter ce malade à l'hôpital, ne pouvant trouver personne dans son entourage pour lui donner les soins nécessaires. Dès le second jour de son entrée, une vaste exsudation couenneuse envahit progressivement le pharynx et toute la bouche; la luette, les deux piliers du voile, les deux amygdales étaient complètement recouverts de cet enduit: la cohérence est si complète, que toutes ces parties semblent fusionnées et perdues sous la couche qui les revêt. Cette fause membrane, irrégulièrement étendue sur la bouche et le pharynx est d'un gris jaunâtre, est adhérente à la muqueuse d'où on la sépare difficilement. Lorsque l'angine apparaît, il y a dix jours que la paralysie existe, et depuis cinq jours la déglutition est devenue complètement impossible. Ce fait devient particulièrement intéressant; contrairement à la loi commune, la paralysie a précédé l'angine; et de plus, il nous révèle la nature de la maladie qui tient tous les autres symptômes sous sa dépendance, et à la vue de l'angine couenneuse qui vient

s'ajouter à la paralysie, il est impossible de méconnaître la diphthérie.

Ainsi, chez les premiers malades, nous observons des paralysies sans angine.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

La nouvelle clinique d'accouchements.

Je reçois à l'instant le numéro de la *Gazette hebdomadaire* du 13 de ce mois, et je viens d'y lire l'article que M. A.-J. Martin a cru devoir consacrer à la nouvelle clinique d'accouchements. Je n'avais aucun droit à la bienveillance de l'auteur puisque je le connais à peine, mais je pense que, quand on prend le rôle de critique et de critique sévère, il faut être sûr des assertions qu'on émet, ne pas commettre des erreurs matérielles comme celles que je vais signaler et ne pas prêter à ceux qu'on met en cause des opinions qu'ils n'ont jamais émises.

Je connais trop vos habitudes pour ne pas être sûr que, puisque vous avez admis l'attaque, vous accueillerez la réponse que je crois devoir y faire, et que vous voudrez bien l'insérer dans le prochain numéro.

Où donc M. Martin a-t-il vu que j'avais présenté le nouvel établissement *comme un véritable modèle du genre?* Il ne doit pas avoir assisté à la séance d'inauguration, ou il a oublié que, dans les paroles que j'ai prononcées, je m'étais montré beaucoup plus modeste.

Voici, en effet, ce que je disais aux personnes qui m'écoutaient à propos du plan qui avait été conçu et exécuté :

« Vous me permettrez une observation préliminaire : le problème qui nous était posé aurait pu l'être de deux façons fort différentes. On aurait pu nous dire : il s'agit de construire une clinique obstétricale pour la Faculté de médecine de Paris; prenez dans ces vastes terrains (qui existaient alors) l'étendue que vous jugez nécessaire et fixez la somme dont vous avez besoin pour l'édification du bâtiment; ou bien, au contraire, on pouvait déterminer d'avance la forme, l'étendue de ce terrain et la somme qu'on voulait allouer : c'est cette dernière combinaison qui nous fut imposée, ce qui revient à dire que nous n'étions pas les maîtres. »

Un peu plus loin, j'ajoutais : « Le problème à résoudre s'offrait à nous sans qu'il nous fût possible d'en modifier les termes. J'avais besoin de rappeler ces faits pour que la critique, si elle a plus tard à s'exercer, veuille bien en tenir compte. »

Je n'ai pas dit qu'il n'y avait nulle part à l'étranger un établissement qui pût être comparé au nôtre; je me suis contenté d'affirmer qu'il n'y en avait pas qui lui fût supérieur : je puis ajouter, cependant, que l'éminent professeur de clinique obstétricale de Saint-Pétersbourg, M. Horvitz, qui l'avait visité l'année dernière, et qui en a publié depuis la description, a bien voulu écrire qu'après avoir parcouru toutes les maternités qui existent en Europe, il n'en connaissait pas qui réunît un aussi grand nombre d'améliorations. Ce témoignage venant d'un homme aussi compétent vaut bien l'appréciation de M. A.-J. Martin, dont les travaux et l'expérience en fait d'hygiène hospitalière ne font pas encore autorité dans la science.

L'aspect général de la nouvelle clinique ne plaît pas à notre critique; pour lui, elle ne représente « qu'une énorme masse de pierre ». Sous ce rapport, je pourrais bien le renvoyer à M. Ginain, l'habile architecte, qui lui dirait que pour faire des murailles il faut des pierres, et que pour être solides elles doivent avoir une certaine épaisseur (les nôtres n'ont que 50 centimètres) : il lui ferait remarquer qu'il n'a pas voulu faire un monument; qu'il n'avait pour cela ni l'étendue de terrain nécessaire, ni un crédit suffisant, et qu'on ne le lui demandait pas, d'ailleurs : il aurait certainement appelé son attention, qui ne paraît pas s'y être arrêtée, sur la disposition des fenêtres, sur leur étendue en hauteur et en largeur, dispositions qui donnent un large accès à l'air et à la lumière, au grand avantage des malades. Ces fenêtres, en effet, n'ont pas moins de 4^{m},25 de hauteur et 1^{m},92 de largeur; il y en a deux par salle donnant sur la rue d'Assas; mais du côté opposé; chaque infirmerie communique à volonté, dans presque toute sa hauteur, avec l'avenue de l'Observatoire.

Dans la description qu'il fait des différentes parties de l'établissement, il passe sous silence la plupart des améliorations réelles qui ont été introduites : on dirait d'un parti pris de critiquer quand même. L'auteur, qui n'est pas évidemment au courant des exigences d'une *clinique obstétricale*, ne veut pas que je me réjouisse de ce que les salles sont assez vastes pour qu'il revienne à chaque lit de femme environ 70 mètres cubes d'air qu'on renouvelle à volonté dans toutes les parties et à toutes les hauteurs. Cela ne compte pas pour lui, parce que, entre les lits des femmes, il n'y a qu'un espace de 2 mètres dans lequel un petit berceau d'enfant se trouve intercalé.

Pour un hôpital d'enseignement, il est bien exigeant, et à moins d'offrir une chambre à chaque malade (ce qui est impossible), je ne crains pas de lui dire qu'il ne trouvera rien de mieux ailleurs, et j'ajoute même qu'il cherchera vainement quelque chose de semblable : il y a donc un progrès.

Après avoir, en quelques mots, rappelé d'une manière incomplète le triple système de ventilation qui a été installé, l'un d'eux, *les chambres à air* ne lui inspirent qu'une réflexion, « c'est qu'elles sont assez singulièrement disposées. » Donneront-elles de bons résultats? Il ne le nie pas, mais il n'en sait rien, et évidemment la création de ce nouveau système ne l'a pas enthousiasmé.

En revanche, il insiste sur ce fait qu'il n'y a que deux lits qui soient près des fenêtres, et pour lui tous devraient être placés de la même façon : cela serait assez difficile dans des salles qui contiennent huit lits et qui n'ont que deux fenêtres. Je crois avoir réalisé quelque chose de plus utile que cela. La salle tout entière peut être mise en communication avec l'air extérieur sans exposer les femmes aux courants qui ne sont pas sans danger quand elles viennent d'accoucher; il n'y a pas de lit, par conséquent, autour duquel l'air ne puisse être renouvelé.

C'est très au sérieux que je prends mes trois chambres d'isolement et je les crois destinées à rendre de véritables services; il est vrai que je ne donne pas au mot isolement le même sens que notre critique; il fait de la théorie dans son cabinet et je fais de la pratique : l'isolement *absolu* n'existe nulle part pour les femmes en couches. Il n'y a là qu'un vain mot dont on se paye et avec lequel on fait ouvrir de grands yeux au public qui ne sait pas.

L'air d'une chambre qu'on dit absolument isolée parce qu'elle s'ouvre sur une galerie extérieure peut s'introduire, poussé par le vent, dans la chambre voisine, car il faut bien ouvrir la porte pour entrer et la fenêtre pour aérer : d'ailleurs est-ce que le médecin qui a vu des malades en ville ou dans son service d'hôpital ne se rend pas ensuite dans ces prétendues chambres d'isolement *absolu?*

Celles de la nouvelle clinique n'ont pas tant de prétention, mais elles seront utiles pour éloigner des infirmeries les malades qui troublent le repos des autres (les manies puerpérales, par exemple); elles me permettront de ne plus donner à toute une salle le spectacle de l'agonie et de la mort, elles me serviront encore dans beaucoup d'autres cas que je n'ai pas à rappeler ici. Leur éloignement du service général est suffisant et aussi grand que possible; chacune d'elles a son entrée particulière : pour pratiquer l'isolement absolu dans

un hôpital, il faudrait placer les malades dans de grands bocaux bien cachetés.

Quand, forcé par l'évidence, M. A.-J. Martin ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il y a quelque chose de bien dans l'organisation du nouvel hôpital, il s'en repent presque aussitôt et il retire d'une main ce qu'il a accordé de l'autre. En voici un exemple : « Ce qu'il faut vraiment louer, dit-il, c'est la séparation de la salle d'autopsie d'avec le reste de l'hôpital ». Mais il se hâte d'ajouter qu'il ne sait pas si l'air s'en ira suffisamment loin et s'il ne pourra jamais rentrer dans l'intérieur. A part cette concession arrachée par l'évidence, tout est blâmé : les salles ne sont pas assez grandes, les tables sont mal disposées, etc. C'est son opinion, mais je puis lui dire qu'elle n'a pas été partagée par les hommes les plus compétents, et cela me suffit.

Malgré son assertion contraire (et pour cela on n'a pas eu besoin de s'inspirer de ce qui se fait en Allemagne), on n'a pas oublié de disposer au-dessus de la table à autopsie un tube métallique avec un ajustage en caoutchouc qui permet de laver toutes les parties du cadavre. Les liquides s'écoulent directement à l'égout; il y a en outre une cuve métallique dans laquelle un corps tout entier peut être plongé dans l'eau froide ou dans l'eau chaude.

Un peu plus loin, il place le musée, l'amphithéâtre et le laboratoire *au premier* étage et tout près de la salle d'accouchements. Il y a là une double erreur, ce qui me fait craindre qu'il n'ait pas vu par lui même et qu'il ait été renseigné par des gens malveillants. Le *musée* est au *rez-de-chaussée;* quant au laboratoire et à l'amphithéâtre (qui est un amphithéâtre de cours), ils sont très loin de la salle d'accouchements et n'ont aucune communication *directe* avec la grande galerie qui conduit aux services généraux. Voilà la vérité!

D'autres assertions tout aussi erronées se trouvent dans la publication que j'examine; elles sont relatives au prix de revient pour chaque lit de malade ou servant à l'enseignement. Je l'ai évalué, en effet, à 12 000 francs (en chiffre rond) et j'ai fait remarquer que pour l'hôpital Tenon, qui a été bien conçu dans sa partie principale et qu'on cite comme un hôpital construit avec une large économie, il était de 18 000 francs.

M. A.-J. Martin dit « qu'on assure » que j'ai compté pour ma clinique, non seulement les lits servant aux malades et les berceaux des enfants, mais encore les lits des gens de service, tandis que pour l'évaluation faite pour Tenon on aurait éliminé ces derniers, et il ajoute « que si cela est exact » on peut porter le prix de revient de chacun de mes lits à 24 000 et même à 25 000 francs. Que signifie donc cette forme par insinuation quand il s'agit d'un fait si facile à vérifier? Pourquoi lancer dans le public des assertions erronées destinées à discréditer un établissement qu'on peut ne pas aimer, mais pour lequel il n'est habile d'être volontairement injuste?

J'ai dit, le jour de l'inauguration que le nombre des lits destinés aux femmes et aux enfants s'élevait à 146, et j'en ai donné le détail. Qu'on ne m'oppose pas que pour l'hôpital Tenon on n'a pas fait entrer les berceaux dans le compte établi; dans une notice publiée par l'Assistance publique à ce sujet, on les y voit figurer au nombre de 48.

Ce qu'il y a d'incontestable, c'est que notre hôpital a été construit avec la plus grande économie. A l'heure qu'il est, avec la cherté des matériaux et de la main-d'œuvre, il serait impossible d'arriver à une dépense relativement aussi minime.

Sur 3000 mètres de terrain 2019 sont bâtis et couverts, ce qui remet le mètre superficiel à 600 fr. Dans les maisons les plus modestes, le mètre superficiel coûte aujourd'hui environ 1000 francs.

J'aime à croire que M. A.-J. Martin n'a obéi à aucune influence étrangère. Mais il a eu le tort de ne pas se renseigner aux bonnes sources. Dans tous les cas je me trouve amplement dédommagé de sa critique par les appréciations toutes différentes des siennes qui me viennent de médecins étrangers qui ont visité en détail la nouvelle clinique et aussi d'un grand nombre de médecins de Paris qui s'occupent d'obstétrique et d'enseignement, et dont la compétence me rassure.

Depaul.

Réponse

Nous n'éprouvons aucun embarras à protester encore, comme nous l'avons fait au début de notre article, de nos sentiments de déférence et de respect pour M. Depaul, dont le dévouement à la science et à l'enseignement sont connus de tous, même de ceux « qu'il connaît à peine ». Mais nous persistons à penser que, dans une question d'ordre exclusivement scientifique, la liberté de la critique reste entière. La place nous manque pour répondre dès aujourd'hui aux observations que nous adresse M. Depaul; nous tenons seulement à lui dire que nous maintenons toutes nos critiques; nous n'avons rien écrit que nous n'ayons vu et contrôlé par nous-même, nous nous sommes renseignés aux bonnes sources et nous... regrettons qu'il puisse penser que nous ayons obéi à des influences étrangères! Nous avons assisté à l'inauguration de sa clinique, nous l'avons visitée avec soin; ce sont nos impressions personnelles que nous avons reproduites, après les avoir vu corroborées par celles que nous avons entendu exprimer tout autour de nous par les personnes les plus autorisées.

Quant aux chiffres que nous avons fournis, ils ont été empruntés au *Rapport officiel* présenté par M. Bourneville au Conseil municipal; celui-ci, chargé d'approuver le budget qui lui était soumis, a dû être parfaitement éclairé aussi bien sur la somme totale à débourser que sur le prix de revient de chaque lit, comme on le détermine dans les prévisions budgétaires habituelles.

A.-J. Martin.

Au comité de rédaction de la « Gazette hebdomadaire ».

Transfusion directe du sang.

Nous avons reçu de M. le docteur Roussel, au sujet de l'article publié par M. le docteur Dumontpallier (*Gaz. hebd.*, 22 avril), une lettre dont nous extrayons ce qui suit :

J'estime que M. Dumontpallier exagère beaucoup les difficultés qu'il peut y avoir à l'insertion d'une canule dans la veine du malade à transfuser. Lorsque cette veine est exsangue, cachée sous une peau épaisse, ou bien lorsqu'elle est petite, rétractée par l'anémie chronique, il y a de grandes difficultés à la piquer à travers la peau avec le trocart des instruments de Mathieu, Colin ou Montcoq. C'est pourquoi je repousse absolument ce procédé.

Le manuel opératoire que j'ai employé dans plus de quatre-vingts transfusions, consiste à inciser la peau longitudinalement sur le trajet de la veine par la section d'un pli transversal, à écarter l'aponévrose, piquer la veine avec une fine érigne, la soulever, et inciser sur sa paroi supérieure un petit lambeau triangulaire comprenant à peu près le tiers du calibre de la veine. L'érigne, en soulevant comme le couvercle d'une tabatière, le lambeau qui lui est resté accroché, découvre une grande ouverture dans laquelle l'insertion de la canule se fait immanquablement. Après la transfusion, le lambeau retombe à sa place, se consolide par première intention, et la veine reste perméable à la circulation ascendante.

De plus, je ne saigne le donneur de sang que lorsque j'ai la certitude de la réelle insertion de la canule; il n'y a donc pas lieu de se presser. L'eau qui ruisselle de la canule vient encore m'aider en lavant les bords de l'incision et en empêchant toute coagulation. Ces difficultés, s'il y en a là pour un chirurgien, sont inhérentes à toutes les injections dans les veines; elles ne doivent donc pas être mises à la charge de la transfusion.

M. Dumontpallier veut disséquer entièrement la veine sur 3 à 4 centimètres, et la charger sur une sonde cannelée avant de l'inciser. Je suis certain que ce procédé n'enlève aucune difficulté, et je crains que la dénudation de toute la veine, la rupture de ses adhérences postérieures, son tiraillement sur la sonde, n'amènent une phlébite et l'obturation du vaisseau.

Pour rendre immanquable la pénétration dans la veine à ceux qui ne voudraient pas étudier mon premier procédé, j'ai imaginé une sorte de petit *dilatateur* piquant et tranchant, à deux branches; il se plonge dans la veine découverte, et les branches s'écartent pour offrir entre elles un passage assuré à la canule.

M. Dumontpallier critique aussi mon système de lancette, et désire, tout en employant mon transfuseur, faire la saignée à la main. Je puis le satisfaire, mais en lui disant que sur plus de deux cents saignées faites avec ma lancette cachée sous la ventouse, tant pour transfusions que pour simples démonstrations; il ne m'est arrivé que trois fois de faire une saignée blanche; j'en ai été quitte pour recommencer, ce qui n'a aucune importance. Les membres de la Société de thérapeutique ont vu le sang jaillir au premier coup.

Toutefois, pour parer à la critique, j'ai imaginé un *porte-tampon* qui ferme le cylindre de la ventouse en lieu et place du porte-lancette. En modifiant ainsi ma méthode, on pratique à la main une large saignée classique, on la recouvre du cylindre de la ventouse, on place le tampon, qui, retenu sous un crochet, ferme l'ouverture de la veine. Par le courant d'eau dans l'appareil, on chasse au dehors les premières gouttes de sang qui ont été contaminées par l'air, on insinue la canule dans la veine du blessé, on ferme le courant d'eau, puis on décroche le tampon, qui se relève et livre passage au sang. La transfusion se continue en toute sécurité.

Le *dilatateur*, pour ouvrir la veine et y guider la canule; le *tampon*, qui permet la saignée classique, viennent d'être créés pour satisfaire M. Dumontpallier, qui critique ces deux points, pendant que M. C. Paul les trouve excellents.

Ces deux opérateurs adoptent ma ventouse, et M. C. Paul l'emprunte pour son sthétoscope; mais elle a été critiquée ailleurs, les uns disant qu'elle tient trop fort, les autres qu'elle ne tient pas assez. Pour ceux-ci, j'ai indiqué qu'on peut obtenir l'adhérence du transfuseur sans la ventouse, en remplissant sa coque d'un *emplâtre adhésif*. M. Dumontpallier voudrait aussi modifier la longueur de mes tubes et la capacité de mon ballon-pompe. Généralement, on a admis que la dose métrique de 10 grammes que contient mon ballon est bien raisonnée; que la longueur des tubes est nécessaire à la manœuvre au lit du malade.

Il arrive donc à mon instrument que chacune de ses parties coordonnées par moi, après de minutieuses expériences, a été approuvée par les uns, tandis que d'autres lui cherchaient quelque objection théorique. J'ose, par conséquent, me croire fondé à conserver pour mon transfuseur les organes et les formes qu'une longue pratique lui a acquises.

Tel qu'il est aujourd'hui, mon transfuseur possède à son avoir près de soixante opérations heureuses, deux fois plus à lui seul que tous les autres ensemble, et *pas un sérieux accident à sa charge*.

Présenté à l'Académie par le professeur Robin déjà en 1867, et bien souvent depuis, dans les hôpitaux, il a obtenu le prix Barbier de l'Académie. Très apprécié et seul employé par de nombreux chirurgiens, il ne craint pas la comparaison avec les appareils en métal et à ciel ouvert.

Que M. Dumontpallier, dont j'apprécie fort l'attention, veuille bien croire que, si depuis dix-huit ans je m'occupe de la transfusion, j'ai appris les minutieuses précautions à prendre pour toucher au sang vivant. A moi seul, en dix minutes, je veux faire une transfusion de 250 grammes, et j'ose promettre qu'elle sera parfaite. En fera autant qui aura étudié l'opération.

Dr Roussel.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (session d'Alger, 1881).

Section des sciences médicales.

(Suite.—Voyez les nos 16, 17 et 18.)

SÉANCE DU 19 AVRIL 1881.

L'insomnie. — Les inoculations charbonneuses. — Vision des couleurs. — La diphthérie en Russie. — Les microbes de la diphthérie. — Uréthrotomie interne. — Lupus vorax. — Modification du pansement de Lister. — Climat d'Arcachon. — Sur l'acclimatement. — Adénite péri-utérine. — Épizooties de l'Algérie. — Étiologie de la pellagre. — Épidémies de l'Algérie. — Les coiffures au point de vue de la chaleur solaire. — — Pathogénie des hallucinations. — Le pansement antiseptique à l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Électrisation des éléments figurés. — Rhythme cardiaque dans la fièvre typhoïde. — Impressions de voyage.

De l'insomnie, par le docteur *Logie*, médecin de bataillon de 1re classe à Gand (Belgique). — M. Logie expose le résultat de ses études sur l'insomnie, non celle qui se présenet dans la fièvre typhoïde par exemple, ou dans les maladies du cœur, l'aliénation mentale, etc., au milieu d'un ensemble de symptômes qui préoccupent davantage le médecin; mais l'insomnie essentielle, espèce de cachexie insomnique, constituant, pour ainsi dire, à elle seule toute la maladie, provoquant des perturbations du sommeil pendant plusieurs mois au moins, procédant par périodes alternativement bonnes et mauvaises, débilitant et inquiétant vivement celui qui en souffre, et embarrassant le praticien appelé à la traiter.

L'auteur, qui a beaucoup souffert de cette affection, en retrace rapidement le tableau, le diagnostic différentiel, passe en revue les causes qu'il a pu reconnaître, après de longues recherches ou de rares et précieuses révélations, telles que les grands chagrins, les travaux intellectuels excessifs, les pollutions nocturnes, les plaisirs sexuels outrés, et surtout la prédisposition à la phthisie pulmonaire. Celle-ci, qu'il a, le premier, mise en lumière, agirait donc non par la toux et l'expectoration, qui n'existent pas encore à cette époque, mais par une espèce de sympathie ou de réaction du poumon menacé sur l'encéphale, sympathie analogue à celle qui se traduit dans d'autres lésions des organes respiratoires (délire dans la pneumonie du sommet, dilatation de la pupille, rougeur de la pommette dans la pneumonie ordinaire). Les périodes d'insomnie résulteraient du travail tuberculeux sous forme de poussées granuleuses, embryonnaires dans la trame interalvéolaire. Après avoir interprété l'action de la tuberculose à l'état de menace, M. Logie fait connaître le pronostic essentiellement variable d'après la cause, passe enfin au traitement, basé, on ne saurait assez le dire, sur l'étiologie, et dit son avis sur les nombreux remèdes et médicaments auxquels il a eu recours.

— *Sur les inoculations charbonneuses*. — M. *Arloing* (de Lyon) fait une communication sur deux faits relatifs aux maladies virulentes et spécialement aux maladies carbonculaires : 1° le charbon symptomatique diffère de la maladie charbonneuse essentielle. Cela est démontré par les résultats de l'inoculation et de l'hérédité : l'inoculation ni l'hérédité du charbon symptomatique ne confèrent l'immunité contre la véritable maladie carbonculaire; 2° pour cette dernière maladie, voici les effets différents qu'on observe selon la voie d'introduction du virus et les doses.

(*a*) Si le virus est introduit directement dans les veines, il y a des effets locaux nuls, des effets généraux intenses, puis immunité consécutive.

(*b*) Si le virus est introduit dans l'épaisseur des tissus (par exemple dans le tissu cellulaire) il y a trois cas à observer : 1° de fortes doses donnent des effets locaux et généraux, et occasionnent la mort; 2° des doses faibles donnent

des effets locaux, à distance, et des effets généraux; 3° des doses infinitésimales donnent des effets généraux, sans effets locaux, et confèrent l'immunité.

Nous avons observé un cas curieux d'auto-inoculation chez une brebis pleine. Nous l'avions injectée (dans les veines) pour conférer l'immunité à son petit. Elle avorta, et eut des effets locaux mortels (périmétrite) que nous nous sommes expliqués par une auto-inoculation due aux plaies résultant de l'avortement.

Le même effet s'est produit sur un mouton auquel nous avions fait une injection virulente directement dans le tissu cellulaire.

Conclusion : l'injection dans les veines, ou l'inoculation sous-cutanée à doses infinitésimales, conférant l'immunité et n'exposant pas à de graves accidents, pourront être appelées à jouer un rôle au point de vue de la prophylaxie.

— *De la vision des couleurs.* — M. *Gillet de Grandmont* présente deux appareils destinés à mesurer l'un la vision centrale, l'autre la vision périphérique.

Dans le premier, à l'aide d'un mécanisme particulier, on fait apparaître, sur un fond noir, un carré blanc dont les côtés augmentent à volonté jusqu'à ce que la figure apparaisse nettement aux yeux du sujet en étude placé à la distance voulue. A la grandeur du carré correspond le degré d'acuité visuelle du sujet. On peut remplacer le carré blanc par d'autres des différentes couleurs du prisme, et avoir ainsi l'acuité visuelle pour chacune d'elles.

Le chromatoptomètre pour la vision périphérique se compose essentiellement de deux demi-cercles réunis à angle droit à leur partie moyenne, et destinés à servir de curseurs à de petites plaques creuses renfermant des cartons de différentes couleurs, et qu'on fait apparaître successivement à l'aide d'un mécanisme. L'observateur fixe le point central, et on approche peu à peu les plaques de l'extrémité des tiges au centre jusqu'à ce que la couleur devienne distincte. L'étendue des champs périphériques varie avec les couleurs; de plus, lorsqu'on fixe une couleur pendant un certain temps, si on fait apparaître une autre couleur, ce n'est pas celle-ci que l'on voit, mais la couleur complémentaire de la première.

— *La diphthérie dans le midi de la Russie*, par M. *Serge Podolinsky.* — La fin de 1879 et la première moitié de 1880 ont été signalées par une exacerbation inaccoutumée de la diphthérie dans les villages de la province de Poltava. Le seul district de Mirgorod a présenté près de 17 000 cas sur une population de 123 000 hommes, et dans les autres, on a constaté une proportion un peu moindre, mais presque aussi considérable. Dans un seul village de l'arrondissement de Borzna, il est mort 300 enfants dans le courant de deux mois. La province de Kiev est depuis des années déjà un foyer de diphthérie. En 1877 seulement, il y est mort plus de 1100 individus sur une population de 130 000 hommes. Mais la province avait été épargnée presque jusqu'à l'année 1880. Depuis, la diphthérie règne aussi dans les bourgades et les villages.

L'organisation du secours médical et hygiénique (la désinfection) paraît avoir été des plus défectueuses. Le gouvernement, au lieu de donner pleins pouvoirs et les moyens d'agir aux médecins des conseils généraux, qui habitent et connaissent le pays, et comprennent le langage des habitants, envoya des délégués du comité central de la Société de la Croix-Rouge de Saint-Pétersbourg; ceux-ci arrivèrent accompagnés de la force armée, et ne réussirent qu'à provoquer la résistance et en certains endroits, une rébellion ouverte contre la désinfection parmi les paysans ukrainiens. Sous prétexte de désinfection, on prit mal des mesures qui eurent pour effet immédiat d'empoisonner les bestiaux, les mares ayant été remplies de substances trop actives; de même, les poules furent asphyxiées par les vapeurs de soufre. On dépensa ainsi des sommes considérables sans obtenir de résultats sérieux (1 500 000 francs pour la seule province de Poltava). La Croix-Rouge dut même fermer ses ambulances, que désertaient les paysans.

M. *E. Landowski* demande quelle est la cause de ces épidémies.

M. *Podolinsky* répond qu'on ne peut les attribuer qu'à la misère jointe à l'humidité, causes banales de toutes les épidémies de ce genre, comme le fait remarquer M. Rochard.

— *Les microbes de la diphthérie.* — M. *Cornil* a examiné des fausses membranes diphthéritiques sur les malades du service de M. Bergeron. Il signale une cause d'erreur qui consiste à prendre pour les micrococcus des fausses membranes ceux de la muqueuse buccale. On évite l'erreur en prenant des fausses membranes dans la trachée, au moment de la trachéotomie; alors on trouve des micrococcus et des bacillus très nombreux et disposés en zoogloea. Une preuve que ces éléments existent dans les fausses membranes, c'est qu'on les a retrouvés dans les ganglions lymphatiques hypertrophiés au cou. Après avoir fait durcir la pièce par les liquides ordinaires, on trouve que la fausse membrane est composée d'amas de zoogloea remplis de micrococcus et réunis par des filaments de fibrine, laissant des espaces remplis de micrococcus et de bacillus libres. Plus on se rapproche de la face profonde, moins on trouve de microbes et plus de fibrine. Au point d'implantation de la fausse membrane, il n'y a plus de cellules épithéliales; elles sont tombées avant la formation de la fausse membrane, qui est ainsi en rapport immédiat avec le chorion de la muqueuse; celui-ci est lui-même modifié dans ses couches et dans ses vaisseaux. Ces derniers renferment des micrococcus et des bacillus; leur paroi altérée laisse passer en même temps les éléments du sang qui contribuent à former la fausse membrane, et c'est pourquoi on y trouve des globules sanguins déformés.

Incidemment, M. Cornil parle de l'amygdalite diphthéritique accompagnée très souvent de granulations de la gorge, qui parfois deviennent si considérables, qu'elles acquièrent jusqu'à 2 ou 3 millimètres de diamètre. Ce sont des follicules clos très hypertrophiés, et qui sont traversés par les conduits de glandes acineuses, lesquelles ne prennent pas part à la granulation.

Les fausses membranes des autres maladies (fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, etc.) ont la même structure au point de vue de l'anatomie et de l'histologie; il n'y a pas de différence non plus dans l'état de la muqueuse. On ne pourrait les différencier que par l'inoculation. Il est probable qu'un jour viendra où l'on pourra les distinguer les unes des autres, mais, actuellement, on n'en possède pas les moyens.

— *De la conduite à tenir après l'uréthrotomie interne*, par M. le docteur *A. Léon* (de Rochefort). — « Que faut-il » faire après l'incision de l'uréthrotomie interne? doit-on » placer une sonde à demeure? doit-on, au contraire, rejeter » la sonde? faut-il, au lieu de la sonde à demeure, sonder le » malade quand il a besoin d'uriner; et si l'on se décide à » mettre une sonde à demeure, combien de temps la laissera-t-on? » (Delefosse, *Leçons cliniques sur l'uréthrotomie interne*, page 60.)

La plupart des chirurgiens, suivant en cela les préceptes classiques, sont pour l'emploi de la sonde à demeure laissée quarante-huit heures environ. Les motifs de cette conduite sont faciles à expliquer. Le but que l'on se propose en agissant ainsi est double : 1° empêcher la rétraction cicatricielle de faire perdre les bénéfices de l'incision; 2° mettre la plaie récemment produite à l'abri du contact de l'urine jusqu'à sa cicatrisation, et par là éviter les conséquences de l'infiltration urineuse.

Théoriquement, rien n'est plus rationnel; pratiquement, cette double indication est-elle remplie par l'emploi de la sonde à demeure?

Pour qu'elle le fût réellement, il faudrait que les sondes fussent précisément d'un calibre tel qu'elles remplissent exactement le canal sans trop le distendre, mais aussi sans laisser le moindre interstice entre leur surface extérieure et la muqueuse uréthrale ; sinon, il en résulte, ce que j'ai vu parfois arriver, un suintement continuel de l'urine à l'extérieur, la sonde faisant presque l'office d'un séton ; et alors que devient la surface cruentée de l'incision en contact permanent avec ce suintement urinaire? Il arrive aussi que la sonde, qui, pendant les premières heures, remplissait exactement les conditions qu'on doit lui demander, s'altère avec une assez grande rapidité (presque toutes les sondes en caoutchouc noir ou gris présentent ces détériorations rapides) et alors se produit, tardivement, il est vrai, mais non moins sûrement, l'inconvénient signalé ci-dessus. Nous avons tous vu dans quel état de ramollissement, de rugosité, de déformation, de changement de couleur sortent après vingt-quatre heures de séjour les sondes employées d'ordinaire. (Je fais exception pour les sondes en caoutchouc rouge beaucoup moins altérables). Aussi pour éviter ce suintement incessant, certains praticiens laissent-ils la sonde à demeure débouchée, afin que l'urine puisse toujours s'écouler librement au dehors par l'intérieur de la sonde.

J'ai par devers moi un certain nombre d'observations, les unes personnelles, d'autres qui m'ont été obligeamment communiquées, se rapportant à des cas où la sonde à demeure n'a pas été employée, soit de parti pris, soit parce que son introduction avait présenté des difficultés insurmontables après l'incision. Et cependant, tout s'est passé sans incidents.

Voici, pour mon compte, la conduite que je suis le plus volontiers, sauf indications particulières : « Je ne mets pas de sonde à demeure; mais pendant les deux premiers jours, je m'astreins à sonder l'opéré avec une sonde en argent du calibre de 16 à 20, quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures, en lui recommandant de ne pas uriner en dehors du cathétérisme. De cette façon, l'urine n'est jamais en contact avec la plaie pendant cette période, et l'on estime qu'au bout de quarante-huit heures il s'est formé une pellicule cicatricielle suffisante pour empêcher toute infiltration ultérieure. A partir de ce moment l'opéré urine librement et n'est plus soumis qu'au passage des bougies dilatatrices destinées à maintenir le calibre rétabli. »

En faisant cette communication, je n'ai pas l'intention de vouloir établir une règle générale et de condamner la pratique de la sonde à demeure. J'ai voulu seulement signaler des faits dans lesquels une conduite différente a été suivie d'aussi bons résultats, que le raisonnement vient d'ailleurs pleinement expliquer. Je reste d'ailleurs convaincu que chaque cas amène son indication spéciale et que dans certaines circonstances, appréciées par le chirurgien, la sonde à demeure doit avoir la préférence ; de même que dans d'autres on pourra s'adresser à la méthode dont je viens d'indiquer les règles et l'esprit.

L. H. Petit.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Sur la nature des troubles produits par les lésions corticales du cerveau, par M. *L. Couty*. — L'auteur s'efforce de démontrer que la doctrine des localisations cérébrales n'est point acceptable au point de vue physiologique.

J'ai fait, dit-il, sur des chiens ou sur des singes plus de quatre-vingts expériences de lésions corticales : au lieu de me borner à des constatations objectives, j'ai étudié avec soin, à toutes les périodes, l'état d'excitabilité de l'organe lésé; j'ai examiné toutes les fonctions en cherchant à dissocier chaque trouble, et, dans ces conditions, je n'ai jamais constaté de relations constantes ou simplement habituelles. Ainsi, les troubles moteurs existent souvent sur le singe après une simple mise à nu, tandis qu'ils peuvent manquer ou être presque nuls après une lésion profonde et assez étendue. De même, sur le chien, les paralysies guérissent et disparaissent en quelques jours après la destruction complète de toute la zone motrice; et, contrairement à ce que l'on a prétendu, je n'ai jamais vu, dans ces cas-là, de nouvelles zones excitables se reformer autour de la lésion. Une augmentation de l'excitabilité corticale peut coïncider avec de la paralysie ou avec des contractures. Il est, de plus, difficile de définir la forme des troubles corticaux, qui, presque toujours, présentent un mélange ou une succession de signes de contracture et de paralysie... Contrairement à ce que l'on a cru voir, la paralysie produite par les lésions corticales porte sur tous les mouvements, volontaires, coordinateurs ou réflexes. Sur le singe, par exemple, j'ai observé souvent des hémiplégies complètes et totales. Sur le singe et sur le chien, dans les cas où les troubles sont moins marqués, on trouve les mouvements bilatéraux associés de respiration, de clignement, de marche, etc., à peu près intacts; mais, parmi les mouvements unilatéraux, ceux que l'on peut qualifier de volontaires sont les moins atteints... Je n'ai jamais pu observer de véritable monoplégie, et la paralysie des deux membres sur le chien, du membre antérieur sur le singe, a été seulement prédominante dans la plupart de mes expériences. Dans toutes mes expériences, j'ai constaté conjointement des modifications des divers appareils périphériques moteurs sensitifs ou même calorifiques. La forme des troubles pouvait varier : l'œil sur un animal, la peau sur un autre, étaient paralysés en même temps que les membres, mais jamais un trouble moteur appréciable n'a existé isolément; il n'y a donc pas de rapport direct entre l'état du cerveau et l'état de fonctionnement de l'un ou l'autre des appareils périphériques. Au point de vue anatomique, l'auteur déclare qu'il est impossible de découvrir aucune relation entre la nature du syndrôme sensitif, calorifique et moteur et le siège de la lésion.

Au lieu de considérer l'ensemble des troubles, si l'on analyse seulement les phénomènes mieux connus de paralysie, on voit que ces paralysies existent après les lésions occipitales comme après les lésions fronto-pariétales. Elles affectent si peu de rapport avec le siège de la lésion, que la destruction d'un point donné, sur un singe par exemple, détermine souvent des troubles dans des muscles très différents de ceux qu'avait fait mouvoir son excitation; et, considérée sur différents singes, cette même lésion aura pu produire des contractures ou des paralysies de formes très différentes.

Sur l'action toxique du suc de manioc, par M. *de Lacerda*. — On a considéré le suc de manioc comme un agent toxique très actif, toujours semblable à lui-même, et presque toujours on a assimilé ses effets à ceux de l'acide cyanhydrique.

Des expériences faites par l'auteur, il semble, dit-il, impossible de poser des conclusions précises et d'assimiler, comme on l'a fait, le principe toxique du manioc à un poison toujours identique dans sa composition chimique et dans ses effets. Nous pouvons simplement conclure que le suc de manioc est relativement peu toxique, même pour les variétés les plus nuisibles, et nous devons aussi admettre que les accidents, lorsqu'ils existent, paraissent être produits par une action sur le système nerveux central, qui, suivant les cas, pourra avoir une forme ou un siège prédominant assez irrégulier. Il reste à chercher le mécanisme et la nature de cette action, comme aussi les raisons de ses variations. Il nous semble probable que le suc de manioc se transforme dans l'organisme en des produits divers, qui seuls auraient une action toxique; mais cette induction nécessite de nouvelles expériences pour être vérifiée.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le commissaire général de la future Exposition internationale d'électricité à Paris, offre à l'Académie de se charger de composer et d'installer une exposition spéciale des appareils et instruments destinés aux recherches médicales. (*Commission spéciale.*)

L'Académie reçoit : 1° de M. le docteur *Bar*, médecin-major à Auxonne, un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1880-1881 au 10° de ligne (*Commission de vaccine*); 2° de M. le docteur *Buchholtz* (de Wissembourg), une brochure sur *le danger des inhumations précipitées et les incertitudes touchant l'état de la mort absolue*; 3° de M. le docteur *Cazenave de La Roche* (des Eaux-Bonnes) plusieurs ouvrages sur l'action des sources minérales des Eaux-Bonnes (*Commission des eaux minérales*); 4° de M. le docteur *Druhen* aîné (de Besançon) une *Étude sur la mortalité de la population civile en Franche-Comté pendant l'invasion allemande.*

M. le *Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur *Charnaux* (de Vichy) une *Étude des effets dialytiques des eaux de Vichy sur l'urine diabétique*; 2° au nom de M. le docteur *Da Costa Alvarenga* (de Lisbonne) un ouvrage (traduit en français par M. le docteur E. Bertherand) sur la *Symptomatologie, la nature et la pathogénie du béribéri.*

M. *Constantin Paul* offre, de la part de M. le docteur *Dubourcau* (de Cauterets) quatre brochures sur l'action thérapeutique des eaux de cette ville.

M. *Vulpian* présente, au nom de M. le docteur *Gley* (de Nancy) une thèse intitulée : *Étude expérimentale sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel.*

M. *Bourdon* dépose, de la part de M. le docteur *Louis Caradec* (de Brest) un mémoire ayant pour titre : *Considérations médicales sur la pression atmosphérique.* (*Commission des correspondants nationaux.*)

M. *Le Roy de Méricourt* présente, au nom de M. le docteur Fonssagrives (de Montpellier) la 3e édition de son *Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires.*

M. *Bouley* offre son *Rapport sur les travaux de M. Pasteur* à la Société des agriculteurs de France.

M. *Villemin* présente le premier numéro de la *Revue militaire de médecine et de chirurgie.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose sur le bureau un *compresseur antigastralgique* de M. *Merlateau* (de Bordeaux).

ALTÉRATION DU LAIT DANS LES BIBERONS. — M. *Henri Fauvel*, aide-chimiste au laboratoire municipal de la Préfecture de police, ayant été chargé d'examiner des biberons répandant une odeur fétide, qui avaient été recueillis dans une crèche de Paris, où ils servaient chaque jour, constata d'abord cette odeur n'était pas due à la présence de l'hydrogène sulfuré; le lait était acide, à demi coagulé, renfermant de nombreuses bactéries très vivaces, ainsi que quelques rares vibrions, et ses globules graisseux avaient pris une apparence piriforme. Le tube de caoutchouc servant à l'aspiration renfermait du lait coagulé, les mêmes microbes que dans le biberon, et dans la tetine se trouvaient des amas plus ou moins abondants de végétations cryptogamiques qui, ensemencés dans du petit-lait, ont donné en quelques jours des quantités considérables de cellules ovoïdes se développant en mycélium; ce que démontrent les diverses images obtenues par M. Fauvel à l'aide de la photographie microscopique. Des visites pratiquées immédiatement dans 10 crèches de Paris, il résulte que sur 31 biberons examinés, 28 contenaient dans la tetine, dans le tube, et même, pour quelques-uns, dans le récipient en verre, ces mêmes végétations et ces mêmes microbes. Dans deux cas, les tubes du biberon en mauvais état renfermaient du pus et des globules sanguins; les enfants auxquels ils appartenaient présentaient des érosions dans la bouche. La salive pénétrant dans les biberons ajouterait ses propres ferments à ceux du lait et l'acidité de celui-ci serait due aux bactéries existant à l'état de germes dans les biberons même lavés, d'où le développement des mycéliums. Il reste à déterminer quelle influence ces végétations et ces microbes, coïncidant avec l'altération du lait des biberons, peuvent avoir sur le développement des affections intestinales des enfants. — Ce mémoire dont M. le Secrétaire perpétuel a donné lecture, est renvoyé à l'examen de la *Commission de l'hygiène de l'enfance.*

M. *Jules Guérin* fait remarquer qu'il serait intéressant de connaître la durée de séjour du lait dans ces biberons, afin d'établir si cette durée est la cause des altérations constatées ou si celles-ci sont inhérentes au système des appareils.

RÉACTIF DES PTOMAÏNES. — M. *Armand Gautier*, à propos de la réaction indiquée dans la dernière séance par MM. Brouardel et Boutmy, afin de distinguer les ptomaïnes des véritables alcaloïdes végétaux, ajoute un certain nombre d'alcaloïdes à la liste de ceux cités par ces auteurs comme ne donnant pas de bleu de Prusse après traitement successif par le ferricyanure de potassium et le perchlorure de fer, savoir : l'anémonine, la cryptopine, l'hellénine, la quinidine et la sabadilline. La réaction lui paraît douteuse pour l'hyoscyanine, l'émétine, l'igosurine, la vératrine, la colchicine, la nicotine, l'apomorphine. D'essais qu'il a entrepris sur des substances naturelles très toxiques, non alcaloïdiques et sur un grand nombre d'alcaloïdes artificiels très vénéneux, il conclut que cette réaction est très générale et qu'elle ne saurait complètement caractériser les ptomaïnes; elle s'applique entre autres à des bases très vénéneuses, telles que certaines bases phényliques, la naphtylamine, aux alcaloïdes pyrridiques et hydropirridiques, allyliques et acétoniques. Il ne la considère pas moins comme un précieux moyen dans les cas douteux.

DURÉE DE LA VIE DES GERMES CHARBONNEUX DANS LES TERRES CULTIVÉES. — On se rappelle qu'en février dernier M. Pasteur, en son nom et au nom de MM. Chamberland et Roux, avait signalé à l'Académie des expériences d'après lesquelles la terre recueillie au-dessus de fosses où avaient été enfouis des animaux charbonneux depuis plusieurs années, serait susceptible de produire le charbon par inoculation, les vers de terre étant les agents qui ramènent constamment les germes morbides de la profondeur des fosses à la surface du sol, où ils déposent leurs excréments. Ces faits ayant été contestés par M. Colin (d'Alfort), M. Pasteur offrit de les soumettre à l'examen d'une commission. M. *Villemin*, au nom de celle-ci, vient rendre compte des expériences suivantes réalisées sous ses yeux : deux vétérinaires, MM. Cagny et Roboüan, se rendirent sur les fosses ayant servi à l'enfouissement de moutons charbonneux et signalées par M. Pasteur, à la ferme de Rozières (près Senlis); ils y recueillirent de la terre : 1° sur une vieille fosse datant de douze ans; 2° sur une fosse ne remontant qu'à trois ans, et 3° en dehors du jardin, dans un emplacement n'ayant jamais servi à cet usage. Les boîtes neuves renfermant des échantillons pris à la superficie et à une profondeur de 50 à 80 centimètres furent fermées et scellées immédiatement. Plus tard furent envoyés avec les mêmes précautions un petit sac d'excréments de vers de terre provenant de la fosse de douze ans et une petite boîte de vers recueillis sur la fosse de trois ans.

Le 18 mars, la commission se rendit au laboratoire de l'École normale. Après vérification des scellés, les opérations suivantes furent pratiquées : extraction d'environ 200 grammes de chacune des terres avec une cuillère de porcelaine préalablement flambée, écrasement dans un mortier flambé de même que son pilon, introduction dans un flacon de deux litres qui avait été auparavant porté à 260 degrés; agitation avec un demi-litre d'eau distillée, et précipitation des matières terreuses les plus lourdes par quelques gouttes d'une solution saturée de chlorure de calcium, décantation au siphon de tout le liquide trouble surnageant, l'air rentrant dans le flacon, filtrant sur une couche de coton. On ajoute de l'eau sur la terre restée au fond, puis on décante de nouveau, et ces opérations sont renouvelés six fois; on a ainsi, par six décantations successives, six vases coniques d'eau trouble de un demi-litre environ pour chacune des trois terres soumises à l'expérience. Les vases sont étiquetés et abandonnés recouverts d'un papier flambé.

Le lendemain les dépôts des six vases correspondants à chacune des trois terres sont réunis dans un tube à essai préalablement épuré par la chaleur; les trois tubes sont fermés à

la lampe, portés à 90 degrés pendant vingt minutes, afin de détruire autant que possible, les germes autres que ceux du charbon; le liquide qui surmonte les dépôts étant retiré, on procède aux inoculations avec ces derniers sur trois séries de cinq cobayes.

Le 25 mars, la commission fait les constatations suivantes: 1re *série* (terre de douze ans): tous les cobayes ont succombé, les quatres premiers à la septicémie, le cinquième étant entièrement charbonneux; 2e *série* (terre de trois ans): tous les animaux sont morts, quatre septicémiques, le cinquième charbonneux; 3e *série* (terre vierge): les cinq cobayes sont vivants et bien portants, n'ayant au lieu de l'inoculation qu'une petite nodosité constituée par un abcès enkysté; 4e *série* : les mêmes expériences sont répétés le 30 mars avec les terres de trois et de douze ans sur deux groupes de trois cobayes inoculés avec les fins dépôts de ces deux terres; le 3 avril les six sont morts, cinq ayant succombé à la septicémie aiguë, et le sixième (inoculé avec la terre de douze ans) au charbon; 5e *série* : deux cobayes sont inoculés le 25 mars, un petit avec le sang du cobaye rendu charbonneux par la terre de trois ans et un grand avec le sang du cobaye rendu charbonneux par la terre de douze ans; le 28, ils sont morts du charbon, et une goutte de sang prise à l'oreille de chacun d'eux reproduit en abondance la bactéridie charbonneuse après ensemencement dans du bouillon de poulet; 6e *série*: la commission ouvre le 24 mars la boîte renfermant les vers de terre recueillis sur la fosse de trois ans et extrait de trois ou quatre de ces vers encore vivants une petite quantité d'excréments qu'on inocule à trois cochons d'Inde, qui meurent le 30, deux de la septicémie, un du charbon; une goutte du sang de ce dernier reproduit la bactéridie pure; 7e *série:* M. Pasteur ayant affirmé dès 1879 que la plupart des vers de terre étaient susceptibles de donner la mort par septicémie en dehors de tout enfouissement d'animaux charbonneux, la commission ramassa des vers de terre sur l'emplacement vague de l'ancien collège Rollin où avaient été enterrés des cadavres humains pendant la Commune; les excréments de ces vers furent inoculés le 28 mars à trois cobayes; le 1er avril l'un est mort scepticémique, les deux autres sont encore bien portants; 8e *série :* des excréments de vers ramassés sur la fosse de douze ans sont traités comme les terres, et les fins dépôts pulvérulents obtenus par décantation sont ensemencés, d'après la méthode de M. Pasteur fondée sur la nécessité de la présence de l'air pour le développement de la bactéridie charbonneuse et sur son absence pour celui des vibrions septicémiques; on a ainsi une rapide production de bactéridies qui, inoculées le 30 mars à deux cobayes, déterminent leur mort par le charbon le plus légitime. La commission conclue de ces expériences à « la confirmation évidente des faits annoncés par MM. Pasteur, Chamberland et Roux. »

Borate de quinoïdine comme fébrifuge. — M. *De Vry* (de La Haye), correspondant étranger, présente un échantillon de borate de quinoïdine qu'il a réussi à obtenir à l'état de pureté; il propose l'emploi de ce médicament comme fébrifuge; ce produit a déjà été expérimenté avec succès en Hollande; son prix est très peu élevé et à la dose de 1 gramme il donnerait le même résultat que 666 milligrammes de sulfate de quinine.

Propriétés et fonctions des microzymas pancréatiques. — M. le docteur *Béchamp* (de Lille), correspondant national, s'efforce de démontrer dans une très longue communication que toutes les propriétés du pancréas sont concentrées dans les granulations moléculaires ou microzymas qu'il renferme. Il commence par rappeler les trois fonctions essentielles du pancréas, c'est-à-dire la fonction glycogénique, sa propriété d'acidifier les corps gras et son pouvoir de dissoudre les matières albuminoïdes. Il montre ensuite que, de même que toutes les glandes et tous les tissus, il contient des granulations moléculaires dont il indique les procédés d'extraction par le raclage, la trituration dans l'eau créosotée ou phéniquée, la filtration, le traitement à l'éther et autres préparations élémentaires. On obtient alors des organismes ayant moins de 1 demi-millième de millimètre de diamètre, ne contenant pas trace de bactéries; il y en aurait 15 000 000 000 dans 1 centimètre cube, vingt pancréas de bœufs en fourniraient plus de 130 grammes. Leur composition se rapproche de celle des matières albuminoïdes. Ces microzymas fluidifient promptement l'empois d'amidon, n'intervertissent pas le sucre de canne en glucose et dissolvent rapidement les matières albuminoïdes, les digérant et les transformant quand elles sont insolubles, les modifiant profondément quand elles sont solubes. M. *Béchamp* donne de nombreux détails sur leur action en ce qui concerne la fibrine, la fibrinine, la musculine, la caséine, les albumines de l'œuf, l'osséine; et il cherche à expliquer comment un corps insoluble, tel que la granulation moléculaire du pancréas, peut agir pour les dissoudre sur les corps insolubles précédents; il pense que la granulation moléculaire, celle qui est douée d'activité chimique, est quelque chose d'organisé, de vivant, une cellule réduite au moindre volume, ayant un contenu soluble dans un contenant insoluble, le contenu pouvant s'échapper par osmose, comme seraient, d'après lui, la levûre de bière et les autres ferments organisés. Quant à la pancréatinogénie, il fait remarquer que le tissu pancréatique contient la même matière active que le suc sécrété par la glande, et l'activité du tissu comme du suc se retrouve dans les microzymas; ceux-ci sont donc les agents de transformations chimiques qui s'accomplissent dans le pancréas, les producteurs de la pancréazymase. Recherchant ensuite l'origine des microzymas pancréatiques, il commence par écarter absolument l'hypothèse des germes atmosphériques, et étudiant les tissus *ab ovo*, il y trouve dans tous des granulations moléculaires, parmi lesquelles il en est qui sont des microzymas capables, d'évoluer en bactéries en passant quelquefois par l'état de vibrions. L'origine des microzymas pancréatiques se confond avec celle de l'être lui-même et de la glande qui les contient. Il rappelle en terminant que MM. les docteurs E. Baltus et J. Béchamp ont constaté, après l'injection intraveineuse des microzymas pancréatiques, la mort presque immédiate quand la proportion de ces organismes atteint 1 milligramme par kilogramme d'animal; ils ignorent le mécanisme de la mort dans ces conditions, mais ils ont au moins constaté qu'on ne saurait la rattacher à l'hypothèse d'embolies; chose singulière, les microzymas du foie et même les microzymas du pancréas développés jusqu'à l'apparition de la putréfaction ne fournissent plus que des injections inoffensives. — En somme, les fonctions chimiques et morbifiques, à l'intensité près, sont les mêmes dans le microzyma et dans la pancréatine qu'il sécrète, de telle sorte qu'il est difficile de distinguer ce qui revient en propre à l'agent producteur et au produit. Les microzymas, morphologiquement identiques, ont dans chaque groupe naturel d'êtres, et pour un même organisme dans chaque centre d'activité, quelque chose de spécifique qui est caractérisé par la fonction. Parallèlement à l'évolution anatomique, il y a une évolution fonctionnelle qui aboutit, pour le pancréas, aux très remarquables propriétés de ses microzymas chez l'adulte; mais si physiologiquement il y a évolution fonctionnelle du microzyma, ne peut-il y avoir également une évolution morbide transmissible.

M. *Colin* (d'Alfort) pense qu'il faut avant tout rechercher l'action du liquide sécrété par la glande; montrant à M. Béchamp un flacon de suc pancréatique pur, il lui fait remarquer que ce liquide ne contient que quelques rares granulations, et il lui demande si celles-ci peuvent être considérées comme les principes actifs du suc pancréatique.

M. *Béchamp* répond que les granulations moléculaires sont les facteurs de ce suc, qui a reçu d'elles leur activité.

M. *Colin* (d'Alfort) objecte que c'est là ce qu'il faudrait savoir; on peut extraire de ces granulations de tous les tissus; comment celles contenues dans le pancréas sont-elles les agents, les principes actifs reconnus au suc? Si l'on prend un échantillon très pur de ce liquide, on n'y trouve pas de microzymas, et le lendemain, lorsque le liquide, devenu trouble, en renferme en abondance, c'est alors qu'il a perdu sa propriété essentielle.

M. *Béchamp* maintient que les propriétés du suc pancréatique sont indépendantes des microzymas; lorsqu'il est devenu trouble, les germes de l'air sont intervenus, et l'on a affaire à un produit étranger: les microzymas ont alors changé de fonction. Ce qui le prouve, c'est que lorsqu'on laisse les microzymas se putréfier, ils sont devenus inoffensifs.

M. *Colin* (d'Alfort) en conclut que les fonctions du pancréas sont des plus obscures; d'ailleurs les propriétés saccharifiantes du suc pancréatique sont tout à fait accessoires dans la digestion générale; tous les sucs intestinaux en contiennent, et lorsqu'on enlève le pancréas, ainsi qu'il a pu s'en convaincre maintes fois, les animaux n'en continuent pas moins à se bien porter, à digérer, à faire même de la graisse. Le suc pancréatique n'agit pas le moins du monde comme le suc gastrique, et le produit de la trituration de la glande agit à la façon de tous les ferments. Quant à la propriété particulière qu'auraient les microzymas pancréatiques de tuer immédiatement les animaux dans le sang desquels on les injecte, on sait qu'on peut tuer de cette même manière avec toutes espèces de liquides, avec les produits de la trituration de toutes les glandes possibles; ce n'est pas là une preuve convaincante de leur activité propre.

M. *Béchamp* fait remarquer que ce n'est pas seulement l'émulsion, mais bien l'acidification des graisses que produisent les microzymas du pancréas. Ces microzymas possèdent, en outre, toutes les propriétés du suc pancréatique. Quant aux injections de microzymas dans le sang, les mêmes microzymas putréfiés ne tuent plus, et les animaux tués, examinés avec le plus grand soin, n'ont présenté aucune embolie. Ce qu'il y a de positif, c'est qu'on est en présence d'un organisme nocif se produisant dans un organisme vivant.

ANÉMIE DES MINEURS DU SAINT-GOTHARD PRODUITE PAR L'ANKYLOSTOME. — M. le docteur *Niepce* (d'Allevard) lit un mémoire sur ce sujet, qui a été l'objet de nombreux travaux, depuis quelques années, en Italie; ces travaux ont été analysés pour la plupart dans ces colonnes. Il reproduit les résultats de la plupart d'entre eux, et fait connaître les recherches qu'il se propose d'entreprendre ultérieurement. — Ce mémoire est renvoyé à M. Laboulbène.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Syphilis vaginale secondaire (M. Prieur): M. Martineau. — Stéthoscope flexible à caisse de renforcement: M. C. Paul. — Amygdalite chronique: M. Féréol. — Rapport sur les maladies régnantes: M. E. Besnier. — Traitement de la diphthérie par la pilocarpine: M. Lereboullet.

M. *Martineau* dépose sur le bureau de la Société la thèse inaugurale de M. Prieur sur *la syphilis vaginale secondaire*. Pendant longtemps on a nié les éruptions syphilitiques de la muqueuse vaginale: Jullien, Lancereaux, Cornil, ont méconnu leur existence; cependant Rollet a décrit des syphilides papuleuses du vagin et Fournier des syphilides papulo-érythémateuses et ulcéreuses; M. Martineau a souvent observé à Lourcine des syphilides vaginales et les considère comme une cause active de contagion; il croit même, contrairement à M. Fournier, qu'elles sont aussi fréquentes que celles du col utérin. Il a eu également l'heureuse chance d'observer trois cas non douteux de chancre infectant du vagin, lésion à peine entrevue par Ricord et contestée par la plupart des syphiligraphes.

— M. *Martineau* fait hommage à la Société de sa brochure sur *la propagation de la syphilis et sa prophylaxie.*

— M. *C. Paul* présente le stéthoscope flexible dont il est l'inventeur et auquel il a adapté, dans le but de fixer le pavillon sur la peau du malade, la ventouse annulaire du transfuseur de Roussel; cette modification a eu comme résultat imprévu de doter l'appareil d'une véritable caisse de renforcement qui permet d'apprécier facilement les souffles cardiaques les plus faibles; le tube de caoutchouc peut être bifurqué à son extrémité et constituer un stéthoscope biauriculaire.

— M. *Féréol* présente un malade âgé de quarante ans et qui est atteint d'une lésion des amygdales de nature difficile à déterminer. D'une bonne santé ordinaire jusqu'à l'âge de vingt ans, cet homme fut affecté depuis cette époque de poussées inflammatoires du côté de la gorge, revenant périodiquement tous les hivers avec plus ou moins d'intensité et compliquées quatre fois de petits abcès ouverts spontanément dans l'arrière-bouche. Cette année, le 20 mars, nouvelle angine, plus intense que les précédentes, qui obligea le malade à entrer à l'hôpital Beaujon. On constatait à ce moment une hypertrophie considérable des deux amygdales qui étaient saillantes, déchiquetées, de forme irrégulière et d'une coloration rouge violacé avec des points blancs jaunâtres ou d'un brun plus ou moins foncé: ces derniers ressemblaient à de petites plaques de sphacèle. Quelques ganglions cervicaux peu volumineux. En même temps on remarquait sur le corps de cet individu une éruption mixte composée d'une roséole et des divers boutons de la gale; cette éruption était apparue, disait-il, en même temps que l'angine. Aujourd'hui on constate encore les mêmes lésions, bien que la gale ait presque entièrement disparu sous l'influence d'un traitement approprié; mais la roséole persiste et sa nature syphilitique ne semble pas douteuse, bien qu'on ne trouve en aucun point la porte d'entrée du virus; les deux amygdales présentent toujours le même aspect, bien que depuis quelques jours les petits points de sphacèle se soient éliminés, laissant à leur place de légères ulcérations; la luette, le voile du palais et ses piliers, la base de la langue, le pharynx sont absolument indemnes. M. Féréol n'a jusqu'ici prescrit que le chlorate de potasse, qui n'a donné aucun résultat, et l'huile de foie de morue depuis une quinzaine de jours. Il serait heureux d'avoir l'avis de ses collègues sur le diagnostic et le traitement de cette singulière affection; est-ce un lupus, un épithélioma? La symétrie et la localisation exacte aux deux tonsilles semblent infirmer cette hypothèse, d'ailleurs l'affection date de vingt ans. Est-ce une forme anomale d'amygdalite chronique? La syphilis a-t-elle quelque part dans la pathogénie de la lésion?

M. *E. Besnier* n'a jamais observé de lésion semblable; il est d'avis que l'on doit écarter le diagnostic d'épithélioma et aussi de lupus; il croit qu'il serait bon d'enlever une partie de l'une des amygdales afin de pratiquer l'examen histologique du tissu morbide. Quant à la syphilis, qui paraît de date récente, il ne pense pas qu'elle ait un rapport direct avec l'affection des tonsilles.

M. *Gouguenheim* reconnaît que le diagnostic est difficile, mais il admettrait volontiers l'hypothèse de plaques muqueuses ulcérées des amygdales, dont l'aspect se trouverait modifié par suite de l'inflammation chronique de ces organest

M. *Martineau* est également d'avis qu'on est en présence de lésions secondaires d'une syphilis datant de deux mois

environ, greffées sur une amygdalite chronique; il engage M. Féréol à essayer l'effet du traitement spécifique, qui agira sans doute rapidement sur la marche de l'affection.

— M. *E. Besnier* donne lecture de son *rapport trimestriel sur les maladies régnantes.* Pendant les mois de janvier, février et mars 1881, la température moyenne a été de 3°,9; la hauteur des eaux de pluie a atteint le chiffre élevé de 152,1 millimètres; la tension électrique a été représentée par 37, et la hauteur barométrique s'est maintenue constamment inférieure à la normale. La mortalité générale a été de 4415, et par suite bien supérieure à la moyenne calculée pour les neuf dernières années, qui ne s'élevait qu'à 3793; cet excédant est dû en partie à l'extrême léthalité des pneumonies, qui a atteint le chiffre de 42 pour 100. La diphthérie dont la courbe multiannuelle avait cessé de s'abaisser en 1880, a présenté une recrudescence dans le premier trimestre de 1881 : 543 décès au lieu de 514, chiffre calculé pour le trimestre correspondant de l'année précédente. Cette exacerbation est d'autant plus inquiétante, que le paroxysme normal de cette affection a lieu pendant le deuxième trimestre de l'année. Les fièvres éruptives ont suivi leur mouvement ascensionnel régulier pour la saison; la rougeole, cependant, est encore assez éloignée de son apogée, qui n'a lieu qu'en été. La léthalité a été élevée pour chacune d'elles, mais surtout pour la variole, qui a fourni 24 décès pour 100 dans les hôpitaux; la mortalité a été de 70 à 80 pour 100 pour les varioleux non vaccinés antérieurement, tandis que, dans le cas contraire, elle n'a pas dépassé 16 pour 100; c'est là un argument de plus en faveur, sinon de la vaccination obligatoire, du moins de la création d'instituts vaccinaux offrant toute garantie aux individus qui, de leur plein gré ou par contrainte légale, voudront recourir à la vaccination. Quant à l'isolement des varioleux, il ne peut être pratiqué que dans les agglomérations d'individus régulièrement administrées; pourquoi d'ailleurs serait-il plus rigoureusement prescrit que celui des malades atteints de rougeole, de scarlatine ou de diphthérie? La fièvre typhoïde a présenté un paroxysme anormal : 1288 cas observés dans les hôpitaux ont donné 315 décès, soit 20 pour 100! Les affections puerpérales, malgré les précautions prises, se montrent encore par poussées épidémiques; la nécessité de l'isolement absolu des services d'accouchement paraît évidente. Le 24 mars une semblable épidémie a éclaté à l'hôpital Tenon; onze femmes furent prises d'accidents en vingt-quatre heures : la veille, M. Rendu avait pratiqué une autopsie de fièvre typhoïde avec perforation intestinale et le vent soufflait de l'amphithéâtre vers la salle des femmes en couches. M. Rendu prend cependant dans son service toutes les précautions désirables et emploie les injections vaginales d'acide phénique et les compresses phéniquées en permanence sur la vulve.

M. *C. Paul* rappelle qu'il y a quinze ans, à propos de l'hyposulfite de soude, il a préconisé les compresses à la vulve. Les lochies ne fermentent et ne prennent de l'odeur qu'une fois sorties du vagin, la compresse antiseptique prévient tout phénomène de ce genre. Il fait donner, dans son service, des lavements quotidiens d'hyposulfite à tous les malades atteints de dothiénentérie ou de dysenterie, afin de désinfecter les selles à l'intérieur même du rectum et de prévenir toute diffusion du contage par le transport des bassins renfermant les matières fécales.

— M. *Lereboullet* communique l'observation d'une jeune fille de onze ans, lymphatique, d'un tempérament herpétique, qui, le 21 avril dernier, fut prise presque subitement d'une défièvre vive avec angine et adénite sous-maxillaire et cervicale terminant un œdème considérable du tissu cellulaire ambiant. Quelques heures à peine après le début de la maladie, on constatait déjà sur l'amygdale droite trois plaques pseudo-membraneuses, et le diagnostic d'angine herpétique que la rapidité du début et les antécédents de la malade devaient faire admettre se trouvait écarté d'emblée par la consistance, l'aspect, la disposition des fausses membranes, ainsi que par l'engorgement si considérable des ganglions sous-maxillaires. Le traitement consista dans l'usage permanent de pulvérisations et de gargarismes à l'eau de chaux phéniquée. On essaya, en même temps, d'enlever les fausses membranes à l'aide d'un pinceau imbibé de perchlorure de fer et de faire prendre, à l'intérieur, ce médicament très dilué dans de l'eau sucrée. Cependant, dès le lendemain, les fausses membranes envahissaient tout le pharynx et gagnaient les fosses nasales. Leur coloration grisâtre, leur odeur presque fétide accusaient la gravité de la maladie. On recommanda l'administration du lait et des boissons alcoolisées, l'alimentation la plus variée et la plus réconfortante tout en continuant l'usage permanent des pulvérisations phéniquées, des gargarismes phéniqués et des gouttes de perchlorure de fer. Malgré tout le soin apporté à empêcher la reproduction des fausses membranes, celles-ci devenaient de plus en plus épaisses et de plus en plus envahissantes. Le badigeonnage du fond de la gorge provoquait des hémorrhagies très pénibles. La respiration par les fosses nasales était presque impossible.

Le 25 avril, M. Archambault, appelé en consultation, ne put que confirmer le diagnostic de diphthérie maligne. Le pronostic fut des plus sérieux. Le traitement fut approuvé. Mais, ainsi que l'avait prévu et annoncé M. Archambault, l'inappétence devint bientôt absolue, la déglutition impossible. Toute médication interne dut forcément être supprimée. Les urines très rares devinrent albumineuses. Enfin, le 27, se produisait un premier accès de croup. La situation paraissait désespérée lorsque M. Lereboullet eut recours à la médication suivante : Tout en continuant incessamment, jour et nuit, les pulvérisations phéniquées, pratiquées soit à distance à l'aide d'un pulvérisateur à air chaud, soit de très près dans la gorge et les narines avec un pulvérisateur automatique, il fit entourer le cou de l'enfant d'une cravate de glace, laver et frictionner énergiquement la peau toutes les deux ou trois heures avec de l'eau éthérée et alcoolisée; il prescrivit deux fois par jour des lavements de peptones, et, dans l'intervalle, un lavement phéniqué; enfin, dans la journée du 27, il fit deux injections sous-cutanées renfermant chacune 5 milligrammes de nitrate de pilocarpine. Deux accès de croup s'étaient déjà manifestés et l'asphyxie était imminente, lorsque, six heures après la deuxième injection hypodermique, une salivation assez abondante se manifesta. L'enfant expectora de nombreuses et épaisses fausses membranes en même temps qu'avec ses doigts elle en retirait d'épaisses et de très cohérentes de ses deux narines. La nuit du 27 au 28 fut assez calme. Le lendemain et les jours suivants, la médication fut continuée, et trois injections par jour de nitrate de pilocarpine (0gr,015 dans la journée) furent pratiquées. Le second jour du traitement (30 avril), la malade, qui depuis trois jours n'avait rien pu avaler, se mit à croquer à pleines dents des morceaux de glace. On recommença immédiatement l'alimentation; on fit prendre des glaces, des bouillies à la farine lactée, des laits de poule au café, des gelées de viande, etc. On continua en même temps les lavements à l'acide phénique et à l'alcool, et, à des intervalles assez éloignés, les lavements de peptone. Peu à peu, les badigeonnages au perchlorure de fer et même la médication ferrugineuse (teinture d'extrait de pommes ferrugineux) peuvent être repris. L'albuminurie, qui avait atteint des proportions considérables, diminua, puis disparut. Enfin, au vingtième jour de la maladie, tous les accidents parurent conjurés. En terminant, M. Lereboullet déclare qu'il a eu affaire à une enfant d'une docilité extrême, à des parents très intelligents et d'un dévouement admirable. Il croit que la continuité des soins, les pulvérisations phéniquées, l'alimentation artificielle, la médication ferrugineuse, n'ont pas été étrangères au résultat obtenu, mais il pense aussi que les injections de pilocarpine ont eu pour résultat de favoriser l'expulsion des fausses membranes et d'enrayer le croup.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle qu'il y a deux mois environ, un médecin a employé la pilocarpine dans plusieurs cas semblables et en a obtenu d'excellents résultats; il a publié les observations à l'appui et a même tenté de donner une théorie de l'expulsion des fausses membranes par l'hypersécrétion glandulaire et muqueuse sous l'influence du médicament.

M. *E. Labbé*, depuis trois ou quatre ans, s'est servi dans le même but du jaborandi; il a enregistré quelques succès.

M. *C. Paul* s'étonne de voir qu'avec une dose relativement forte de pilocarpine, M. Lereboullet n'ait déterminé que de la salivation et pas de sueurs; la sueur était le phénomène le plus constant.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que 1 centigramme de pilocarpine correspond à 4 grammes de jaborandi.

— A cinq heures et demie, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Accidents osseux tardifs de la syphilis héréditaire.

M. *Lannelongue* lit un mémoire sur la syphilis héréditaire osseuse tardive; ce mémoire est basé sur six observations.

1° Garçon de onze ans. Pas de renseignements précis sur les parents. La mère a eu onze enfants, dont dix sont morts avant l'âge de dix ans. Ce garçon n'est pas rachitique; à l'âge de cinq ans, il eut une douleur dans le tibia gauche; exacerbations nocturnes; le tibia gonfla de haut en bas, et la peau de la jambe se couvrit de vésicules qui s'ulcérèrent. On ne constate pas d'abcès. Le péroné gauche, l'humérus et le fémur droits, puis les deux cubitus se tuméfient peu à peu. M. Lannelongue prescrit le mercure et l'iodure de potassium. En quelques mois les douleurs disparaissent et tout se cicatrise.

2° Enfant de onze ans et demi. Syphilis probable du côté du père. Le 21 décembre dernier, douleurs vives au cubitus gauche; il se développe sur la diaphyse de cet os une véritable tumeur osseuse; douleurs nocturnes; traitement à l'iodure de potassium. Le cubitus est redevenu presque normal.

3° Garçon de douze ans. Père syphilitique avant la conception. A deux ans, plaques muqueuses anales. A neuf ans, gonflement du tibia droit, puis du cubitus et du radius gauches. Céphalée. Gomme à la partie postérieure de la jambe; cette gomme disparaît par le traitement mixte, et les lésions osseuses sont atténuées.

Les observations 4, 5 et 6 ressemblent aux trois observations précédentes.

Quand on explore les os, ils paraissent extrêmement denses. L'état général des enfants paraît bon; ces enfants ne sont ni rachitiques ni scrofuleux; ils n'ont pas de fièvre. Chez presque tous, on retrouve la déformation dentaire de Hutchinson; les lésions apparaissent entre quatre et dix-huit ans, dans la période d'activité du squelette. Enfin, chez tous les malades, le traitement antisyphilitique agit d'une façon évidente.

M. Lannelongue termine sa lecture par les conclusions suivantes :

La syphilis héréditaire donne lieu, pendant la période d'activité du squelette, à des troubles qui ont diverses conséquences. Suivis dès l'origine, ces troubles se montrent à l'état d'inflammations subaiguës de l'os et du périoste.

Le gonflement de l'os prend la forme des périostoses et des hyperostoses, et il amène une augmentation du volume et de la longueur de l'os. Le siège de ces hyperostoses est la région des diaphyses voisines des épiphyses, point où l'activité nutritive est extrêmement accentuée; de cette région le travail néoplasique se propage le long des diaphyses, suivant une marche centrale ou périphérique. Il peut comprendre 10 ou 15 centimètres de l'étendue d'un os long. L'évolution ultime de ces hyperostoses amène quelquefois, comme chez l'adulte, des abcès et des esquilles. Elle laisse en tout cas des déformations singulières et permanentes que le traitement est impuissant à guérir. Ces déformations ont une physionomie particulière qui permet de les reconnaître.

Les os longs des membres peuvent en être frappés; mais il semble, d'après les faits, qu'on doit mettre au premier rang le tibia, le cubitus, le radius, le fémur et l'humérus.

M. Lannelongue ne saurait affirmer que toutes ses observations sont absolument du domaine de la syphilis héréditaire, car on pourrait, à la rigueur, concevoir et soutenir qu'il y a eu avant l'époque de l'apparition des accidents osseux un accident primitif qui a échappé.

Dans l'observation II, il a existé, en effet, à l'âge de deux ans, des plaques muqueuses anales. Mais, dans les autres faits, on ne trouve aucune trace de l'inoculation primitive, et l'un des parents, sinon les deux, fournissent la preuve de la syphilis avant la procréation du nouveau-né. Il est d'ailleurs parfois bien difficile d'arriver à une enquête satisfaisante; le mauvais vouloir des parents, leur incurie, sont des obstacles contre lesquels on se heurte.

Que les accidents soient imputables, dans un cas, à l'hérédité, et, dans l'autre, à une inoculation pendant la naissance ou le bas âge, il n'en importe pas moins de reconnaître, dès leur origine, ces formes de syphilis infantile tardive, lorsqu'elles frappent le squelette. En effet, les accidents syphilitiques qui atteignent les os en pleine activité de leur développement, impriment à ce développement une direction fausse et viciée, dont la cause méconnue conduira à des déformations permanentes et incurables.

Au contraire, le traitement mixte d'abord, ensuite l'iodure de potassium, arrêtent l'évolution des lésions osseuses quand les malades sont traités au début. Le traitement amène la disparition presque complète du gonflement de l'os dans les premières phases du mal. Mais il n'en est plus de même lorsque l'os a pris une nouvelle contexture, le traitement spécifique n'a plus guère d'effet que sur les complications de voisinage, à partir du périoste jusque dans les parties molles. Ces complications guérissent, mais l'os conserve sa forme défectueuse, avec une densité plus grande et une apparence beaucoup plus compacte.

M. *Verneuil* a rencontré trois faits de ce genre, et le diagnostic a été facile. Ce qui est difficile, c'est le diagnostic différentiel entre la syphilis héréditaire et la syphilis prise en nourrice. Les trois faits de M. Verneuil sont des exemples de syphilis prise en nourrice.

1° Garçon de dix-sept ans. Jambe droite couverte de gommes et de cicatrices anciennes. Depuis cinq ans, nouvelles poussées d'éruptions. La mère avait pris la syphilis d'un nourrisson et l'avait donnée à son enfant, alors âgé de près de deux ans (renseignement sûr).

2° Jeune fille de douze ou treize ans. Jambes couvertes de gommes suppurées. La mère avait pris la syphilis après la naissance de cette enfant et la lui avait ensuite communiquée (renseignement sûr).

3° Enfant ayant une gomme au coude, périostose au fémur, et ulcération à la jambe. Il avait pris la syphilis en nourrice.

Etant donné des manifestations syphilitiques tertiaires chez des enfants ou des adolescents, est-il possible de distinguer si la syphilis est héréditaire ou acquise?

M. *Duplay* a communiqué il y a trois ans des observations d'ostéo-périostites subaiguës. Il avait vu, chez des jeunes sujets, des gonflements osseux paraître rapidement et disparaître presque sans traitement. Cette forme d'ostéite pourrait peut-être aussi être rattachée à la syphilis; il faut dire toutefois que les malades ont guéri sans traitement.

M. *Boinet*. Un homme vient chez moi avec un chancre et des plaques muqueuses; au bout de quelques mois il se marie, sa femme devient enceinte et fait une fausse couche; elle contracta la syphilis et subit un traitement. Elle eut ainsi huit grossesses. A la neuvième, elle eut une fille. Cette enfant fait une chute à l'âge de quatre ans; une écorchure au bras ne peut se fermer. M. Boinet institue le traitement spécifique, et la plaie guérit rapidement.

M. *Trélat* a observé en deux circonstances des ostéites particulières sur les os des phalanges et du métacarpe. Chez un enfant de deux ans, le pouce devint fusiforme; teinture d'iode, huile de foie de morue; guérison. Deux ans après, le cinquième métacarpien était pris; même traitement; guérison. Dans l'autre observation, une petite fille eut le troisième métacarpien malade; même traitement; guérison. S'agit-il, dans ces cas, d'ostéo-périostite strumeuse? Le traitement ordinaire a eu raison de ces affections. Le traitement par l'iodure ne peut être invoqué pour faire le diagnostic différentiel.

M. *Després*. Les malades de M. Lannelongue étaient atteints de syphilis. Quand on trouve des plaques muqueuses à l'âge de deux ans, il s'agit de syphilis communiquée par la nourrice. M. Després a observé chez des enfants non syphilitiques des accidents qu'il a appelés accidents tardifs des maladies graves de l'enfance (rougeole, variole, fièvre typhoïde, etc.), et qui ressemblent à ceux décrits par M. Lannelongue.

M. *Lucas-Championnière*. L'iodure de potassium agit aussi bien sur les scrofuleux que sur les syphilis tertiaires. Ne pourrait-on pas traiter les malades par les frictions mercurielles; ce serait un moyen de confirmer le diagnostic. Chez un enfant de quatorze ans, ayant des parents sans syphilis ni scrofule, M. Championnière a vu les lésions étudiées par M. Lannelongue guérir avec l'iodure de potassium; et il n'y avait pas traces de syphilis. Enfin M. Broca disait que toutes les lésions qui prennent l'enfant au moment de l'évolution des dents, amènent l'altération dentaire de Hutchinson; cette altération n'est donc pas caractéristique de la syphilis.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

Observation d'accouchement quintigémellaire, par le docteur Volkmann.

L'auteur fut appelé près d'une femme, âgée de vingt-sept ans, qui avait déjà eu deux enfants vivants du sexe féminin. Le travail avait commencé à onze heures du matin, et à neuf heures et demie du soir la première poche d'eau perça. Immédiatement après, le premier enfant naissait, se présentant par le vertex. En faisant un examen *per vaginam*, on sentit que la seconde poche des eaux était très distendue. Elle perça à la douleur suivante, et le second enfant fut rapidement extrait, la tête la première. Le troisième naquit de la même façon, puis les douleurs se calmèrent pendant quelque temps; elles reparurent ensuite, et le quatrième enfant vint comme les trois autres. Quelques minutes plus tard, le cinquième venait en masse, avec son placenta et les poches d'eaux non percées; puis venaient, bientôt après, deux autres placentas, l'un grand, l'autre petit. L'utérus se contracta spontanément, et il n'y eut pas d'hémorrhagie. Les enfants étaient tous bien conformés. Les quatre premiers étaient du sexe masculin; tous respiraient, mais n'ont vécu que quelques heures. Le dernier, qui était une fille, a vécu le plus longtemps, c'est-à-dire cinq heures. Ils paraissaient tous avoir six mois et demi de vie intra-utérine. Les trois premiers étaient dans une seule poche et les trois placentas joints l'un à l'autre. Le quatrième et le cinquième enfant avaient chacun un placenta et un chorion séparés. La mère se rétablit sans qu'il soit survenu aucune complication (*American Journal*, janvier 1880).

BIBLIOGRAPHIE

Des dyspepsies gastro-intestinales, par M. le professeur Germain Sée. Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

« On a jusqu'ici manqué de précision en n'étudiant que la dyspepsie gastrique; il n'y a pas qu'une seule digestion; outre celle qui se passe dans l'estomac, il faut désormais admettre une digestion intestinale, pancréatique, biliaire, par conséquent autant de dyspepsies..... On a manqué aussi de clarté en comprenant sous le nom de dyspepsies tous les troubles fonctionnels de l'estomac, tels que la gastralgie, les tympanites, les vomissements, quels que fussent leur cause, leur origine... Enfin on a consacré une hérésie pathologique, en confondant la dyspepsie avec la gastrite simple ou catarrhale... » Telles sont les premières phrases du nouveau traité des dyspepsies que vient de faire paraître M. le professeur Germain Sée. Elles sont d'une netteté et d'une précision qui ne laissent rien à désirer. En s'exprimant de la sorte, le savant médecin de l'Hôtel-Dieu n'hésite pas, ce nous semble, à affirmer que ses études personnelles contredisent tout ce qui a été écrit jusqu'à ce jour sur l'un des sujets les plus controversés de la pathologie et que la nouvelle définition qu'il donne des dyspepsies : « Les dyspepsies gastro-intestinales sont des opérations chimiques défectueuses » va l'éclairer d'un jour tout nouveau. Il importe donc, avant d'entreprendre l'analyse détaillée des divers chapitres de ce nouveau livre, de chercher à en apprécier l'esprit général et les conséquences pratiques. Et, pour mieux faire voir en quoi les idées de M. Germain Sée diffèrent des idées généralement admises au sujet des dyspepsies, il nous paraît nécessaire, non de rappeler tout ce qui, depuis Cullen, a été décrit sur ce sujet mais bien d'exposer en quelques lignes ce que tous les cliniciens ont toujours implicitement admis quand ils ont eu à traiter des dyspeptiques.

« La définition de la dyspepsie, écrivait il y a plus de dix ans M. Lasègue (*Introduction du traité des maladies de l'estomac de W. Brinton*) est impossible : celui qui se contente de la définir en disant qu'elle est un trouble ou une difficulté de la digestion, n'a fait que traduire le mot grec dans une autre langue; celui qui l'appelle une maladie purement fonctionnelle n'a pas plus avancé la science..... La dyspepsie ne peut pas être nommée une difficulté de la digestion, parce que la digestion n'est pas un acte unique, qu'elle se compose d'une série d'opérations et que le résultat définitif lui-même échappe à notre contrôle. Les malades ont, sans plus d'informé, délimité la maladie. Pour eux, avoir les digestions difficiles, veut dire que le repas est l'occasion d'un malaise spécial, se répétant sous l'influence de l'alimentation. Le phthisique qui mange assez et ne se nourrit pas; le diabétique qui mange trop et se nourrit mal, ne se plaignent pas de dyspepsie, tant qu'il n'est pas survenu de sensation incommode. Le dyspeptique n'est dyspeptique qu'à la condition de souffrir ou de se plaindre et, à ce titre, il reste toujours le principal témoin et le plus indispensable, lorsqu'il s'agit d'instruire son histoire. » Si nous avons cru citer textuellement ces paroles, c'est qu'elles nous semblent exprimer très clairement ce que pensent des dyspepsies la plupart des médecins. Nous n'y ajouterons que peu de mots. Cette conception des dyspepsies, fondée sur un ensemble de phénomènes subjectifs, est certainement imparfaite et provisoire. Il est facile toutefois de faire comprendre qu'elle s'impose souvent au clinicien. Le processus digestif comprend non seulement des actions chimiques, résultant des modifications produites par les sécrétions gastro-intestinales sur les aliments ingérés, mais encore des phénomènes mécaniques et des actes nerveux réflexes. Dans les conditions normales tous ces actes sont inconscients. On ne sent ni comment se font les sécrétions gastro-intestinales, ni à quel moment la masse

alimentaire passe de l'estomac dans l'intestin. Survienne, au contraire, un état névropathique déterminant la perception des sensations normalement inconscientes ou bien une impression périphérique anormale, aussitôt les actes digestifs provoqueront des réactions pénibles. Les hypochondriaques, les hystériques, les névropathes souffriront, alors même que les actes physico-chimiques de la digestion ne seront que fort peu troublés. Quant à ceux dont les sécrétions gastro-intestinales sont perverties, ils percevront les sensations anormales que provoque le trouble digestif. Les uns comme les autres seront devenus dyspeptiques parce qu'il sera survenu une modification *pénible* et *durable* du processus digestif. Et il appartiendra au médecin de déterminer si cette dyspepsie est mécanique ou chimique, gastrique ou intestinale. Pour nous donc, et nous croyons traduire ici une opinion assez généralement admise, ce mot de *dyspepsie* très vague par lui-même, aussi peu scientifique que les expressions de paralysie, d'hydropisie, etc., ne peut servir qu'à désigner non une entité morbide nettement délimitée, non plus que l'ensemble des troubles digestifs qui accompagnent toutes les lésions gastro-intestinales, mais bien un état pathologique des fonctions digestives, déterminant des sensations douloureuses ou pénibles, durant un certain temps, et ne se rattachant directement et exclusivement à aucune lésion anatomique de l'estomac ou des intestins. Nous considérons cette dénomination comme provisoire; nous reconnaissons cependant que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons la remplacer en raison de l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvons de relier chacune des sensations anormales que fait naître la dyspepsie à un état anatomique ou physiologique nettement déterminé.

M. Germain Sée a voulu résoudre la difficulté en donnant de la dyspepsie une définition chimique. Pour lui, nous l'avons dit plus haut, l'altération des sécrétions digestives suffit à caractériser la maladie. « Les *phénomènes chimiques*, dit-il dans son *Résumé général*, sont les seuls qui *caractérisent* la dyspepsie; tous les autres symptômes ne sont qu'un résultat, un effet consécutif et, par cela même, ils ne présentent qu'un *caractère aléatoire*. On n'a donc à prendre en considération que les altérations du suc gastrique : 1° c'est-à-dire le degré de l'acidité chlorhydrique ; 2° la quantité et surtout l'état des pepsines; 3° les altérations du suc gastrique par le mucus; 4° ses modifications physiologiques par la présence des peptones en excès; 5° les troubles peptiques par l'inanition; 6° les signes de la fermentation putride des aliments, à savoir les matières vomies et les gaz de la fermentation anormale. » Nous aurions été très heureux de trouver, exposés avec la précision et la clarté que M. G. Sée a mis à combattre les opinions de ses prédécesseurs, les caractères distinctifs de ces diverses dyspepsies. En parcourant la table des matières si complète et si détaillée de l'ouvrage, en lisant l'introduction et le résumé général que nous venons de reproduire, nous espérions qu'il nous serait possible d'admettre la définition de M. G. Sée et les conclusions pratiques qu'on en devait déduire. Mais pour faire accepter aux médecins cette définition physiologique, il eût fallu, ou bien indiquer les caractères cliniques permettant de reconnaître aisément ces altérations de la sécrétion gastro-intestinale qui provoque les symptômes dyspeptiques et relier les symptômes observés au trouble physiologique qui les détermine, ou bien prouver que les méthodes thérapeutiques qui guérissent la dyspepsie sont bien celles qui ont pour but exclusif de modifier les sécrétions digestives. Que voyons-nous, au contraire? Au point de vue physiologique M. Sée, affirme que « l'élément essentiel et caractéristique du suc gastrique, c'est le ferment azotifère appelé *pepsine* », mais que ce ferment « ne peut agir sans le secours du deuxième principe constituant, c'est-à-dire des acides comprenant certainement l'acide chlorhydrique et selon toutes les probabilités aussi l'acide lactique ». Or, dans le chapitre qu'il intitule : *Dyspepsie par déficit d'acides* il se voit obligé de déclarer que, chez les fébricitants, les dysentériques fiévreux, les anémiques et les chlorotiques, etc., l'acide chlorhydrique n'est pas toujours en défaut, et nous ne trouvons, dans les chapitres suivants, rien qui nous permette d'affirmer, au lit du malade, que cette altération du suc gastrique existe réellement. Quant aux dyspepsies par altération de la pepsine, elles n'existeraient que très rarement. « Il est rare, difficile, dit M. Sée (p. 48) de trouver des dyspepsies par défaut de pepsine. »

Passant au *diagnostic chimique* des dyspepsies, M. Sée reconnaît que « le *déficit* d'acide chlorhydrique ne peut être constaté que par des réactifs très variés, *souvent infidèles*, auxquels on soumet le liquide du pompage ou celui du vomissement »... « Nous attendrons, ajoute-t-il, que la chimie nous ait fourni des moyens certains et expéditifs pour préciser les défaillances de l'acidité stomacale ». Quant à la pepsine, les conditions qui la rendent impropre à la digestion sont « encore à l'étude... et il n'est pas démontré que les pepsines artificielles puissent remédier à cette situation, c'est-à-dire faire sortir la pepsine de son inertie fonctionnelle. »

Si nous consultons ensuite le chapitre consacré à la thérapeutique, nous y voyons que l'auteur conclut à l'inefficacité absolue de l'administration de l'acide chlorhydrique comme médicament digestif et qu'il condamne avec une dédaigneuse sévérité toutes les préparations de pepsine si souvent encore prescrites dans la plupart des dyspepsies. Sur quoi repose dès lors la classification des dyspepsies en dyspepsie par défaut d'acide et par défaut de pepsine, dès l'instant que nous ne pouvons ni constater cliniquement le défaut d'acide ou de pepsine, ni combattre avec l'acide chlorhydrique ou avec la pepsine les troubles digestifs que détermine cette altération hypothétique des sécrétions gastriques? Pourquoi diviser les dyspepsies en vraies ou en fausses dyspepsies, alors qu'il n'existe aucun signe rationnel qui puisse établir une ligne de démarcation entre ces divers états morbides, alors que nous voyons M. Sée lui-même déclarer (p. 149) que le nicotisme ne peut déterminer la dyspepsie et écrire (p. 164) — ce qui nous paraît bien plus conforme à la réalité des faits — que le tabac « détermine tantôt une véritable dyspepsie, tantôt une gastrite? »

Nous ne voulons point d'ailleurs nous arrêter à cette critique. Il nous suffit d'avoir fait comprendre pourquoi nous ne pouvions regarder comme définitives les conclusions générales du nouveau livre de M. G. See. Est-ce à dire pour cela que nous considérions comme blâmable la méthode physiologique qui consiste à s'appuyer sur des notions scientifiques positives pour mieux assurer le diagnostic d'une maladie? Toute autre est notre pensée. Nous croyons qu'on pourra utiliser un jour les nombreux matériaux que M. G. Sée a résumés, un peu hâtivement il est vrai, dans la première partie de son étude sur les caractères chimiques des dyspepsies, sur la composition et les usages de la pepsine, sur l'origine et la composition des gaz des organes digestifs, sur la composition des matières stercorales, etc., etc.; mais ce que nous regrettons de ne point avoir trouvé dans un livre que nous espérions pouvoir louer sans réserves, ce sont des observations vraiment médicales et une interprétation clinique plus rigoureuse des symptômes qui s'offrent chaque jour à l'attention du praticien. Qu'on lise le chapitre consacré au diagnostic. On y verra, entre autres exemples, que M. G. Sée dit connaître des cancéreux chez lesquels la maladie dure depuis huit ans; il cite même un cas de cancer de l'estomac qui aurait duré dix-huit ans et qui présentait des accalmies durant quelques mois ou même un an. Or, deux pages plus loin, nous lisons que la dyspepsie ne suppose ni ne comporte de lésion permanente et cela parce que « dans les dyspepsies les plus vraies, les plus chimiques, il y a des périodes d'une véritable accalmie ». Nous croyons, avec M. G. Sée, que l'accalmie est la

règle non seulement dans les états pathologiques sans lésion, comme les dyspepsies, mais encore dans la plupart des maladies organiques. Mais alors pourquoi en faire un caractère destiné à prouver que la dyspepsie n'est ni l'accompagnement obligé ni la cause de la dilatation stomacale. Et combien mieux nous aurions aimé voir établis à ce propos les rapports qui existent entre les dyspepsies par indigestion, celles qui résultent d'une hyperexcitabilité de la paroi stomacale et les dyspepsies avec dilatation de l'estomac, ou bien encore un diagnostic des dyspepsies d'après leur siège exposé non en quelques lignes (et seulement à propos de la digestion pancréatique) mais avec tous les détails que comporte un sujet aussi important.

Nous avons hâte de passer à la deuxième partie de l'ouvrage, celle qui traite des pseudo-dyspepsies. Nous aimons à déclarer que les atonies intestinales simples ou mécaniques, les atonies intestinales biliaires et l'état que M. G. Sée dénomme atonie spasmodique de l'estomac ont été décrites avec autant d'originalité que de talent. On s'étonnera, sans doute, de trouver dans un ouvrage de ce genre une description anatomique et pathogénique des hémorrhoïdes et une étude anatomo-pathologique des diverses formes de l'entérite pseudo-membraneuse. Mais, quelque étrangers qu'ils puissent paraître au sujet qui nous occupe, ces chapitres d'anatomie normale et pathologique n'en sont pas moins intéressants. Nous pensons même que c'est cette deuxième partie de son ouvrage que M. G. Sée considère lui-même comme la plus neuve et la plus utile et nous ne serions point surpris qu'il attachât plus d'importance à la description qu'il a donné des atonies gastro-intestinales qu'à sa classification physiologique des dyspepsies. Aussi n'avons nous pas été surpris de voir des extraits de cette partie vraiment clinique de l'ouvrage de M. G. Sée publiés à part, ou communiqués à l'Académie comme destinés à définir le caractère général de l'ouvrage.

Nous passons à la troisième partie, celle qui a pour objet le traitement des dyspepsies. Nous avons déjà dit que l'auteur, bien qu'il déclare n'admettre comme traitements rationnels que ceux qui sont basés sur les origines chimiques de la dyspepsie, considère comme inefficaces la médication par l'acide chlorhydrique et par les diverses préparations de pepsine. Le tableau qu'il donne de ces derniers composés, de leur action chimique, et par conséquent de leur pouvoir digestif, montre combien il est difficile de tirer quelque conclusion précise des expériences de laboratoire et comme il faut se garder, au lit du malade, d'être plus physiologiste que médecin. Nous aurions, il est vrai, bien des objections à adresser à cette critique des préparations de pepsine, et surtout à celle du nitrate d'argent, qui nous a paru rendre de si grands services dans les dysenteries et dans les diarrhées chroniques. Mais il faut nous contenter d'exprimer ces réserves pour recommander la lecture des chapitres consacrés à l'étude du lavage stomacal considéré comme une méthode générale de traitement dans les dilatations et à celle du régime qu'il faut conseiller dans les maladies de l'estomac. On trouvera, en effet, dans les pages consacrées à l'étude du régime et de la digestibilité ou de l'indigestibilité des divers aliments, un grand nombre de renseignements dont la plupart des praticiens pourront faire leur profit. C'est dire que si nous n'avons pu admettre, sans de sérieuses critiques, le plan général de l'ouvrage et quelques-unes de ses conclusions, nous aimons à reconnaître qu'on ne peut l'étudier complètement sans y trouver d'utiles enseignements.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — M. Capitan (Louis-Joseph) est nommé préparateur du laboratoire de pathologie et de thérapeutique générale (emploi nouveau).

M. Le Noir (Paul-Louis) est nommé aide du laboratoire de pharmacologie.

MM. Bellangé et Vassaux sont nommés moniteurs d'histologie aux travaux pratiques de la Faculté.

École d'anthropologie. — A partir du 24 mai, M. Bertillon, professeur à l'Ecole d'authropologie, fera son cours de démographie, le mardi et le vendredi, à quatre heures et demie.

Hôpital Laennec. — *Conférences cliniques.* — Des conférences de clinique médicale et chirurgicale auront lieu tous les jours, à dix heures du matin, à partir du 24 mai, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Laennec.

Lundi, M. le professeur Ball. (L'ouverture de ces conférences sera ultérieurement annoncée.)

Mardi, M. Nicaise. (Conférence de clinique chirurgicale.)

Mercredi, M. Legroux; *jeudi*, M. Ferrand; *vendredi*, M. Damaschino. (Conférences de clinique médicale.)

Samedi, M. Nicaise. (Conférence de clinique chirurgicale.)

Visite des malades, à huit heures et demie.

Hôpital du Midi. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses *Leçons cliniques de syphiliographie* le samedi 28 mai, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un concours pour la place de prosecteur s'ouvrira, le 1er août 1881, devant la Faculté de médecine de Bordeaux. — Le lundi 3 octobre 1881, s'ouvrira, devant la même Faculté, un concours pour un emploi d'aide d'anatomie.

Mortalité a Paris (19e semaine, du vendredi 6 au jeud 12 mai 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1128, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 20. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 33. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 11. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 49. — Phthisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 38.—Bronchite aiguë, 44.—Pneumonie, 109.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 55; au sein et mixte, 19; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 112; de l'appareil circulatoire, 61; de l'appareil respiratoire, 77; de l'appareil digestif, 57; de l'appareil génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 10. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 4.

Bilan de la 19e semaine. — L'état stationnaire constaté pour la précédente semaine se maintient, non seulement pour l'ensemble, mais aussi pour le groupe des maladies épidémiques; la diminution dans les décès par diphthérie (33 au lieu de 46) constitue la seule différence entre la 18e et la 19e semaine. Quant à la répartition par quartier, je ne vois guère que le 70e quartier (Clignancourt) qui, par ses 3 décès diphtériques, offre un certain degré de concentration épidémique. Si, à ce même point de vue, je consulte l'enquête sur la morbidité, elle m'apprend que 4 cas de diphthérie se sont déclarés dans le quartier Necker, et 2 en chacun des quartiers : de la Porte-Saint-Martin, de Picpus, de Saint-Lambert (contigu à Necker) et des Epinettes.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 26 mai 1881.

De l'albuminurie dans la fièvre typhoïde.

« L'albuminurie est un des phénomènes les plus constants de la fièvre typhoïde. » Cet aphorisme de M. Gubler, défendu par son élève M. Robin dans sa remarquable thèse inaugurale, est généralement admis en France, mais dans des termes moins absolus peut-être. On attribue volontiers à une erreur d'observation les statistiques étrangères, d'après lesquelles l'albuminurie n'existerait que dans un tiers ou même un quart des cas de fièvre typhoïde. Ordinairement peu abondante, au point d'échapper à un examen superficiel avec nos réactifs usuels, elle est le plus souvent éphémère. Assez rare dans les premiers jours, elle ne se produit d'habitude qu'au début du second septenaire pour disparaître dans le cours du troisième, parfois même plus tôt.

Cette albuminurie transitoire, épiphénomène sans valeur pronostique, n'en a pas moins une grande importance au point de vue du diagnostic, quand on se trouve en présence de ces états morbides mal déterminés qui, à l'origine, pourraient être qualifiés de grippe, de fièvre herpétique avec embarras gastrique, etc., aussi bien que de *typhus incipiens*. Rarement, dans ces cas ambigus qui constituent une des plus sérieuses difficultés de la pratique, le diagnostic emprunté à l'urologie est démenti par les manifestations morbides ultérieures. Tandis que dans les pyrexies franches, aux allures nettes, les urines, chargées de pigments, sont le plus souvent dénuées d'albumine, on les voit dans les processus typhoïdes, dothiénenterie ou pyrexies bâtardes, présenter une coloration beaucoup moins accusée et louchir sous l'influence de l'acide nitrique.

Il y a là un fait clinique incontestable, mais dont la théorie pathogénique reste encore fort obscure. Car, de toutes les hypothèses qu'on a mises en avant, aucune n'est à l'abri de la critique. Sommes-nous en droit d'attribuer cette albuminurie à une poussée congestive du côté des reins, analogue à celle qui se produit du côté des poumons, de la rate, etc., ou à une inflammation superficielle, alors qu'aucun autre symptôme, aucun phénomène urinaire ne vient confirmer cette interprétation, au premier abord satisfaisante ? Pouvons-nous la rapporter à la dénutrition globulaire qu'entraîne le processus fébrile, alors que l'albuminurie fait habituellement défaut dans des pyrexies intenses, brutales, comme la pneumonie, et que d'ailleurs elle se montre souvent au début de la dothiénentérie, quand la température n'a pas encore atteint son fastigium ? Comment, dans l'hypothèse plus séduisante d'une altération humorale, d'une modification pathologique des composés albumineux de l'organisme, comment expliquer la fugacité, la disparition souvent précoce de ce phénomène, à la période d'état de la pyrexie infectieuse ? On le pourrait peut-être, en admettant que l'agent parasitaire de la fièvre typhoïde ne trouve pas dans les reins un terrain favorable à son développement, et que cette localisation du processus morbide, cette néphrite infectieuse, ordinairement peu accusée, ne se traduit que par des manifestations légères et transitoires. La présence de bactéries dans les urines et les reins de certains typhiques (Klebs, Kannenberg, Bouchard) semble plaider en faveur de cette interprétation que nous ne saurions discuter ici incidemment, sans nous aventurer dans le domaine encore mal exploré des néphrites infectieuses.

I

D'ailleurs, c'est une autre face du problème qui a été particulièrement étudiée dans ces derniers temps, et les travaux récents démontrent que les urines ne doivent pas toujours leur principe coagulable à une seule et même espèce d'albumine.

Déjà Icery, dans sa thèse de 1854, avait fait voir que parmi les albumines pathologiques, les unes donnent une coloration violette par la liqueur cupropotassique, tandis que les autres ne se modifient pas sous l'influence de ce réactif. Gehrhardt (*Deutsch. Arch. kl. Med.* Bd V) avait constaté que dans certains cas les urines ne précipitent ni par l'acide nitrique ni par la chaleur, mais seulement par l'alcool, et il attribuait cette « albuminurie latente » à une transformation de l'albumine du sérum en peptone sous l'influence de la combustion fébrile, par analogie avec ce qui se passe quand on soumet l'albumine à une coction prolongée.

Plus récemment, M. Maurel (*Soc. de biol.*, 1880), confirmant les faits avancés par Icery, montra que les albuminuries

fébriles seules, celles de la fièvre typhoïde en particulier, gardent leur coloration normale ou prennent une teinte verdâtre sous l'action de la liqueur de Fehling. De plus, reprenant l'idée de Gehrhardt, il fit ressortir une nouvelle analogie de l'albumine typhique avec les peptones, en montrant qu'elle empêche la réduction de ce réactif par la glycose. Si le fait brut paraît acquis, l'interprétation qu'en propose M. Maurel est passible des plus graves objections. Pour lui, cette albuminurie proviendrait de la digestion incomplète de la fibrine, et « comme elle apparaît chez des individus qui depuis longtemps ne prennent que du bouillon, on pourrait admettre qu'elle est le résultat d'une digestion intracirculatoire de la fibrine du sang ». Mais, comme le fait remarquer Rendu, cette manière de voir n'est pas d'accord avec les faits cliniques; car c'est au début de la fièvre typhoïde que se montre souvent l'albuminurie alors que l'inanitiation ne saurait être invoquée pour en expliquer la genèse.

La question en était là, lorsque M. le professeur Bouchard, (*Soc. de biol.*, 1880) lui fit faire un pas considérable en démontrant l'existence de deux albumines pathologiques distinctes et en indiquant leur valeur séméiologique. « L'albumine des urines albumineuses coagulée par divers réactifs, puis soumise à l'action de la chaleur, tantôt se rétracte en flocons ou en grumeaux qui, au moment où ils se resserrent, laissent sourdre en dehors du coagulum l'urine redevenue limpide; tantôt ne subit pas cette rétraction, de sorte que l'urine reste uniformément louche et lactescente. »

L'expérience a montré à M. Bouchard, et souvent depuis cette communication nous avons pu utiliser cette donnée nouvelle, que les urines albumineuses à *albumine rétractile* appartiennent aux néphrites; elles indiquent une lésion ou une congestion rénale intense qui laisse l'albumine du sang filtrer à travers le rein. Au contraire, les urines albumineuses à *albumine non rétractile* seraient dues au passage par les reins « d'une albumine anormale qui se trouverait dans le sang à la suite d'une mauvaise élaboration des matières azotées par les éléments anatomiques; elles indiqueraient un trouble général de la nutrition ». Elles s'observent dans les pyrexies, les phlegmasies, les cachexies, les empoisonnements aigus, alors que les reins ne sont pas malades.

Or, pour nous en tenir à la fièvre typhoïde, on peut y rencontrer les deux variétés d'albumine. Le plus souvent elle n'est pas rétractile, et alors l'albuminurie n'a d'autre importance clinique que de fournir une preuve nouvelle de l'adultération profonde de l'organisme.

Mais que, comme on l'observe dans quelques cas, l'albumine soit rétractile dès le début de la maladie, ou le devienne à un moment donné, dans le second ou le troisième septenaire, tout autre serait la valeur de l'albuminurie au point de vue du diagnostic et du pronostic. Au milieu du tableau clinique si confus de la fièvre typhoïde, elle met, elle met seule parfois sur la voie d'une lésion rénale plus ou moins intense; elle démasque une complication ordinairement fort grave de la maladie. Si les recherches ultérieures viennent démontrer l'exactitude des assertions de M. Bouchard, contestée par Cazeneuve et Lépine (*Lyon médical*, nov. 1880), nous serions en possession d'un signe nouveau, d'une constatation facile, à la faveur duquel le clinicien pourrait suivre les manifestations rénales dès leur début, en observer l'allure symptomatique, enfin déterminer l'influence qu'elles exercent sur la marche de la pyrexie. Grand serait le bénéfice, car tout est encore obscur dans l'histoire clinique et anatomique des complications rénales de la fièvre typhoïde.

II

Il faut constater, sans trop pouvoir se l'expliquer, que de toutes les questions afférentes à la fièvre typhoïde, seules celles qui concernent l'état des reins dans cette maladie n'ont été encore l'objet d'aucune étude d'ensemble. Les auteurs classiques, comme Griesinger, Murchison, sont à peu près muets sur ce point, ou n'en parlent que d'une façon incidente et très vague. Ils s'accordent à constater la rareté de ces complications; et récemment encore Buhl et Bartels donnaient à ce sujet des statistiques significatives; car l'un n'a trouvé que deux cas de néphrite sur 1000 et le second est arrivé au même nombre pour 300 typhiques.

Et cependant cette immunité relative des reins, dans une maladie *totius substantiæ*, aux complications si variées, doit quelque peu nous surprendre. De part la pathologie générale, on serait porté à croire que bien souvent des lésions passagères ou superficielles, telles que la néphrite épithéliale, passent inaperçues. Il n'en sera plus ainsi du jour où l'on sera en droit d'appliquer les données fournies par M. Bouchard. C'est ce qu'a fait le professeur Renaut (de Lyon), qui, dans une très intéressante note sur un cas de néphrite et d'éclampsie typhoïdes (*Arch. de phys. norm. et path.*, 1881, n° 1) fournit brièvement les caractères microscopiques des urines typhiques à albumine rétractile. Leur sédiment renferme toujours, d'après lui, des cylindres colloïdes, muqueux, épithéliaux, granuleux, enfin des cellules libres provenant des tubes excréteurs du rein. Ce sont là les caractères d'une néphrite épithéliale superficielle, qui généralement est éphémère, et ne constitue, comme l'albuminurie non rétractile vulgaire, qu'un épiphénomène sans gravité et non une véritable complication.

Mais dans d'autres cas, bien plus rares, l'albuminurie, par sa tenacité, par son abondance, par sa coexistence avec d'autres symptômes imputables à un mal de Bright aigu, fournit une note pathologique beaucoup plus importante. Il s'agit alors d'une véritable complication, si tant est que dans les maladies infectieuses il faille dire complication et non détermination morbide.

Les documents que nous donne la littérature scientifique sur cet ordre de faits cliniques, bien qu'assez nombreux, sont trop discordants pour permettre une étude d'ensemble. Cependant il semble qu'ils peuvent être provisoirement rangés dans deux catégories bien distinctes.

Tantôt l'excrétion urinaire ne fournit d'autres signes qu'une albuminurie abondante, coïncidant avec des manifestations ataxo-adynamiques, souvent précoces. Comme la fièvre typhoïde évolue dans les conditions normales, à l'intensité près, comme on ne constate aucun des phénomènes qui appartiennent au mal de Bright, comme enfin les lésions n'ont pas une signification bien nette, on peut se demander si l'albuminurie n'est pas sous la dépendance directe de l'intoxication générale de l'organisme. Tel pourrait être le cas pour les faits rapportés par Legroux et Hanot (*Arch. gén. de méd.*, 1876). Cet intéressant travail renferme l'histoire de cinq typhiques qui eurent tous une albuminurie abondante et succombèrent au milieu de phénomènes adynamiques ou ataxiques. A l'autopsie on trouva une même altération du parenchyme rénal : augmentation considérable de volume, décoloration des reins, altération granulo-graisseuse avancée des épithéliums (stéatose profonde ou néphrite parenchymateuse?).

Tantôt au contraire, les manifestations rénales masquent

les autres éléments symptomatiques, modifient les allures générales de la fièvre typhoïde, au point que l'on peut songer pendant quelque temps à l'existence d'une maladie de Bright primitive. S'agit-il d'une modalité spéciale, d'une *forme rénale* de la dothiénentérie, pour nous servir de l'expression de M. Robin (*loc. cit.*), de M. le professeur Hardy (*Union médicale*, 1877), d'Amat (*Thèse de Paris*, 1878)? Les faits recueillis sont en trop petit nombre pour qu'on puisse dès à présent se prononcer sur la valeur de cette conception qui cadre d'ailleurs fort bien avec nos données sur l'évolution des maladies zymotiques, et sur la localisation dans les reins des petits organismes infectieux (Klebs, Cohnheim, Bouchard).

Réservons donc la question de doctrine pour nous borner à l'esquisse rapide des faits cliniques. Parfois c'est dès le début que se manifeste la lésion rénale : bouffissure de la face, fréquence des épitaxis, précocité et violence de la fièvre, du délire et des accidents adynamiques, urines sanguinolentes, très albumineuses, riches en cylindres et en cadavres épithéliaux, enfin douleur dans la région lombaire, tels sont les caractères que l'on pourrait assigner à la forme rénale de la fièvre typhoïde. D'autres fois ce n'est que dans le second septenaire que se montrent ces manifestations, perdues alors dans le complexus symptomatique si varié de la maladie. Enfin la détermination rénale peut passer à peu près inaperçue, jusqu'à ce qu'on constate soit de l'hydropisie, soit même des accidents éclamptiques d'origine urémique. Des faits de cet ordre ont été signalés par Griesinger et par Leudet (*Gaz. hebd.*, 1880). D'autre part, Renaut, dans le travail auquel nous avons déjà fait un emprunt, rapporte l'histoire d'un typhique, qui mourut au milieu d'accidents épileptoïdes, et le dernier numéro de la *Revue de médecine* (10 mai 1881) contient une note intéressante de MM. A. Robert et E. Gaucher sur un cas de fièvre typhoïde compliqué d'albuminurie avec accidents urémiques, dont l'issue fut heureuse.

Chez son malade, Renaut constata l'existence d'une néphrite mixte ; c'est d'ailleurs aussi à une altération à la fois interstitielle et épithéliale, qu'Amat rapporte les cas de fièvre typhoïde à forme rénale mentionnés dans sa thèse.

Quoi qu'il en soit de la question anatomo-pathologique sur laquelle nous aurons à revenir, à propos des néphrites infectieuses envisagées en général, tous les auteurs s'accordent sur la haute gravité de ces complications rénales. L'albuminurie intense ou tenace doit être considérée comme d'un très fâcheux augure (Robin, Legroux et Hanot).

Parfois aussi, mais ici les assertions des cliniciens ne reposent guère sur des faits démonstratifs, la lésion rénale pourrait survivre à la fièvre typhoïde et le mal de Bright passer à l'état chronique. L'albuminurie du déclin de la dothiénenteric aurait donc une grande valeur pronostique, si l'on ne savait que d'ordinaire elle est liée à la dénutrition exagérée de l'organisme et disparaît en même temps que la convalescence s'accentue : *albuminurie colliquative* de M. Gubler, dont notre maître a signalé l'existence à la fin de diverses affections fébriles.

En résumé, complexe est la pathogénie, variable la valeur séméiologique de l'albuminurie dans la fièvre typhoïde ; l'histoire en est encore à peine ébauchée.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Diphthérie sans angine. — Épidémie de paralysies diphthéritiques, par M. le docteur Boissarie, membre correspondant de la Société de chirurgie, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Fin. — Voyez le numéro 20.)

Voici un second ordre de faits dans lesquels l'angine succède à la paralysie; et bientôt nous allons observer des angines couenneuses sans aucun retentissement sur le système nerveux.

Au moment où les fausses membranes apparaissent chez notre malade, il se produit une détente du côté de la paralysie; on commence à pouvoir l'alimenter; il avale, avec peine à la vérité, mais enfin il avale quelques cuillerées de bouillon. Cependant la paralysie ne disparaît pas avec les couennes, tandis que les fausses membranes se détachent peu à peu, que le pharynx se débarrasse de toute exsudation, que l'angine suit son cours ordinaire dans l'espace de dix ou douze jours, le système nerveux conserve longtemps encore l'impression qu'il a reçue. Pendant deux mois, la voix est nasonnée, le voile du palais reprend lentement ses fonctions; le malade peut difficilement se servir de ses bras et ne peut s'habiller seul. La vue est confuse par trouble de l'accommodation, il y a une presbytie manifeste, la paupière supérieure se relève incomplètement.

Si on pouvait, dans ce cas, supprimer tous les troubles antérieurs à l'angine, si la paralysie avait suivi les fausses membranes, nous rentrerions dans les descriptions les plus classiques et nous aurions une angine couenneuse suivie de paralysie dans ses formes ordinaires avec toutes les nuances qui la caractérisent.

Il n'y a donc qu'une inversion dans l'ordre d'apparition des symptômes, puisque l'angine et la paralysie sont réunies sur le même sujet et que la paralysie précède et suit l'angine, dominant ainsi toutes les autres manifestations.

Une jeune femme du même quartier, la femme Marmier, est allée, dès le début, rendre visite aux victimes de l'épidémie. Elle est atteinte à son tour, le 25 octobre, des symptômes de paralysie, et succombe, le 30, après cinq jours de maladie ; je la vois, le 28, pour la première fois, le pouls est petit et faible à 80, l'intelligence entière, mais la parole est à peine distincte; les urines sont involontaires, la paupière ne peut se relever, la vue est trouble, il y a du strabisme interne plus prononcé à droite, la gorge entièrement paralysée, elle ne peut avaler aucune goutte de liquide ; il n'y a pourtant pas de lésion visible à l'arrière-gorge. Elle se plaint d'une grande anxiété. Le samedi matin, quelques instants avant sa mort, je la trouve dans ce même état, elle éprouve surtout une grande difficulté pour respirer et semble ne pouvoir dilater sa poitrine, son pouls faiblit rapidement, elle meurt sans agonie, sans râle, sans secousse, le cœur et la respiration s'arrêtant en même temps.

L'enfant de cette femme, âgée de dix ans, est prise, trois jours après, des mêmes accidents; elle résiste à la maladie, mais, pendant deux mois, nous voyons se dérouler toute la série des mêmes symptômes : paralysie du voile, des yeux, strabisme. La tête est penchée en avant, les jambes et les bras sont tellement faibles, qu'elle ne peut se soutenir; elle est pâle, sans force, les yeux à demi-fermés.

La portière de l'hôpital et le jeune homme que j'avais observés, dès le premier jour, présentent des troubles analogues, ils se rétablissent, mais, pendant plusieurs semaines, nous observons chez eux les mêmes accidents. La portière

ressent une telle faiblesse dans les bras, qu'elle est obligée de prendre son drap et sa couverture avec les dents pour se couvrir. Chez ces deux malades la paralysie de la gorge n'a jamais été complète; ils ont toujours pu s'alimenter dans une certaine mesure, rejetant parfois les liquides par le nez; ils n'ont gardé le lit ou la chambre que peu de jours, mais, dans la rue, leur démarche était caractéristique; ils chancelaient, le corps et la tête penchés en avant, l'œil éteint et à demi voilé; ils étaient d'une pâleur très grande, avaient un teint cachectique; ces accidents ne se sont amendés que lentement et près de trois mois après nous en trouvions encore les derniers vestiges.

Au milieu de toutes ces manifestations anormales, j'observais, dans le même quartier, plusieurs cas d'angine couenneuse. Tout à côté de la première maison envahie, un enfant de quatre ans était emporté en cinq jours avec des fausses membranes dans la gorge et dans le nez sans aucun symptôme de paralysie; une seconde enfant de huit ans succombait aussi dans les mêmes conditions; enfin des cas nombreux d'angine couenneuse étaient signalés autour de nous et jusque dans les départements voisins. Il y avait, en outre, un grand nombre d'angines à formes indécises avec des exsudations suspectes dans la gorge.

Dans un collège de la ville, j'avais à la fois une vingtaine d'enfants à l'infirmerie dans ces conditions. A ce moment-là, d'ailleurs, les décès par diphthérie étaient signalés partout comme suivant une progression croissante.

Le 30 octobre, la jeune femme dont je parlais tout à l'heure était morte pendant que j'étais auprès d'elle, et, quelques instants auparavant, je lui faisais une injection sous-cutanée de quinine. La veille et l'avant-veille, j'étais resté longtemps auprès de ces malades, cherchant à interpréter la nature exacte de leur affection; le 30, au soir, je suis pris de malaise, de courbature; le lendemain, pour me soustraire à cette influence, je pars pour la campagne, et je cours toute la journée. Mais le soir, vers cinq heures, je ressens un frisson violent, des nausées, et je passe une nuit agitée, sans sommeil, dans une transpiration continuelle; mon pouls reste lent et assez faible. Le matin, j'éprouve un sentiment de constriction à la gorge, j'avale difficilement, plus difficilement les liquides que les solides; au niveau du voile du palais, j'ai la sensation pénible d'un corps étranger que je voudrais cracher, rejeter, et dont je ne puis me débarrasser; ma voix est fortement nasonnée. Ces symptômes persistent avec des alternatives diverses pendant deux mois; n'arrivant jamais jusqu'à la paralysie complète, j'ai toujours pu avaler en prenant des précautions.

Pendant ce temps-là, j'étais très faible, je pouvais à peine me tenir sur mes jambes, ma vue était trouble, confuse, je ne pouvais pas lire. J'avais des douleurs au niveau de la nuque, douleurs avec tension et battements, qui me faisaient beaucoup souffrir. Enfin mon pouls descendait souvent à 50; et, dans ces moments, il me semblait que j'allais m'évanouir. Je ne pouvais ni parler, ni soutenir ma tête. Je n'ai gardé le lit ou la chambre que peu de jours; je me faisais conduire en voiture hors de la ville pour faire de l'exercice et changer d'air. Je prenais beaucoup de toniques, et surtout du vin et de l'alcool; de la quinine à assez hautes doses. Il y a toujours eu, en effet, une certaine intermittence dans les symptômes; toutes les nuits, vers quatre heures, j'avais des frissons suivis de sueur, et, le soir, les phénomèmes de dysphagie devenaient très pénibles; j'avalais alors péniblement. J'ai analysé mes urines et j'ai trouvé, deux fois, une quantité notable d'albumine; je suis resté deux mois sous cette influence, sous le coup de vives préoccupations morales qui n'étaient que trop justifiées; avec des insomnies continuelles, des transpirations abondantes, souffrant surtout de ces constrictions à la gorge, de cette prostration que je ne pouvais vaincre, de cet anéantissement général qui accompagnait le ralentissement du pouls.

J'ai donc éprouvé toute la série des symptômes que j'avais observés chez les autres malades; j'ai constaté, de plus, chez moi, la présence de l'albumine dans les urines. Pendant deux mois je suis resté sous l'influence de ce malaise qui accompagne l'empoisonnement diphthéritique, malaise qui ne peut se décrire, qui échappe à l'observation ordinaire et contre lequel on lutte vainement tant que le poison n'est pas éliminé.

Dans le fait qui m'est personnel, les manifestations de la maladie semblent pourtant avoir été un peu atténuées; j'ai eu de la difficulté pour avaler, de la faiblesse dans les bras et les jambes, des troubles de la vue, de la parésie plutôt que de la paralysie; j'étais aussi le dernier, en date, des malades atteints, et l'épidémie avait épuisé sa violence sur les premières victimes.

En reprenant, par ordre de date, la marche et l'histoire de cette affection singulière, nous voyons que, dans une même maison, cinq personnes sont emportées brusquement : 1° une enfant de trois ans, prise le 13 octobre, meurt le 13; 2° sa mère, prise le 17, meurt le 18; 3° la grand'mère, prise le 19, meurt le 25; 4° le frère de la jeune femme, pris le 22, meurt le 27; 5° la sœur du mari, prise le 25, meurt le 28; 6° le brigadier est pris le 19 octobre; 7° la concierge de l'hôpital, le 24; 8° le jeune homme (Ballat), le 25; 9° la femme Marmier, prise le 26, meurt le 30; 10° la fille Marmier est prise le 1er novembre; 11° je suis pris à mon tour le 30 octobre.

Ce qui fait un total de onze cas; parmi lesquels nous trouvons cinq décès. Cinq malades occupent une même maison, et cinq les maisons voisines. Je suis seul en dehors du foyer, mais j'ai été soumis aux mêmes influences que les autres malades par mon contact fréquent avec eux; tous les malades situés dans la première maison sont morts. Sur les six autres, un seul a succombé.

L'épidémie n'a pas tardé à décroître, à perdre de son intensité, en s'éloignant de son foyer primitif.

J'ai dit quel avait été au début mon embarras pour donner un nom à cette affection singulière. J'avais communiqué mes doutes à mon cher maître et ami, le docteur Raynaud, qui me répondait :

« Le cortège de symptômes que vous me décrivez est tellement insolite, que je suis absolument dérouté, et que je ne sais même dans quelle direction entreprendre une recherche qui puisse être profitable. Vos malades n'auraient-ils pas été antérieurement atteints de diphthérie, *ou placés dans un milieu diphthéritique qui ait pu les impressionner?* Ce serait bien extraordinaire; mais enfin, vos cas semblent se rapprocher de cette variété de paralysie plus que de toute autre. En toute hypothèse, vous me paraissez avoir mis la main sur un fait capital. »

M. le docteur Hayem, auquel je m'étais également adressé, me disait encore : « Les faits dont vous me parlez sont très intéressants; je ne connais rien d'analogue, je ne crois pas qu'on puisse trouver dans les journaux de médecine d'observations qui s'en rapprochent. »

C'est ainsi que nous avions dû suspendre tout jugement définitif sur la nature même de la maladie.

Au début, du reste, l'épidémie était si violente, l'intoxication si profonde, la mort si rapide, qu'il était impossible de saisir la trace de l'affection principale et que l'évolution des symptômes restait incomplète. Au contraire, sur le déclin de l'épidémie, dans les formes atténuées de la maladie, nous avons retrouvé certains signes qui pouvaient nous mettre sur la voie et nous servir de jalons pour nous faire reconnaître la cause et la nature première de ces accidents.

C'est alors que nous avons constaté chez le brigadier cette poussée couenneuse qui remplissait la gorge et la bouche, et que des cas nombreux d'angine diphthéritique ou d'angine simple sont signalés partout autour de nous; c'est alors qu'à côté des premiers malades nous voyons deux enfants succomber avec des fausses membranes sur les amygdales et dans le nez. Il est impossible, d'ailleurs, de méconnaître l'influence générale à laquelle nous sommes soumis, influence qui s'étend

autour de nous sur une vaste zone et semble même générale en France.

Ces conditions de milieu une fois établies, nous voyons une affection qui se circonscrit dès le début dans un seul foyer et enlève presque tous les membres d'une même maison. N'est-ce pas ainsi que procède la diphthérie, et cette année particulièrement ne signale-t-on pas cette propagation par foyers, n'en retrouvons-nous pas l'indication dans tous les bulletins du docteur Bertillon; le fait grave entre tous, dit-il à ce même moment (11 novembre 1880), ce sont les hécatombes par diphthérie, c'est par foyer que l'affection se propage; ainsi, dans le quartier Saint-Victor, tous les enfants qui en ont été victimes fréquentaient une même école.

Dans nos exemples, la contagion est manifeste, et la durée d'incubation est de deux à cinq jours, l'affection est apyrétique, sans retentissements sur les voies digestives, concentrée toute entière sur le système nerveux.

Les nerfs du bulbe sont les premiers atteints, la paralysie commence par le voile du palais, et de là s'étend au pharynx, à la langue, aux muscles de l'œil, détermine des troubles de l'accommodation, du strabisme et la chute de la paupière; gagne les membres, les malades peuvent à peine se soutenir, la portière ne peut relever ses draps qu'avec ses dents; enfin, atteint les muscles inspirateurs, le cœur lui-même, et la mort arrive brusquement, sans agonie et sans trouble de l'intelligence; le siège de cette paralysie, sa marche et ses allures, cette double propriété d'être à la fois épidémique et contagieuse, paralysie développée dans un milieu diphthéritique, que manque-t-il à ce tableau pour caractériser cette affection pour en faire un type classique de complications couenneuses; il manque une seule chose, une angine spécifique ou même une angine simple dans les antécédents de ces malades; cependant, si une angine simple peut suffire, quel élément essentiel apporte-t-elle dans les données de ce problème? n'est-ce pas le cas de dire avec Trousseau que, dans la diphthérie comme dans les fièvres éruptives, l'éruption peut faire défaut; que les manifestations de la maladie peuvent être différentes, quoique répondant toujours à la même cause; que la semence morbifique restant la même, ses produits se modifient suivant le terrain dans lequel elle est jetée; ces données pourtant étaient restées jusqu'à ce jour plus théoriques que pratiques, et dans tous les cas observés les poussées vers les muqueuses ou la peau avaient été le prélude des autres complications; cette indépendance des diverses manifestations diphthéritiques était trop dans la logique des choses pour ne pas recevoir un jour la sanction de l'expérience. Un grand pas avait été fait dans cette voie lorsque l'on avait admis l'existence des paralysies à la suite d'angine simple.

En décembre 1876, M. le docteur Pierret lisait à la Société de biologie la relation d'une observation de paralysie diphthéritique, avec autopsie. Il avait trouvé sur les méninges, surtout aux points correspondants aux nerfs paralysés, au niveau du bulbe et de la région lombaire un exsudat de tous points comparable aux pseudo-membranes diphthéritiques; la lésion du système nerveux étant de même nature que celle des muqueuses, peut être primitive comme elle et devenir la première et la seule manifestation de la maladie.

Enfin, dans les faits que nous venons de citer, aucune preuve ne semble manquer à la démonstration cherchée. Avec un seul symptôme, nous avons pu reconnaître et reconstruire la maladie tout entière.

Au milieu d'une épidémie diphthéritique qui règne autour de nous, nous observons dans un foyer bien circonscrit une épidémie meurtrière qui ne présente qu'un symptôme: la paralysie, paralysie contagieuse; paralysie qui, dans ses allures, pourrait servir de type pour la description des paralysies diphtéritiques, précédant chez le même sujet l'angine couenneuse et persistant encore après l'angine.

Tout semble donc se réunir, et le raisonnement et l'expérience pour établir que la diphthérie n'est pas constituée par l'apparition de fausses membranes à la surface des muqueuses ou de la peau, mais surtout par un ensemble de phénomènes généraux qui ont la propriété d'être épidémiques et contagieux.

C'est une maladie spécifique par excellence, dont les diverses manières d'être, locales ou générales, ne sont que des variétés dans l'espèce et se rapportent toutes à l'action d'un principe unique.

J'ai dit quel avait été, au début, mon embarras pour qualifier cette maladie; mes collègues partageaient mon incertitude, et nous ne pouvions donner au public, pris d'une folle panique, aucune explication plausible. C'est en vain que l'autorité administrative réunit à diverses reprises les membres du Conseil d'hygiène, ils ne purent fournir d'éclaircissements sur la nature de l'épidémie. Notre position devenait embarrassante, nous recevions de tous côtés des demandes de renseignements, et l'on ne pouvait comprendre le motif de nos doutes et de nos réserves.

L'opinion était chaque jour plus défiante à notre égard; on nous accusait vaguement de ne pas savoir interpréter les faits que nous observions; c'est alors qu'un pharmacien, pour rassurer les esprits, affirma bravement que l'on avait été trompé par une fausse apparence, que tous les accidents étaient dus à un empoisonnement par les sardines, et que désormais l'on n'avait plus rien à craindre; dans la première maison envahie se trouvait une épicerie où tout le quartier venait s'approvisionner; cette donnée très simple et très rassurante fit rapidement son chemin, elle fut adoptée par toute la population, qui la trouvait plus facile à interpréter; quelques médecins adoptèrent aussi cette explication, et dès ce jour, la question cessa de passionner, les derniers cas de diphthérie passèrent presque inaperçus.

Je ne m'arrêterais pas à discuter cette hypothèse si cette croyance n'avait encore aujourd'hui ses partisans résolus. D'ailleurs Graves, Trousseau et plusieurs auteurs ont signalé l'analogie qui existe entre les paralysies diphthéritiques et les paralysies causées par certains poissons, par les sardines en particulier, ou par les matières putrides; il importe donc, puisque nous nous trouvons en face d'une affection qui paraît sans précédents, de faire la part de toutes les interprétations et d'arriver encore, par exclusion, à établir notre diagnostic.

Nous disons que, dans la première maison envahie, se trouvait une épicerie où s'approvisionnait tout le quartier, et, dans le quartier, un grand nombre de personnes avaient acheté au détail des sardines à l'huile conservées en boîte et provenant de la maison Louit, de Bordeaux.

Une seule et même boîte de 10 kilogrammes avaient été ainsi entamée et vendue en partie.

Des renseignements que j'ai pris m'ont permis d'établir: 1° que plusieurs personnes avaient mangé de ces sardines sans en sentir aucun inconvénient; 2° que plusieurs des malades victimes de l'épidémie n'ont jamais mangé de sardines; 3° qu'il n'y a aucun rapport de coïncidence entre l'ingestion des sardines et le début des accidents paralytiques.

Dans la maison de l'épicier, la petite fille de trois ans, sa mère et sa tante n'ont jamais mangé de sardines; au contraire, le père, l'oncle et le neveu en ont mangé à diverses reprises et n'ont éprouvé aucun accident; la concierge de l'hôpital a mangé des sardines le 20 octobre, avec son enfant âgé de neuf ans, elle est allée le lendemain et le surlendemain visiter les premiers malades et n'a été prise à son tour que le 24. Quant à son enfant, qui n'a pas été en contact direct avec le foyer de l'épidémie, il n'a éprouvé aucun malaise; la femme Marmier avait aussi mangé des sardines avec sa petite fille le 24 octobre; elle était à ce moment en rapport constant avec les premiers malades; la maladie a débuté chez elle le 26, mais sa petite fille n'a été prise que le 1er novembre, sans avoir, de nouveau, mangé des sardines, et alors qu'elle a puisé dans ce même milieu et dans l'entourage de sa mère

le germe de sa maladie; le brigadier a mangé une sardine le 15 octobre et une le 16, il n'a ressenti à la suite aucun malaise et n'a commencé à être malade que le 19; enfin, pour mon compte, je n'ai jamais mangé de sardines.

Si ces accidents, d'ailleurs, devaient être imputés à cette cause, ils se seraient développés simultanément chez des individus ayant pris part au même repas; tandis qu'ils s'échelonnaient à deux ou trois jours d'intervalle, suivant les lois de la contagion, et à mesure que les malades avaient des rapports entre eux.

S'il fallait encore d'autres preuves, nous les trouverions dans l'étude des symptômes, qui sont analogues, mais non identiques dans les deux variétés. Mais du moment qu'il est établi que près de la moitié des malades n'ont pas été soumis à cette influence, la démonstration est superflue et nous devons écarter cette hypothèse, tout en reconnaissant qu'elle a eu un heureux effet sur l'opinion, et a contribué à rassurer les esprits.

Le mot de diphthérie est tellement inséparable de l'idée d'angine ou de croup, qu'on ne peut le comprendre sans le cortège habituel de ses symptômes. Dans les faits que nous venons de citer, nous n'avions qu'une ébauche bien incomplète de la maladie, et pour la reconnaître sous ces traits affaiblis, il fallait interpréter le génio épidémique dont nous subissions l'influence, et faire appel à une théorie trop complexe pour être comprise du public.

Quel que soit du reste le jugement que l'on porte sur l'épidémie dont nous venons de tracer le tableau, que l'on admette avec nous des paralysies d'emblées, ou que l'on suppose que, chez nos malades, quelques poussées vers la gorge ont pu passer inaperçues; que l'on fasse telles réserves que l'on voudra avant de porter un jugement définitif; ces faits n'en conserveront pas moins tout leur intérêt, provoqueront de nouvelles recherches qui seront la confirmation des nôtres, si, comme nous le croyons, nous avons bien compris et interprété ces premiers exemples, et, de la sorte, nous aurons ajouté une note importante à l'histoire des paralysies diphthéritiques.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Observation d'un épithéliome présentant des caractères cliniques et histologiques exceptionnels. Amputation partielle de la main.

Il s'agit d'une affection à processus ulcératif gangréneux qui en trois mois a détruit en totalité les tissus mous des deux premières phalanges du pouce droit, et qui s'est développée chez une petite fille de cinq ans dont les parents, robustes et laborieux, colons de la Mitidja, sont indemnes de toute diathèse et ont six autres enfants bien portants.

L'affection débuta, dans la première quinzaine de juillet 1880, par une sorte de phlyctène qui coiffa l'extrémité du pouce et gagna le pourtour de l'ongle. A cette phlyctène succéda une ulcération qui amena rapidement la chute de l'ongle, la dénudation de la face dorsale de la phalangine, et entama, mais moins rapidement, les tissus mous de la face palmaire.

L'amputation de la main avait été conseillée. Je résolus (1er octobre) d'enlever seulement la région des deux premiers métacarpiens.

Le mal fut circonscrit d'abord par le fer rouge, puis des morceaux de pâte de Canquoin furent introduits, à cinq jours d'intervalle, dans une fente pratiquée sur l'escharc, et enfin (le 25 octobre) je pratiquai l'ablation de la région circonscrite par le caustique. Le deuxième métacarpien fut sectionné dans son tiers supérieur; le premier fut désarticulé. La guérison fut obtenue assez facilement et il n'y a pas eu récidive.

Examen histologique. — Je décrirai la tumeur en allant de la peau vers la profondeur. Il va sans dire que les coupes ont été faites dans différentes directions. A 5 millimètres au-dessous de l'ulcération, on commence à distinguer les différentes couches de la peau. Les cellules dentelées sont atteintes de dégénérescence colloïde (au lieu d'aller en s'aplatissant à mesure qu'on monte vers la couche cornée, elles tendent à devenir sphériques. Leur noyau est de plus en plus volumineux; leur protoplasma devient trouble et se granule finement autour du noyau. Immédiatement au-dessous de la couche cornée on trouve de gigantesques cellules sphériques à noyau énorme, à nucléole distendu, et qui sont à demi remplies de fines granulations).

Les espaces interpapillaires sont au moins quadruplés en profondeur. En général, ils ont une forme en massue, de sorte qu'ils étranglent la base des papilles. On rencontre dans ces espaces une ou deux grosses cellules colloïdes ou, beaucoup plus rarement, un globe épidermique. A mesure qu'on avance vers les couches profondes des espaces interpapillaires, leurs cellules perdent le type épidermique et semblent se rapprocher de la cellule embryonnaire. Sur les côtés ou au fond de ces espaces, leur revêtement de cellules cylindriques présente des brèches par lesquelles on dirait que les cellules embryonnaires du stroma ont fait irruption. Du reste, à partir de ce point, tout l'intérieur de la tumeur ne présente plus qu'une masse de tissu embryonnaire. Jusqu'au périoste inclusivement, plus de traces de tissus normaux, plus de vaisseaux! Je reviens aux papilles : près de leur pointe, elles sont infiltrées de cellules de même espèce que celles du stroma, mais allongées et tendant à devenir fusiformes. N'est-ce pas un effet de la pression exercée par l'amplification des espaces interpapillaires? Plus profondément, elles disparaissent, et sont, pour ainsi dire, absorbées par le stroma.

A 15 millimètres au-dessous de l'ulcération, la couche épidermique est toujours colloïde, mais les espaces interpapillaires sont moins profonds. S'ils renferment encore des cellules colloïdes, les globes épidermiques y sont plus nombreux. Le revêtement de cellules cylindriques est intact et les sépare du stroma. L'infiltration des papilles est moins accentuée, et sur les coupes parallèles à la surface de la peau on distingue la section des vaisseaux papillaires. Le stroma sousjacent présente des courants de cellules se rapprochant du type fusiforme. En outre des artérioles, qui sont intactes, on trouve de nombreux petits vaisseaux sans membrane propre, et dans la lumière desquels pointe par ci par là l'extrémité d'une cellule. Comme traces des tissus normaux, on ne trouve guère que les tronçons rompus et épars des cylindres musculaires noyés dans du tissu embryonnaire et en pleine dégénérescence vitreuse, des vestiges de tissu fibreux et tendineux, enfin les glandes sudoripares, dont le tube est complètement obturé par un cylindre d'épithélium.

Plus loin, le tissu embryonnaire n'est plus bien développé que dans la peau. Le tissu cellulaire est infiltré, mais reconnaissable. Enfin, au niveau du plan d'ablation, sauf l'hypertrophie et la dégénérescence colloïde de la couche épidermique, sauf la profondeur exagérée encore des espaces interpapillaires et l'état vitreux des muscles, les différents tissus présentent leurs caractères normaux.

Dans aucun point le squelette n'est atteint. Le cartilage d'encroûtement de l'extrémité digitale du premier métacarpien, à nu dans l'ulcération, présente des ulcérations. (Les cellules cartilagineuses proliférant ont formé des cavités irrégulières remplies de cellules embryonnaires, dont quelques-unes, ouvertes à l'extérieur, laissent leur contenu se mélanger avec le stroma.)

Bien que cet épithéliome ne présente pas de lobules, je n'hésite pas à le désigner comme appartenant au type pavimenteux lobulé, à stroma embryonnaire. La formation des lobules est pour la détermination anatomique un phénomène moins important que la pénétration du derme par l'accroissement des espaces interpapillaires, que la présence de cellules colloïdes ou de globes épidermiques dans ces prolongements, que le stroma embryonnaire. Si, dans le cas actuel, la production des lobules épidermiques aux dépens des cellules du stroma voisines n'a été qu'ébauchée, c'est sans doute que la prolifération trop rapide de ce stroma déterminait à mesure sa gangrène couche par couche. Pour le même motif, sans doute, au lieu de voir la tranformation des cellules du stroma embryonnaire en cellules épidermiques semblables à celles des espaces interpapillaires, on voit le phénomène opposé.

En outre des particularités de constitution, d'aspect, de consistance, de marche de l'ulcération que présente ce cas, n'est-il pas intéressant de remarquer qu'il est exceptionnel comme lieu et comme époque de développement, les épithéliomes malins siégeant

d'ordinaire aux bords des orifices muqueux et se produisant rarement pendant l'enfance?

Dr Desmonceaux,
Médecin-major à l'hôpital de Cherchell.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (session d'Alger, 1881).

Section des sciences médicales.

(Fin. — Voyez les nos 16, 17, 18 et 20.)

Séance du 19 avril 1881.

L'Insomnie. — Les inoculations charbonneuses. — Vision des couleurs. — La diphthérie en Russie. — Les microbes de la diphthérie. — Uréthrotomie interne. — Lupus vorax. — Modification du pansement de Lister. — Climat d'Arcachon. — Sur l'acclimatement. — Adénite péri-utérine. — Épizooties de l'Algérie. — Étiologie de la pellagre. — Épidémies de l'Algérie. — Les coiffures au point de vue de la chaleur solaire. — — Pathogénie des hallucinations. — Le pansement antiseptique à l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Électrisation des éléments figurés. — Rhythme cardiaque dans la fièvre typhoïde.

— *Une observation de lupus vorax*, etc., par M. *Vuillet* (de Genève). — Le traitement du *lupus vorax* par l'extirpation est souvent suivi de récidive. Celle-ci est causée par l'existence de prolongements sous-dermiques, dans lesquels le mal s'est étendu, et qui échappent à l'action de l'instrument tranchant. Lorsqu'on traite le *lupus vorax* par ce moyen, il faut donc non seulement enlever la partie visible, ordinairement circulaire et à bords déchiquetés, décollés, de l'ulcération, mais encore rechercher ensuite s'il n'existe pas en quelques points de la plaie des trajets plus ou moins profonds, et les détruire soit en enlevant une partie de la peau qui paraît saine, soit en les incisant et en les disséquant.

M. Vuillet rapporte un cas dans lequel ce traitement fut mis à exécution avec succès.

— *Sur une modification du pansement antiseptique.* — M. *Lister* rappelle que l'irritation de la peau observée quelquefois autour du pansement à l'acide phénique, a été attribuée à cet agent. La gaze a été surtout incriminée, ainsi que la résine et la paraffine qui en font partie, mais surtout l'acide phénique qu'elle renferme. Cependant Lister a remarqué que lorsque la gaze contient une forte proportion d'acide phénique (moitié de son poids) l'irritation était moindre que lorsque la quantité d'acide phénique était plus faible. Cette irritation paraît être causée par le trop long séjour du pansement sur la plaie; les liquides s'altèrent; bien qu'il n'y ait pas de putréfaction, il y a néanmoins une odeur désagréable, et c'est alors qu'on voit apparaître la rougeur de la peau.

Pour prévenir cette irritation, Lister a imaginé divers expédients. Avec une solution d'acide phénique et d'acide salicylique dans la glycérine, il a fait une crème qu'on applique sur la peau avant le pansement ordinaire. Il s'en est bien trouvé. L'acide salicylique paraît empêcher l'altération des liquides de la plaie et prévenir l'irritation.

Tout récemment, Lister eut à traiter une femme de cinquante ans, atteinte d'une hydarthrose chronique du genou, et pour laquelle les traitements ordinaires étaient restés sans effet. On pratiqua le drainage antiseptique. Le lendemain, il n'y avait point d'inflammation dans le genou, pas de fièvre, mais une couleur rouge de la peau sur toute la partie recouverte par le pansement. Lister chercha alors à substituer à l'acide phénique un agent plus efficace. Le thymol avait été abandonné à cause de quelques inconvénients; l'acide borique et l'acide salicylique ne sont ni assez solubles ni assez volatiles. L'essence d'eucalyptus passait pour un antiseptique assez énergique; on l'a employée en Allemagne sous forme de solution à 1 d'huile d'eucalyptus pour 5 d'alcool et 50 d'eau. Mais cette substance est très volatile, passe à travers la gutta-percha et le caoutchouc, et son action n'est pas assez durable par conséquent. Il fallait donc la fixer. La résine ordinaire, la gomme de Damas sont très bonnes pour remplir ce but. On fit donc une gaze avec 1 d'huile d'eucalyptus, 3 de résine et 3 de paraffine; le pansement ainsi fait durait trois jours sans inconvénient. Cette gaze fut appliquée à la malade; dès le lendemain il n'y avait plus d'irritation, de mauvaise odeur; la cicatrisation se fit rapidement.

— *Arcachon et son climat.* — M. le docteur *Bonnal* divise la topographie de la ville en deux parties: ville d'été, ville d'hiver. La première située sur les bords du bassin, est fréquentée par les baigneurs; la seconde, en pleine forêt de pins, est recherchée par les malades atteints d'affections de poitrine.

L'auteur décrit rapidement les propriétés des bains de mer dans le bassin d'Arcachon. Il dit quelques mots sur la climatologie de la région, en faisant ressortir les conditions particulières fournies au climat par la présence de la forêt de pins d'une immense étendue, et dont l'influence physiologique est sédative du système nerveux. L'auteur passe en revue les affections qui sont justiciables de ce climat et en note les caractères particuliers. Il conclut à l'action éminemment prophylactique du climat d'Arcachon contre la phthisie pulmonaire.

Le docteur Bonnal termine sa communication en insistant sur les modifications profondes que la dualité d'action saline et résineuse de l'atmosphère d'Arcachon imprime à l'enfance. Il s'appuie sur des observations prises au collège d'Arcachon, dont il est le médecin.

— *Sur l'acclimatement*, par M. le docteur *A. Bertherand* (d'Alger). — Résumé des précautions à prendre en Algérie par les nouveau-venus qui désirent habiter ce pays, et résultats obtenus à l'aide des précautions prises depuis l'occupation, parmi les militaires et les colons venus de l'étranger.

— *De l'adénite péri-utérine.* — M. *Courty* décrit sous ce nom une affection habituellement méconnue des praticiens, chez des malades considérées comme atteintes de métrites chroniques plus ou moins étendues, compliquées tantôt de leucorrhée ou de granulations, tantôt d'ulcérations plus ou moins profondes, tous symptômes qui disparaissent à la suite de traitements rationnels, méthodiques, plus ou moins prolongés, mais en laissant subsister une douleur analogue à celles de la maladie soignée.

Néanmoins cette douleur était plus limitée, paraissait siéger plus ou moins profondément dans le bassin; le speculum ou le doigt, pendant l'examen, la réveillaient dans le cul-de-sac postérieur. L'utérus était mobile, non douloureux, mais, en arrière, on pouvait sentir en déprimant fortement le cul-de-sac, un corpuscule arrondi, irrégulier, inégal, d'un volume variable de celui d'un pois à celui d'une noisette, très douloureux à la pression, au point d'arracher un cri à la malade. Quelquefois on trouvait deux ou trois de ces noyaux.

Dans les rares autopsies qu'il lui a été permis de faire, chez des malades qu'il avait soignées pour cette affection et mortes d'une autre maladie, M. Courty a pu s'assurer qu'il s'agissait d'une inflammation chronique de ganglions ou vaisseaux lymphatiques rétro-utérins, inflammation ayant pour point de départ une ancienne affection utérine ou vaginale, et s'étant propagée aux ganglions par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques. On ne peut confondre cette affection qu'avec l'abaissement ou la chute d'un ovaire, et l'inflammation péri-utérine sous l'une quelconque de ses formes. M. Courty donne les moyens d'éviter l'erreur. Le traitement doit être surtout antiphlogistique: grands bains amidonnés ou alcalins, injections très chaudes (45 degrés), applications de pommades mercurielles belladonnées sur le bas-ventre,

laxatifs deux fois répétés; lait additionné de sel de nitre tous les matins; plus tard, régime tonique, légères préparations de fer et de quinquina, exercice au grand air, hydrothérapie, etc.

M. *U. Trélat* dit que l'ensemble symptomatique décrit par Courty est le même que ce que Bernutz a décrit sous le nom de *pelvi-péritonite rétro-utérine*, et demande si dans ces cas, on a bien à faire à des foyers de péritonite ou d'adénite. M. Trélat a vu aussi de ces affections et ne croit pas que ce soit des inflammations lymphatiques.

M. *Landowski* insiste sur ce fait que M. Courty a trouvé à l'autopsie une inflammation des ganglions et vaisseaux lymphatiques.

M. *Trélat* rappelle que Bernutz a constaté, également à l'autopsie, l'existence de foyers de pelvi-péritonite.

M. *Hérard* dit qu'il a vu aussi des adénites rétro-utérines, confirmées par l'autopsie.

— *Les épizooties de l'Algérie*, par M. *Delamotte*. — Ce travail, dont l'auteur n'a lu que certains passages, est une étude des épidémies qui ont atteint les bestiaux en Algérie depuis la conquête. L'auteur en recherche les causes et la prophylaxie, après avoir montré que le mal était à peu près le même qu'en Europe. Mais le chapitre le plus important, et qui, croyons-nous, n'avait pas encore été écrit jusqu'alors, est celui qui a trait aux fièvres intermittentes chez les bestiaux. Par une étude approfondie, basée sur les statistiques, M. Delamotte est arrivé à prouver que ce qui empêche l'acclimatement et la reproduction des bestiaux européens en Algérie, c'est qu'ils contractent les fièvres intermittentes dans les prairies où on les fait paître. L'ignorance de cette maladie chez les bestiaux a été cause que tous les animaux parqués dans les terrains marécageux, où sont en général les pâturages, n'ont pu y vivre. Au contraire, ceux qui séjournent dans des altitudes élevées, où l'humidité n'y est pas continue, peuvent y engraisser et se reproduire convenablement.

M. *Milliot* rappelle à ce sujet qu'en Mingrélie on sait très bien que la fièvre intermittente existe chez les animaux.

— *Contribution à l'étude de l'étiologie de la pellagre*. — M. le docteur *Poussié* rappelle les opinions admises actuellement à ce sujet: l'intoxication par le maïs altéré (Roussel); l'insuffisance de l'alimentation jointe à cette intoxication; enfin toutes les causes qui peuvent déterminer la misère physiologique chez les cultivateurs pauvres, à l'exclusion de l'intoxication. M. Poussié examine les arguments qui ont été émis pour et contre chaque théorie, et conclut en faveur de l'intoxication par le maïs altéré. Il s'appuie en particulier sur ce fait que l'apparition du fléau à coïncidé avec celle de l'importation du maïs (dix-huitième siècle), et qu'actuellement encore la marche de la maladie suit celle de l'altération de cette céréale. En outre les expériences du docteur Balardini et du professeur Lombroso prouvent que l'usage du maïs altéré reproduit une série de phénomènes très semblables à ceux de la pellagre.

M. *Magnan* dit que dans les asiles d'aliénés de Lyon il a vu des pellagreux qui guérissaient par le changement de régime. C'est une sorte de maladie de misère dans laquelle à la mauvaise alimentation il faut joindre une cause générale débilitante, la mélancolie. Ce n'est donc pas toujours le maïs qu'il faut incriminer.

M. *Bouchut* confirme ce que vient de dire M. Magnan. Il a démontré que les altérations du maïs avaient leurs analogues dans le blé; par exemple, il y a le verdet du blé comme il y a le verdet du maïs; si donc on incrimine l'un, il faudra incriminer l'autre.

M. *Poussié* répond que l'affection pellagroïde observée chez les aliénés est une conséquence de l'affection nerveuse du malade et n'a rien de commun avec la pellagre.

— *Épidémies de l'Algérie*. — M. *Trolard* fait l'historique des différentes épidémies qui ont régné à Alger depuis l'occupation.

Choléra. Neuf épidémies; les quatre premières seules sérieuses.

Variole. Une seule épidémie grave en 1877-78. 780 décès sur une population de près de 70 000 habitants.

Typhus. Une seule invasion en 1868, 25 européens et 27 indigènes ont succombé.

Fièvre typhoïde. Dans l'épidémie de 1877-78, 93 français, 41 étangers, 27 indigènes ont succombé, soit 161 décès sur 70 000 habitants.

La *rougeole* est en général des plus bénignes.

La *scarlatine* est inconnue.

Comme particularité remarquable, M. Trolard signale l'immunité du service de maternité. Les complications infectieuses des maladies chirurgicales sont presque inconnues.

D'une manière générale, les épidémies sont actuellement moins meurtrières qu'au début de la colonisation, surtout grâce au système de dissémination des malades et des bien portants, dès l'invasion des maladies épidémiques.

— M. le docteur *E. Bertherand* (d'Alger) lit, au nom de M. Troupeau, pharmacien en chef de l'hôpital de Teniet-el-Hâd, une *Etude des coiffures au point de vue de la chaleur solaire*.

Il résulte des expériences nombreuses faites à ce sujet que: 1° les coiffures de forme conique et arrondie sont plus fraîches que les coiffures à fond plat; le casque est donc préférable au képi dans les pays chauds; 2° une carcasse épaisse, formée d'une matière mauvaise conductrice de la chaleur, garantit efficacement contre les rayons solaires; 3° on doit bannir tout métal dans la construction de la coiffure; 4° une bonne ventilation obtenue à l'aide de ventouses latérales, vers le sommet, et d'une galerie, à la base, isolant la tête, détermine un abaissement très sensible dans la température intérieure: une coiffure de construction défectueuse peut devenir fraîche si elle est bien ventilée; 5° le couvre-nuque n'est réellement utile que quand il est percé d'œillères correspondant aux ventouses de la coiffure. Le képi réglementaire est loin de remplir les conditions voulues pour protéger la tête de la radiation solaire; s'il n'est possible de le remplacer par un casque léger et bien aéré, on peut, du moins, le modifier: en construisant une galerie circulaire destinée à isoler la coiffure de la tête, et en perçant le couvre-nuque d'œillères correspondant aux ventouses.

— *Note sur la pathogénie des hallucinations*, par le docteur *V. Parant*, médecin de la maison de santé de Toulouse, à propos d'un cas d'hallucinations volontaires chez une aliénée.

La théorie de Baillarger, presque généralement admise, établit que les hallucinations ont leur point de départ dans l'intelligence, et qu'elles sont ou psycho-sensorielles ou psychiques. Une théorie plus récente émise par MM. Ritti et Luys fait des hallucinations un acte purement réflexe, un phénomène de simple automatisme, analogue à plusieurs autres fonctions intellectuelles.

Cette dernière théorie, plus simple que celle de Baillarger, serait très plausible si quelques rares aliénés ne présentaient pas des hallucinations volontaires.

M. Parant n'a trouvé dans les auteurs qu'une seule observation d'hallucinations volontaires chez les aliénés: elle appartient à M. Baillarger. Il croit donc intéressant de rapporter un fait qu'il a observé et qui concerne une aliénée, laquelle entrait spontanément, et suivant ses besoins, en relation avec les êtres imaginaires qu'elle croyait entendre. Elle entretenait avec eux des conversations, et elle en obtenait des réponses conformes à ses préoccupations habituelles. Les faits de ce genre ne sont évidemment pas le résultat d'un simple

automatisme; ils ne sont pas explicables par la théorie de MM. Ritti et Luys, et donnent plutôt raison à M. Baillarger.

— M. *Hortolès*, au nom de M. Letiévant (de Lyon), présente un travail sur *les conséquences de l'introduction du pansement antiseptique à l'Hôtel-Dieu de Lyon.*—M. Letiévant, depuis l'adoption de la méthode antiseptique listérienne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a vu la disparition des complications des plaies, et, conséquemment, une diminution notable de la mortalité chirurgicale de cet hôpital (de 7 pour 100 à 4 pour 100 environ). En recherchant les causes des complications des plaies, M. Letiévant a trouvé que ce qui faisait la contamination ou la souillure septique des plaies, soit chez les blessés, soit chez les accouchées, c'étaient les contacts directs : instruments, éponges, eaux de lavage, charpie, linges, doigts des aides, des élèves, des médecins et chirurgiens. La raison des succès du pansement par occlusion ouatée n'est pas dans la soustraction des plaies à l'envahissement des germes aériens, mais dans leur soustraction aux contaminations de tous les jours. Pour supprimer entièrement l'infection, il fallait supprimer la contamination directe; c'est ce qu'on fait avec la méthode antiseptique de Lister : les blessés, les chirurgiens, les aides, les agents de pansements, tout est devenu aseptique.

—*De l'électrisation des ferments figurés*, par M. *Ch. Richet.* —Les fermentations étant dues, d'après l'opinion générale, au développement et à l'évolution de petits êtres vivants, M. Richet a pensé qu'il serait intéressant d'étudier l'action de l'électricité sur eux, ce qui n'a pas encore, à sa connaissance, été tenté jusqu'ici.

M. Richet faisait passer dans le liquide fermentescible des courants électriques d'induction, interrompus. L'expérience durait vingt-quatre heures. Le liquide était placé dans une étuve à 35 degrés. Comparativement, d'autres flacons étaient mis à côté du flacon électrisé, de sorte qu'au bout de vingt-quatre heures on pouvait juger de la différence d'action. Les piles étaient composées de quatre petits éléments Bunsen et deux piles Thompson : le courant au n° 5 de la bobine de Dubois-Reymond était insupportable à la main, et on le mettait au maximum : par conséquent, l'énergie du courant électrique qui traversait les tubes était extrême.

On voit par les chiffres obtenus, extrêmement concordants, que le passage d'un courant électrique d'une énorme intensité ne *modifie en rien* la vie et le développement du ferment lactique.

L'auteur a expérimenté sur la fermentation ammoniacale, en plaçant une infusion d'estomac de chat dans une solution d'urée concentrée. L'un des tubes était électrisé. Le lendemain, le tube électrisé et le tube non électrisé contenaient la même proportion d'ammoniaque. Il a vérifié enfin que la fermentation putride, qui s'accompagne toujours de la production de nombreuses bactéries, micrococcus, coccus, etc., n'est en rien influencée par le passage de courants électriques très intenses. Un muscle d'écrevisse vivante traversé pendant vingt-quatre heures par des courants électriques extrêmement forts est putréfié au bout de ce temps, et on voit au microscope qu'il est rempli de microzoaires.

Le moment n'est pas venu de déduire de ces expériences toutes les conclusions qu'elles entraînent; M. Richet se contente d'énoncer le fait. Les hypothèses et les déductions viendront ensuite.

— *Note sur un rhythme cardiaque à trois temps avec albuminurie dans le cours de la fièvre typhoïde*, par le docteur *J. Teissier* (de Lyon). — « Je désire attirer l'attention sur *un rhythme particulier du cœur* que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois dans le cours de la fièvre typhoïde, et qui emprunte un intérêt tout spécial à sa coexistence avec une certaine quantité d'albumine dans les urines; le souffle qui doit être absolument distingué *du bruit de galop de M. Potain*, avec lequel il n'a d'analogie que le *rhythme*, mérite d'être signalé, puisqu'en éloignant l'*idée de néphrite*, il rassure sur l'apparition d'une complication redoutable et améliore d'autant le pronostic.

» J'ai observé à ce sujet trois faits dont l'étude semble établir sans conteste que la présence simultanée de l'albuminurie et de ce rhythme spécial des bruits du cœur n'est pas le fait d'une coïncidence fortuite, mais qu'il existe entre ces divers phénomènes certains rapports de connexité ou même de cause à effet qu'il est important de rechercher.

» Ma première pensée, en face du premier fait que j'eus à examiner, fut que je me trouvais en présence d'un léger souffle d'insuffisance tricuspidienne (*souffle fébrile de Parrot*), souffle assez faible pour ne pas masquer le claquement de la valvule mitrale, mais assez prolongé pour s'entendre après lui, donnant ainsi la sensation d'un dédoublement du premier bruit. Et ce fut, du reste, l'interprétation à laquelle je m'arrêtai en analysant les faits devant les élèves qui suivaient le service.

» M. le professeur Potain, à qui j'eus l'honneur de montrer plusieurs de mes malades, n'hésita pas à faire de ce bruit anormal *un souffle extra-cardiaque*, attribuable, d'après certains tracés cardiographiques qu'il eut l'occasion de recueillir, *à l'affaissement par atonie de la paroi ventriculaire au moment de la systole*, et à l'aspiration au même instant d'une lame pulmonaire où naîtrait le bruit souffle surajouté. Mais ici la théorie mécanique du rhythme anormal importe peu; le fait capital, dans l'espèce, c'est la coexistence de ce rhythme à trois temps (souffle extra-cardiaque ou insuffisance tricuspidienne) avec le symptôme albuminurie. Assurément, ce bruit spécial ne peut être considéré comme symptomatique d'une néphrite, puisqu'il ne peut y avoir néphrite là où l'albuminurie a persisté pendant trois ou quatre jours seulement. Mais n'est-on pas fondé à admettre que ces symptômes divers sont sous la dépendance d'une cause unique, qui a porté simultanément son action soit sur la fibre musculaire du cœur, soit sur l'épithélium rénal, ou sur la crase du sang. C'est, en général, au moment où l'intoxication typhoïde est à son summum d'intensité, lorsque la température est maximum, lorsque peut-être l'élimination des bactéries par le rein est la plus active que ces troubles se manifestent, indiquant, pour ainsi dire, le taux de l'infection. Ce qu'il importe le plus de mettre en relief, c'est l'erreur où peut conduire la constatation de ce bruit qui, mal interprété, pourrait conduire à admettre l'existence d'une néphrite, complication si redoutable en pareil cas, que bien des auteurs n'hésitent pas à en faire une complication mortelle. Il faut donc le bien connaître et ne pas lui attribuer de prime-abord, malgré la présence de l'albumine, une importance pronostique qu'il est loin de posséder. »

Errata : Dans la communication de M. Gros (voir n° du 29 avril, p. 268) indiquer ainsi la zone dans laquelle on peut ponctionner les kystes du foie sans léser la plèvre : « Espace triangulaire ayant pour base une ligne s'étendant de l'extrémité antérieure de la onzième côte à 2 centimètres environ de la douzième, et pour sommet, l'extrémité antérieure du septième espace intercostal. »

L. H. Petit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Peptones et alcaloïdes, par M. *Ch. Tanret.* — Après avoir donné quelques renseignements sur les réactions des peptones, l'auteur déclare qu'il a répété sur les alcaloïdes des peptones la réaction qui a été donnée récemment par

MM. Brouardel et Boutmy pour distinguer les alcaloïdes animaux des alcaloïdes végétaux. La réduction du cyanoferride s'obtient, mais elle n'est pas instantanée, comme l'indiquent ces auteurs pour les ptomaïnes qu'ils ont expérimentées; ce n'est qu'au bout de quelques secondes que le précipité bleu apparaît peu à peu. Cette réduction s'obtient à peu près de la même manière avec l'ergotinine cristallisée, l'aconitine cristallisée et la digitaline amorphe ou cristallisée (1); mais elle est instantanée, comme pour la morphine (exception signalée par MM. Brouardel et Boutmy), avec l'ésérine, l'hyosciamine liquide, l'aconitine et l'ergotinine amorphes. Comme on le voit, cette réaction du cyanoferride ne devra être employée qu'avec les plus sérieuses réserves, d'autant plus que la liste des alcaloïdes végétaux est loin d'être close.

De la non-existence du « Microzyma cretæ », par MM. *Chamberland* et *Roux*. — Les auteurs ont pris dans les carrières de Meudon deux blocs de craie pesant environ 5 à 6 kilogrammes chacun. Ces blocs ont été brisés en deux morceaux, et sur la tranche fraîche de chacun d'eux on a pris, à l'aide d'une tarière à gorge, flambée, quelques grammes de craie qui ont été introduits, avec toutes les précautions nécessaires, dans une série de tubes à essai renfermant de l'eau de levûre sucrée à 5 pour 100 et préalablement éprouvés par un long séjour à l'étuve à 35 degrés. On sait que ce milieu est très propre à la culture des organismes microscopiques, et en particulier à celle du ferment lactique et du ferment butyrique, surtout lorsqu'on y ajoute du carbonate de chaux. Une partie de ces tubes a été fermée à la lampe, une autre laissée en communication avec l'air par l'intermédiaire d'un tampon de coton *flambé*. Comparativement, on a ajouté dans des tubes semblables de la craie ordinaire, sans précautions particulières. Une portion de ces tubes a été également fermée à la lampe, une autre simplement obturée par un tampon de coton flambé. Quelques-uns des tubes fermés ont été chauffés pendant dix minutes à 115 degrés dans un bain de chlorure de calcium. Tous ces tubes ont été divisés en deux séries : l'une a été mise à 30 degrés, l'autre à 38 degrés. Chaque série comprend des tubes à craie de Meudon, des tubes à craie ordinaire et des tubes chauffés à 115 degrés. Au bout de vingt-quatre heures, tous les tubes non chauffés, fermés ou non fermés, soit à 30 degrés, soit à 38 degrés, qui ont reçu la craie du laboratoire dégagent du gaz, et, examinés au microscope, ils montrent des organismes variés parmi lesquels on distingue de nombreux articles étranglés de ferment lactique. Le sucre est interverti; une partie a disparu, et il est facile de mettre en évidence dans le liquide la présence du lactate de chaux. Tous les tubes qui ont reçu la craie vierge de Meudon ou qui ont été chauffés à 115 degrés n'ont subi aucune altération; ils sont restés parfaitement limpides, n'ont point dégagé de gaz, et leur teneur en sucre n'a point changé. Ils ne montrent, d'ailleurs, aucune trace d'êtres microscopiques. Aujourd'hui encore ces tubes sont dans l'état où ils étaient au commencement de l'expérience. Il résulte de là que la craie de Meudon s'est comportée comme la craie stérilisée par le chauffage, qu'elle ne contient dans son intérieur rien qui puisse donner naissance à des organismes microscopiques ou à des fermentations quelconques. En conséquence, les résultats annoncés en 1866 par M. Béchamp, au sujet de ce qu'il a appelé *Microzyma cretæ*, sont controuvés.

Sur les altérations du lait dans les biberons, par M. *H. Fauvel*. — Dans les biberons examinés par l'auteur, le lait avait contracté une odeur nauséabonde, sans qu'on ait pu y déceler la présence de l'hydrogène sulfuré. Le lait était acide, à demi-coagulé; à l'examen microscopique, les globules graisseux étaient déformés, ils avaient une apparence piriforme; de nombreuses bactéries très vivaces et quelques rares vibrions se montraient dans le liquide. La quantité de lait restant dans chaque biberon était insuffisante pour une analyse chimique complète. Le tube en caoutchouc qui sert à l'aspiration, incisé dans toute sa longueur, renfermait du lait coagulé et les mêmes microbes que ceux rencontrés dans le lait du biberon; mais, en outre, *et c'est le fait important de cette communication*, l'examen révéla, dans l'ampoule qui constitue la tétine du biberon et termine le tube en caoutchouc, *la présence d'amas plus ou moins abondants d'une végétation cryptogamique*. Ces végétations, ensemencées dans du petit-lait, ont donné en quelques jours, dans des proportions considérables, *des cellules ovoïdes* se développant en myceliums, dont il n'a pu encore observer les fructifications. Une visite ordonnée par la préfecture de police a donné les résultats suivants :

Sur trente et un biberons examinés dans dix crèches, vingt-huit contenaient dans la tétine, dans le tube en caoutchouc et même, pour quelques-uns, dans le récipient en verre, des végétations analogues à celles qui viennent d'être indiquées, et des microbes de l'espèce de ceux mentionnés plus haut. Plusieurs de ces appareils, lavés avec soin et par conséquent prêts à être mis en service, contenaient encore une grande quantité de ces cryptogames.

Quelle influence la présence de ces végétations cryptogamiques et de ces microbes, qui coïncide avec une altération profonde du lait contenu dans les biberons, exerce-t-elle sur le développement des affections intestinales qui font de si nombreuses victimes parmi les enfants du premier âge soumis à l'allaitement artificiel? C'est ce qu'il est encore impossible de dire, et c'est ce que des expériences en cours d'exécution permettront probablement de déterminer.

(1) Bien que la digitaline ne soit pas un alcaloïde, on sait que, dans le traitement de Stas, elle passe dans l'éther ou le chloroforme comme les alcaloïdes (Tardieu et Roussin).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

L'Académie reçoit, pour le concours du prix Daudet (1881) un mémoire manuscrit sur *L'épithélioma des lèvres et son traitement*, portant l'épigraphe suivante : Les observations, comme le vin, doivent être conservées longtemps. — Ce mémoire est inscrit sous le n° 1 pour ce concours.

M. le docteur *Pedro Mario Rubia* (de Madrid) adresse un ouvrage intitulé : *Tratado completo de las fuentes minerales de España*.

M. le docteur *Weill*, médecin-major à Châlons-sur-Marne, envoie un travail manuscrit sous le titre de : *Considérations pratiques sur les revaccinations*. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Président* présente, au nom de M. le docteur *E. Vallin*, le *Rapport au Comité consultatif d'hygiène publique sur les travaux des conseils d'hygiène en 1878*.

M. *le Secrétaire perpétuel* offre, de la part de M. le docteur *Masoin* (de Louvain) une brochure intitulée : *Lettres à un homœopathe*.

M. *Rochard* présente, au nom de M. le docteur *Auffret* (de Brest) un *Manuel de dissection des régions et des nerfs*.

M *Dujardin-Beaumetz* dépose, de la part de M. le docteur *Abadie*, des *Leçons cliniques sur l'ophthalmologie*.

M. *Léon Colin* présente, au nom de M. le docteur *Mignon*, une observation d'*Empoisonnement par le laudanum chez un enfant de six mois, guérison après seize heures de respiration artificielle*.

M. *Jungfleisch* fait hommage, de la part de M. *Berthelot* et au sien, de leur *Traité élémentaire de chimie organique*.

M. *Empis* offre, au nom de M. le docteur *Niepce* (d'Allevard), une brochure sur les *Indications du traitement par l'eau sulfureuse d'Allevard*.

M. *Brouardel* dépose un opuscule intitulé : *Sulla velenosita degli estratti cadaverici ricerche medico-legali dei dottori P. Albertoni, Felice et Filippo Lussana*.

M. *Fournier* présente un *nouveau spéculum vaginal*, dont la valve inférieure présente une large fenêtre ovalaire, permettant de toucher et d'examiner le col en même temps; cet instrument est dû à M. le docteur *Lévy* (de Nancy).

Dangers de l'abus du tabac. — M. le ministre de l'intérieur, saisi d'une demande en reconnaissance d'utilité publique présentée par la Société contre l'abus du tabac, avait exprimé, il y a trois mois, à l'Académie le désir de savoir si « cette demande est justifiée par un grand intérêt d'hygiène publique, et si les considérations d'ordre médical invoquées par les auteurs reposent sur un ensemble de faits et d'inductions acquis dès à présent à la science ». M. *Lagneau*, au nom de la commission nommée à cet effet, répond affirmati-

vement, se basant sur ce que : 1° si l'usage modéré du tabac ne détermine qu'exceptionnellement des accidents morbides, particulièrement chez des enfants, des jeunes gens, des femmes, des personnes qui n'y sont pas habitués, le tabac présente fréquemment une nocuité redoutable lorsqu'il est employé d'une manière excessive; 2° des états morbides attribués à l'abus du tabac, les uns sont relativement fréquents et assez généralement reconnus, comme les dyspepsies, les angines de poitrine, les altérations de la mémoire et de la vue, les autres sont plus exceptionnels ou sont insuffisamment démontré au point de vue étiologique, mais néanmoins méritent d'être encore étudiés. Ces considérations sont motivées par M. Lagneau par l'étude extrêmement complète à laquelle il s'est livré de toute la littérature médicale à ce sujet.

Les conclusions du rapport de M. Lagneau, conclusions qui sont la reproduction à peu près textuelle de la demande ministérielle, sont adoptées par l'Académie, après une vigoureuse attaque de M. *Jules Guérin* contre l'usage du tabac, qu'il faut considérer comme un poison d'une action lente et continue, influençant la santé d'une manière plus ou moins apparente, mais constante, et déterminant toutes sortes d'altérations de l'organisme, parmi lesquelles notamment l'irritation chronique de la gorge si connue chez les priseurs et même, d'après les résultats d'une curieuse autopsie, une action spéciale sur le tissu osseux qui présenterait des caractères analogues à ceux des pipes depuis longtemps fumées.

La syphilis aux eaux de Luchon. — M. le docteur *Lambron*, médecin consultant des eaux de Luchon, appelle l'attention sur le traitement de la syphilis par les eaux de cette station et sur leur action adjuvante et auxiliaire des médicaments antisyphiliques. Il préconise, non plus d'administrer les eaux et les mercuriaux séparément, mais combinées dans la boisson sulfureuse même; l'action ainsi produite serait due à la présence de « substances albuminoïdes ou gommeuses »; le sublimé serait ainsi donné à l'état d'albuminate de mercure. Ce serait d'ailleurs, de tous les composés mercuriels, le bichlorure de mercure qui fournirait avec les eaux sulfureuses les meilleurs combinaisons et les plus curatives. — Son mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Fournier, Jungfleisch et Jules Lefort.

Expériences sur la rage, la septicémie et le charbon. — M. *Colin* (d'Alfort) lit un mémoire dans lequel il rend compte d'expériences qu'il a récemment tentées sur la rage, la septicémie et le charbon, à propos des recherches expérimentales présentées dans ces derniers temps à l'Académie. Il convient d'attendre la fin de la lecture de ce mémoire, dont l'auteur n'a fait connaître qu'une partie, afin d'en rendre compte plus complètement et plus fidèlement.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 18 MARS 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Accidents osseux tardifs de la syphilis. — Rapports. — Traitement de la synovite tendineuse à grains rhiziformes. — Extirpation d'un goitre exophthalmique. — Amputation d'une cuisse et résection d'un maxillaire supérieur chez un enfant de onze ans.

M. *Esmark* (de Kiel) assiste à la séance.

— M. *Després* présente un homme de vingt-cinq ans, qui depuis l'âge de six ans présente des cicatrices qui ont tous les caractères de cicatrices syphilitiques; et cependant cet homme n'est pas atteint de syphilis. Trois enfants sont nés du même père; les deux premiers ne présentent rien de particulier; c'est le troisième qu'on montre aujourd'hui. Le père est mort de la poitrine deux ans après la naissance de cet enfant; c'est donc un enfant de tuberculeux.

Il ne faut pas mettre sur le compte de la syphilis tous les accidents qu'on voit sur les os et sur la peau des enfants nés de parents syphilitiques; selon M. Després, pour qu'un enfant né de parents syphilitiques prenne des accidents, il faut que cet enfant soit en présence d'une autre diathèse (tubercule ou scrofule).

M. Després a soigné deux sœurs qui ont épousé chacune un syphilitique. L'une a eu un enfant qui fut atteint de méningite; il guérit. Plus tard, il mourut du croup. De ce fait et de quelques autres, M. Després conclut que les enfants prédisposés à la diphthérite sont surtout les enfants nés de parents syphilitiques.

M. *Lannelongue*. Les faits de syphilis osseuse infantile sont très rares, ou du moins ne sont pas publiés. M. Verneuil demande si dans les observations de M. Lannelongue la syphilis est acquise ou héréditaire : tout porte à croire qu'elle est congénitale. En effet, on retrouve un père syphilitique, et les accidents observés sont analogues à ceux de la syphilis héréditaire. M. Lannelongue ne sait pas si tous ses malades sont atteints de syphilis héréditaires, mais pour la plupart il peut l'affirmer.

Les observations de M. Duplay auraient une grande ressemblance avec celles de M. Lannelongue; est-ce de la syphilis ? les antécédents ne sont pas assez connus pour trancher la question. Le mot *spina ventosa* est un mot détestable, destiné à exprimer le gonflement des os de la main et du pied, sans caractériser la nature du gonflement; souvent ce gonflement est dû à la tuberculose.

Le malade présenté par M. Després n'a pas la syphilis; il a eu des phénomènes d'inflammation aux jambes, d'abord à la peau, et peu à peu atteignant la surface de l'os pour produire une hyperostose. M. Després ne peut pas nier les accidents tertiaires chez les enfants syphilitiques, et c'est ce qu'il fait quand il dit qu'il faut une autre diathèse pour déterminer l'éclosion de ces accidents.

— M. *Nicaise* fait un rapport sur des brochures imprimées adressées par M. *Trombetta* (de Messine). On trouve dans ces brochures deux observations d'ovariotomie, puis, un travail sur les pustules vésico vaginales; le compte rendu des faits de chirurgie qui se sont présentés à la Clinique pendant l'année 1879-1880. Dans ce compte rendu on remarque une observation de névralgie rebelle des nerfs sciatiques traitée par l'élongation au moyen de la flexion forcée et absolue de la cuisse sur le bassin. A cette occasion, M. Trombetta étudie l'élongation des nerfs, la résistance des troncs nerveux à la traction, et le point du rupture pour chaque nerf.

— M. *Nicaise* communique une observation de synovite tendineuse à grains rhiziformes, occupant la gaine des fléchisseurs et des extenseurs de la main. Rien de spécial dans les symptômes. M. Nicaise se décida à faire une incision sur chaque tumeur, à sortir les grains et le peu de liquide, à faire des injections phéniquées au vingtième et à appliquer le pansement de Lister dans toute sa rigueur. Le malade, opéré le 21 mai, était guéri le 31.

C'est le deuxième fait que M. Nicaise a occasion d'étudier anatomiquement. Dans un premier cas rencontré sur un cadavre à Clamart, on voyait dans la gaine des lamelles roulées et en d'autres points des grains; pas de végétations sur la surface de la synoviale. Cela vient à l'appui de l'opinion de Velpeau, qui disait que les grains étaient formés par des exsudats fibrineux.

Dans l'autre cas, pendant l'opération, M. Nicaise put examiner la paroi et voir de petits bouquets polypeux appendus à la face interne de la synoviale : ces végétations furent enlevées avec la pince et les ciseaux; ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Virchow.

M. *Després* prie M. Nicaise de présenter son malade dans un an; il est probable qu'il y aura récidive. Les seuls cas de guérison durable sont amenés par la suppuration.

M. *Polaillon* a guéri une synovite fongueuse en ouvrant la

gaine, curant la synoviale et suturant enfin la plaie. Cette opération pratiquée avec la méthode autiseptique a été faite il y a un an, et la guérison s'est maintenue quoique la plaie n'ait point suppuré.

M. *Lucas-Championnière*. Les faits analogues sont peu connus en France, mais à l'étranger on ne les compte plus. Il résulte des observations de M. Lister qu'il suffit de donner un libre écoulement au liquide contenu dans l'hydrocèle, ou l'hydartrose chronique, pour faire cesser l'inflammation et guérir la maladie.

— M. *Tillaux* s'était proposé ce matin à Beaujon de faire l'extirpation d'un goître exophthalmique. Mais dès les premières inhalations du chloroforme, le malade fut pris d'une telle suffocation, qu'il fallut remettre l'opération à un autre jour. M. Tillaux présente le malade et demande l'avis de ses collègues. Exophthalmie très prononcée; suffocation la nuit; déglutition difficile, léger bruit de souffle au cœur; palpitation. Le goître a 14 centimètres sur son grand axe.

M. *Després* conseille d'opérer sans chloroforme.

M. *Perrin* propose d'endormir le malade avec le chloral et la morphine.

M. *Verneuil* et M. *Duplay* conseillent de ne pas toucher à la tumeur.

M. *Tillaux* a opéré une femme de vingt-huit ans qui avait un goître exophthalmique; depuis un an cette femme est restée guérie, et les autres symptômes ont disparu (exophthalmie et palpitations); c'est ce qui l'engage à opérer le malade qu'il présente.

M. *Labbé*. La malade va mourir, M. Tillaux est donc autorisé à tenter une opération que la malade réclame.

— M. *Trélat*. Il y a quatre mois, entre à l'hôpital un garçon de onze ans, atteint d'une tumeur du maxillaire supérieur gauche et d'une arthropatie du genou gauche. En effet, on voit à ce genou de nombreuses fistules, les os sont altérés; il y a tumeur blanche avec altérations osseuses profondes. La résection eût été insuffisante, il fallait faire l'amputation de la cuisse. L'enfant souffrait en urinant; insomnie; ventre développé. Pas d'affection rénale ou vésicale. Amputation de la cuisse le 27 janvier dernier. On trouve de gros foyers tuberculeux autour de l'articulation, de la carie jaune dans la rotule, le tibia et le fémur. Sous l'influence d'un traitement tonique, l'état général s'améliora.

Mais la tumeur de la mâchoire augmentait; elle remplissait presque la bouche. Ablation de tout le maxillaire supérieur gauche sauf le plancher de l'orbite. Guérison. La tumeur, examinée histologiquement, est un myéloïde du maxillaire. M. Trélat présente le malade.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 14 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Fréquence des diverses espèces de lèpre au Mexique : M. Poncet. — De la stérilité chez l'homme : M. de Sinéty. — Bases nouvelles tirées de la morphine : M. Grimaux. — Recherche du chlorure de sodium dans l'air de la mer : M Daremberg. — Existence de sensibilité aux excitations mécaniques, dans certains cas, à la surface du cerveau des mammifères : M. Brown-Séquard. — Elongation des pneumogastriques chez le lapin : MM. Vlette et Marcus. — Altération de la muqueuse de la trompe d'Eustache dans l'otorrhée tubaire : M. Gellé. — Conditions de succès dans le traitement des névralgies par le cuivre et autres métaux : M. Burcq. — Inconvénient de certaines viandes trichinées : M. Pelletler. — Emploi de l'acide osmique concentré pour l'étude du tissu osseux : M. Tourneux.

M. *Poncet*, au sujet de la malade présentée dans la dernière séance par M. Leloir, rappelle que la lèpre lazarine se rencontre, même au Mexique, plus rarement que les deux autres formes. Ainsi, au mois de juillet 1863, il y avait à l'hôpital de Mexico 42 cas de lèpre (20 hommes et 22 femmes), dont 9 cas de lèpre tuberculeuse, 17 de lèpre anesthésique, 11 de lèpre lazarine, et 5 de formes mélangées. M. Poncet a observé lui-même 13 cas de lèpre tuberculeuse, 5 de lèpre anesthésique, et 1 de lèpre lazarine.

La lèpre lazarine présente trois degrés : premier degré, taches rouges s'exfoliant sans formation d'ulcères; deuxième degré, taches rouges suivies de vésicules; troisième degré, taches se gangrénant et s'éliminant par eschares. L'anesthésie fait souvent défaut dans la lèpre lazarine.

— M. *de Sinéty*, en recherchant les causes de la stérilité chez les deux sexes, a reconnu que la stérilité est le fait de l'homme plus souvent qu'on ne le croit généralement. Il ne suffit pas, en effet, que la liqueur séminale renferme des spermatozoïdes, il faut aussi que les spermatozoïdes possèdent une vitalité suffisante pour être aptes à la fécondation. Dans quatre cas de fécondation artificielle, plusieurs fois répétée et suivie toujours d'insuccès, M. de Sinéty, en examinant le sperme très peu de temps après son émission, a reconnu que les mouvements des spermatozoïdes cessaient très rapidement. Il est probable que les spermatozoïdes n'avaient pas assez de vitalité pour arriver jusqu'à l'ovule. Sur les quatre hommes dont M. de Sinéty a examiné le sperme, deux étaient tuberculeux; les deux autres ne présentaient aucune lésion; tous les quatre avaient de trente à trente-cinq ans.

M. *Duval* fait remarquer que les spermatozoïdes mettent un certain temps à se développer et à acquérir toutes leurs propriétés, de même que, dans certaines conditions, et chez les individus trop jeunes ou trop âgés, leur évolution ne doit pas être complète.

M. *Sanson* rapporte une expérience qu'il a faite il y a quelques années, et qui vient corroborer l'observation de M. de Sinéty. Il a fait accoupler un sanglier d'Afrique avec une truie, celle-ci a donné naissance à trois femelles et à deux mâles. L'un de ces mâles n'a jamais voulu s'accoupler; l'autre s'est accouplé avec les trois femelles un grand nombre de fois et toujours sans résultat; son sperme renfermait des spermatozoïdes bien développés. Les trois femelles, couvertes ensuite par un verrat, sont devenues pleines. La stérilité dépendait donc du mâle.

— M. *Grimaux* a réussi à transformer la morphine en codéine et à faire la synthèse de nouveaux alcaloïdes, dont les propriétés physiologiques pourront probablement rendre de grands services à la thérapeutique.

La morphine est un corps réducteur qui s'éloigne des autres alcaloïdes et présente les caractères des phénols; elle ne diffère de la codéine, au point de vue de sa composition chimique, que par un radical méthyle en plus. En traitant par l'iodure de méthyle de la morphine dissoute dans de la soude alcoolique, M. Grimaux a obtenu de l'iodométhylate de codéine et de la codéine pure, présentant tous les caractères de la codéine naturelle. La codéine est l'éther méthylique de la morphine.

En traitant dans les mêmes conditions la morphine par l'iodure d'éthyle, l'auteur a eu une nouvelle base, l'*homocodéine*, douée de propriétés toxiques très énergiques.

M. Grimaux espère pouvoir associer la morphine à un grand nombre de radicaux alcooliques de la série grasse et de la série aromatique, et créer ainsi une série de bases nouvelles.

— M. *Daremberg* a essayé de démontrer chimiquement la présence du chlorure de sodium dans l'air pris sur le bord de la mer. Il faisait passer un courant d'air à travers une solution de nitrate d'argent; il n'a jamais obtenu trace de précipité. Malgré ce résultat négatif, M. Daremberg croit cependant que l'air marin renferme du sel, et que la méthode qu'il a employée est défectueuse.

— M. *Brown-Séquard* annonce avoir constaté depuis nombre d'années que quelques circonvolutions cérébrales sont quelquefois sensibles chez le chien, le lapin et le cobaye. Il a trouvé, dans ces cas exceptionnels, qu'une simple piqûre en une section d'une des portions de la surface cérébrale, dans la zone dite motrice ou dans le voisinage, donnait lieu à des signes de douleur. L'animal s'agitait et quelquefois poussait des cris. L'irritation ne pouvait pas porter sur la dure-mère, car celle-ci avait été enlevée sur toute l'étendue de la portion de surface cérébrale mise à nu. Sans nier la possibilité de l'existence d'un certain degré de sensibilité dans la pie-mère, il a eu la preuve que c'était bien le tissu des couches corticales du cerveau qui donnait lieu alors aux manifestations de douleur. En effet, après avair coupé peu profondément et dans une longueur d'environ 2 centimètres, les couches cérébrales superficielles, il a trouvé que l'irritation des lèvres de la petite plaie était suivie de signes de douleur tout aussi violents ou à bien peu près que ceux qu'il avait observés à la suite de l'irritation de la pie-mère et de la surface du cerveau. L'auteur croit qu'un état assez notable de congestion à la suite de la mise à nu du cerveau est essentiel à la production de la sensibilité dans ces parties, qui sont à l'état normal dénuées de cette propriété. Dans plusieurs des cas où il a trouvé les couches corticales sensibles, le cerveau avait été mis à nu depuis quelques heures ou un ou deux jours.

Chez deux chiens et chez un lapin qui avaient eu, par suite de cette mise à nu, une inflammation des parties superficielles du cerveau, la sensibilité de ces parties (aux excitations mécaniques) était à un degré excessif. Il y a là, conséquemment, ce que l'auteur a trouvé depuis près de trente ans à l'égard de la substance grise de la moelle épinière, qui, insensible normalement, devient très sensible lorsqu'elle s'enflamme.

L'auteur a été conduit à faire cette communication à la Société par les résultats d'une expérience faite publiquement ces jours-ci au Collège de France. Sur un chien dont le cerveau avait été mis à nu dans toute la zone motrice, depuis près de deux heures, et qui avait été soumis à plusieurs applications de galvanisme sur cette zone, on constata nombre de fois que tout contact de cette partie était immédiatement suivi de signes de vive sensibilité. L'expérience a été aussi décisive que possible pour montrer l'existence de cette propriété.

L'auteur ne croit pas nécessaire de dire que ces faits diffèrent complètement de ceux constatés par MM. Franck, Couty et d'autres physiologistes (et aussi par lui-même). Ce que ces physiologistes ont vu, c'est qu'on peut quelquefois produire par une excitation mécanique des prétendus centres moteurs des mouvements unilatéraux croisés, semblables à ceux que cause l'excitation galvanique. Dans ce cas, c'est une simple action réflexe locale et croisée qui a lieu, tandis que dans les expériences qui font l'objet de cette note ce sont des signes généraux de douleur qui ont été observés par l'auteur.

— M. *Laborde* expose les résultats auxquels sont arrivés MM. *Viette* et *Marcus* en élongeant le bout central de l'un des pneumogastriques chez le lapin. Ces auteurs ont observé, en ce cas, une vaso-dilatation considérable dans les deux oreilles, et un myosis double; ils ont également constaté la présence du sucre dans les urines peu de temps après l'opération. Les animaux meurent généralement quelques jours après l'élongation des pneumogastriques, avec des lésions pulmonaires.

On trouve aussi du sucre dans les urines après l'élongation du nerf sciatique.

— M. *Gellé* a étudié sur des coupes les altérations qui ont pour siège la muqueuse de la trompe d'Eustache dans les cas d'otorrhée tubaire. La surface de la muqueuse est gondolée et présente des saillies irrégulières. L'épithélium cilié a disparu entièrement par places. Il est remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié, dont les cellules les plus superficielles ont des prolongements libres membraniformes, sans protoplasma, qui flottent dans l'intérieur du conduit. Le derme sous-muqueux est induré, et les glandes en grappe sont hypertrophiées.

— M. *le Secrétaire* dépose sur le bureau :

1° Une note de M. *Burcq* sur les conditions de succès dans le traitement des névralgies par le cuivre et quelques autres métaux administrés intérieurement.

2° Une note de M. *Pelletier* sur les inconvénients qui résultent de l'emploi de certaines viandes trichinées.

3° Une note de M. *Tourneux* sur l'emploi de l'acide osmique concentré pour l'étude du tissu osseux.

SÉANCE DU 21 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Troubles cérébraux dans les dyspepsies : M. Leven. — Parasites enkystés; leur distinction d'avec les trichines : M. Mégnin. — Développement de la corde dorsale aux dépens du feuillet moyen : M. M. Duval. — Déclaration d'une place vacante de membre titulaire.

M. *Leven* défend cette opinion que les dyspeptiques présentent des troubles cérébraux spéciaux qu'il importe, au point de vue du traitement, de distinguer de tous les troubles cérébraux d'origine différente.

Il insiste tout d'abord sur des accidents spéciaux aux dyspeptiques, et qui consistent en une perte subite de connaissance pouvant durer un nombre de minutes variable, avec chute et phénomènes apoplectiformes; c'est ce qu'il appelle la *commotion cérébrale des dyspeptiques*. Cet état, confondu souvent avec l'apoplexie, s'en distingue par sa forme même, par ses rapports évidents avec un état dyspeptique habituel, par la différence des phénomènes consécutifs. Ce n'est point de la syncope, car le pouls persiste, quoique très ralenti. La description qu'en donne M. Leven rappelle le *vertigo a stomacho læso*, si bien étudié par Trousseau.

Mais, indépendamment de ces phénomènes accidentels, les dyspeptiques présentent tout un ensemble de troubles de l'idéation qui leur seraient particuliers, et que l'auteur examine successivement en les rangeant en un certain nombre de catégories. En première ligne, on note des troubles de la *volonté*, caractérisés par la lenteur des déterminations, par l'hésitation à prendre un parti, l'incertitude continuelle, etc. La mémoire est diminuée au point que les malades oublient en route le nom et l'adresse de leur médecin.

Ils sont profondément tristes; leurs sensations sont perverties à un degré tel, qu'ils se plaignent du froid par les plus grandes chaleurs; ils ont aussi perdu le sens de l'activité musculaire, la notion de la position des membres. Enfin, chez eux, le sentiment de la conservation est profondément troublé; il peut même être perverti à un point tel, que tout devient pour les malades une cause de terreur.

C'est là ce que beaucoup d'aliénistes ont décrit comme un état morbide à part, sous le nom d'*hypochondrie*. Pour M. Leven, cette forme d'hypochondrie, associée aux autres troubles cérébraux dont il est question, a pour cause essentielle la dyspepsie.

M. *Laborde* fait remarquer que, dans un grand nombre de cas, l'ordre des propositions doit être renversé, et que bien souvent c'est du cerveau, réellement et primitivement malade, et non de l'estomac, que partent les aberrations intellectuelles et sensorielles dont a parlé M. Leven.

— M. *Mégnin* fait une communication sur des parasites vermineux enkystés dans les muscles ou le tissu cellulaire de certains animaux, et qui peuvent être confondus avec des trichines.

Après avoir acquis la preuve que la trichinose de l'homme

lui était toujours communiqué par le porc, on a cherché par quelle voie celui-ci s'infectait de son côté; outre les matières excrémentitielles contaminées de germes de parasites qu'il absorbe certainement, on a accusé certains petits animaux dont il dévorait les cadavres, et qui seraient eux-mêmes trichinés. Parmi ces animaux, on a parlé des rats, des souris, des taupes, des hérissons, des lézards, et même des reptiles aquatiques et des vers. J'ai commencé depuis quelque temps des recherches sur ce sujet. Je n'ai encore rien trouvé sur les rats et les souris des environs de Paris; par contre, j'ai trouvé chez la taupe, le hérisson, le lézard vert, la grenouille, certains oiseaux vivant de mollusques, d'annélides, de petits vers enkystés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, souscutané ou musculaire qu'un examen superficiel pourrait faire prendre pour des trichines; mais, ainsi que le montrent les préparations et les dessins grossis que je fais passer sous les yeux des membres de la Société, une étude approfondie montre que ces prétendues trichines ne sont autres que des larves de *Spirgitera* ou de *Dispharagus*. Je prépare un mémoire complet sur cette question.

— M. *Mathias Duval* rappelle qu'aujourd'hui on est à peu près d'accord sur ce fait que la corde dorsale se développe aux dépens du feuillet interne du blastoderme. Cependant, l'un des auteurs qui se sont le plus récemment occupés de la question, Scott, n'a pu parvenir à démontrer cette origine chez les grenouilles après l'avoir constatée chez la lamproie.

M. M. Duval est arrivé à cette démonstration, et ce sont les résultats de ses recherches qu'il soumet à la Société.

Sur des coupes d'œufs de grenouilles perpendiculaires à l'axe, il a pu saisir les différentes phases du développement de la corde dorsale, depuis le moment où elle ne s'accuse que par une légère intumescence du feuillet interne jusqu'à celui où elle en est complètement séparée, après avoir passé par une période intermédiaire, celle de la formation pédiculée du prolongement blastodermique interne. La partie ainsi détachée de son feuillet originaire, la corde dorsale, s'insinue entre les deux masses musculaires latérales fournies par le feuillet moyen.

L'auteur a vu, le premier, la corde dorsale se former de la même façon chez le poulet.

S'il lui a été possible de démontrer nettement, comme il le prouve par les pièces qu'il met sous les yeux de la Société, les faits que nous venons de résumer, c'est, dit-il, à son procédé d'inclusion des embryons dans le collodion et à la fixation des éléments mobiles de la surface des coupes au moyen de la même substance.

— M. *le Président* annonce qu'une place de membre titulaire est déclarée vacante, et invite les candidats à faire valoir leurs titres.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 11 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Du mode d'électrisation dans l'atrophie musculaire: MM. Dally et Constantin Paul. — Étude sur les propriétés antipyrétiques de divers médicaments (M. Morel) : M. Dumontpallier.

M. *Dally* prend la parole à l'occasion du procès verbal de la précédente séance; il fait observer qu'il ne refuse pas toute action thérapeutique à la faradisation des muscles atrophiés, mais qu'il n'a cependant que bien peu de confiance dans ce moyen dont il s'explique mal l'action physiologique; il préfère de beaucoup la galvanisation du muscle qui détermine des effets de polarisation continue et toujours de même sens comme le courant générateur lui-même : il emploie exclusivement ce procédé, et n'a qu'à se louer des résultats obtenus.

M. *C. Paul* est heureux de voir M. Dally revenir sur la condamnation sans appel qu'il avait prononcée contre la faradisation, car pour lui et pour bien d'autres, elle constitue un excellent moyen de thérapeutique du muscle atrophié. Il fait d'ailleurs remarquer que le terme de *galvanisation* est inexact lorsqu'il s'agit, ainsi que l'a dit M. Dally dans sa précédente communication, de l'emploi des courants continus; on sait en effet, que dans l'expérience de Galvani, ce n'est qu'au moment de la fermeture ou de l'ouverture du courant de pile que se produit la secousse musculaire. Le courant de pile fréquemment interrompu est donc bien préférable au courant *continu* tel, par exemple, que l'emploie M. Le Fort.

M. *Duhomme* rappelle qu'en physique on appelle courant galvanique un courant produit par une pile, et courant faradique un courant d'*induction* qui peut être constamment dirigé dans le même sens au moyen d'un commutateur.

M. *Trasbot* a fait de nombreuses expériences sur les animaux et a constaté que, chez le cheval, dans les cas d'atrophie musculaire consécutive à un traumatisme ou à la paralysie aiguë par congestion médullaire, si fréquente dans les temps froids, la faradisation donne rapidement d'excellents résultats, tandis que les courants continus ou de la pile semblent n'avoir que bien peu d'action. De même chez les chiens atteints de tremblement avec paralysie et atrophie musculaire à la suite de la *maladie*, il a pu, en huit ou dix jours, obtenir une guérison presque complète des accidents au moyen de la faradisation.

M. *C. Paul* fait remarquer combien il est indispensable, lorsqu'on parle des résultats thérapeutiques obtenus par l'électrisation musculaire, de spécifier avec soin la nature du courant, la durée de son application, le mode exact de son emploi, son intensité, sa régularité, etc. On sait, en effet, qu'une même pile peut être montée *en tension* ou en *quantité*, ce qui modifie notablement le courant obtenu : une pile, *en tension*, si elle est composée d'éléments de faible surface, fournira un courant d'intensité régulière ou variable suivant qu'elle n'aura qu'un petit ou un grand travail électrique à produire. On ne saurait entrer trop minutieusement dans le détail des expériences d'électrothérapie, si l'on veut que d'autres observateurs puissent se placer dans des conditions identiques et obtenir les mêmes résultats.

— M. *C. Paul* dépose sur le bureau le mémoire de M. le docteur Bénard sur l'*action antipyrétique de l'acide phénique dans la dothiénentérie*. Ce médicament, administré à la dose de 1 à 2 grammes par jour à des typhiques, a constamment amené un abaissement sensible mais passager de la température; aussi peut-on le considérer plus justement comme un antithermique que comme un antipyrétique.

— M. *Dumontpallier* expose un compte rendu du travail de M. le docteur Morel sur *les médicaments antipyrétiques*, dans lequel l'auteur a passé successivement en revue l'aconit, l'ipéca, la digitale, l'alcool, le sulfate de quinine et l'émétique. L'aconit a été administré sous forme d'alcoolature à la dose de 1 à 10 grammes en vingt-quatre heures, dans une potion de 120 grammes, à des malades atteints de fièvre typhoïde, de pneumonie et de diverses autres affections fébriles; il n'a donné que des résultats incertains et a paru dangereux dans les maladies adynamiques, par suite de la dépression qu'il produit sur le système circulatoire. Les résultats de cette première série d'expériences ne peuvent avoir une bien grande valeur, puisque l'alcoolature *de feuilles* d'aconit dont s'est servi M. Morel est une préparation presque complètement inerte. L'ipéca a été employé tantôt en poudre, à la dose de 20 à 40 centigrammes, dans une potion de 120 grammes, tantôt en infusion ou en macération, à la dose de 2 à 4 grammes; l'administration en a été réglée de façon à éviter tout effet vomitif. Les vomissements ne se sont produits que dans un cas, le seul d'ailleurs où l'on ait observé un abaissement notable de la température; dans tous les autres, les effets ont été trop passagers pour qu'on puisse en attendre

une action thérapeutique certaine. De même la digitale a paru agir surtout sur le pouls, dont la force et la fréquence ont subi de notables modifications, mais ce n'est pas un véritable antithermique. L'alcool, qui, dans quelques cas, avait semblé fournir de bons résultats, a échoué dans nombre d'autres : son pouvoir antipyrétique est faible et inconstant. Quant au sulfate de quinine, il a produit un abaissement de température de 1 degré à 1 degré et demi dans la fièvre typhoïde ; mais son action est peu durable, et ne se montre pas d'une façon sensible dès les premiers jours de son administration. M. Morel semble accorder plus de valeur à l'émétique employé de façon à obtenir la tolérance, et cependant les observations qu'il invoque sont peu probantes et parfois incomplètes. Dans plusieurs cas de pneumonie, lorsque la maladie s'est jugée au cinquième jour, il est permis de douter que la médication ait eu une grande influence sur l'abaissement de la courbe thermique. M. Morel résume son travail en déclarant avoir éprouvé une grande déception et un doute profond sur la puissance des médicaments les plus vantés comme antipyrétiques; il croit pouvoir avancer, au point de vue physiologique, que les seuls antithermiques sont ceux qui agissent en déterminant une vaso-constriction périphérique de quelque intensité. M. Dumontpallier est d'avis qu'en thérapeutique, l'expérimentation est difficile, qu'elle exige la connaissance du cours normal des maladies, et réclame une extrême minutie dans le choix des substances mises à l'essai; peut-être pourrait-on reprocher à l'auteur du mémoire de n'avoir pas toujours employé les préparations les plus efficaces, et de n'avoir pas administré pendant une période suffisante le seul médicament dont il voulait constater l'action; on ne sait souvent, en présence d'une thérapeutique complexe, à quel agent il est juste de rapporter les effets obtenus. Il pense, en outre, que les courbes thermiques doivent être tracées avec un plus grand nombre de points que ceux fournis par les températures du matin et du soir; les variations intermédiaires peuvent être fort utiles à connaître.

M. *Dujardin-Beaumetz* pense que la question des agents antipyrétiques est plus complexe que ne l'a pensé M. Morel; il ne suffit pas de considérer les variations de la courbe thermique, il faudrait connaître les modifications apportées dans la circulation, la nutrition, l'élimination de l'urée. Pour lui, d'ailleurs, il n'existe pas de véritable médication antipyrétique; on ne *jugule* pas une affection fébrile, comme le prétend une certaine médecine qui s'agite plus qu'elle ne progresse; on n'arrête jamais brusquement le cours d'une maladie. Le moyen le plus puissant d'abaisser la température, c'est la saignée; les substances dites antipyrétiques n'agissent le plus souvent qu'en créant une maladie artificielle; l'émétique détermine un état cholériforme qui fait disparaître l'élévation thermique, mais il n'agit pas directement sur la pyrexie première.

A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Des corps étrangers du vagin, par les docteurs Carter et Daly.

Les auteurs rapportent un cas dans lequel un corps étranger fut retenu pendant quatre ans dans le vagin d'une jeune fille de 17 ans. Elle avait passé un dévidoir dans le vagin pour arrêter l'écoulement du sang quand les règles apparurent pour la première fois. Depuis cette époque, elle souffrait d'un écoulement fétide, souvent sanieux. A l'examen, le dévidoir fut trouvé incrusté dans le tissu cicatriciel que l'on incisa largement afin d'arriver à l'extraction de l'objet. Deux ans plus tard, on pratiqua une opération à cause d'un mariage projeté, et le vagin fut trouvé contracté par les cicatrices. Peu de temps après, cette femme devint enceinte, et elle accoucha au huitième mois, le vagin étant encore resserré. Il fallut inciser les bandes cicatricielles et appliquer le forceps. L'enfant naquit vivant, mais mourut bientôt après. La seconde couche eut lieu à terme ; on incisa les bandes cicatricielles, la délivrance s'opéra naturellement, et l'enfant vit encore.

Le docteur Carter rapporte le fait suivant : La malade, âgée de vingt ans, avait, deux ans auparavant, introduit une tasse de métal dans le vagin. Tout d'abord, elle éprouva de grandes douleurs et perdit un peu de sang, mais cela disparut bientôt, et sa santé redevint régulière. Six mois après, l'urine commença à s'échapper goutte à goutte. L'objet fut enlevé. Il était couverts de dépôts phosphatiques; une partie était dans la vessie, où le corps avait produit une ouverture de 4 centimètres de diamètre (*Med. Times and Gazette*, 14 février 1880).

Du sassafras comme antidote des poisons végétaux, par le docteur Thompson.

Le docteur Thompson, de Nashville, a, le premier, montré que le sassafras était l'antidote du tabac et de la jusquiame. En fumant du tabac additionné de quelques gouttes d'essence de sassafras, aucun accident fâcheux n'intervient. Le docteur Thompson cite une jeune fille qui, ayant avalé un sirop renfermant 1gr,62 de jusquiame et 15 gouttes d'essence de sassafras, ne fut nullement incommodée; la jusquiame n'amena pas le sommeil.

Lyle administra avec succès l'essence de sassafras dans un empoisonnement par la stramoine ; il avait ordonné inutilement un vomitif et des frictions chaudes. L'effet du sassafras se produisit après 6 doses de 10 gouttes administrées toutes les demi heures. Le malade prit ensuite une cuillerée à bouche d'huile de ricin. Le sassafras est un insecticide puissant, et un antidote très actif de la morsure du trigonocéphale (*Archives méd. belges*, décembre 1880).

BIBLIOGRAPHIE

Les bandages et les appareils à fractures, par le docteur F. Guillemin, 2e édition. — Paris, G. Masson.

M. Guillemin, médecin principal de l'armée, vient de publier la deuxième édition de son *Manuel de déligation chirurgicale : les bandages et les appareils à fracture*. Nous avons lu avec un vif intérêt ce petit livre, qui contient, comme partie originale, la description de bandages nouveaux bien imaginés et d'une facile exécution.

Le Manuel de M. Guillemin se divise en deux parties : dans la première, l'auteur étudie les bandages que l'on applique, pour des causes quelconques, dans les différentes régions du corps; dans la seconde, il passe en revue, expose, critique et apprécie les appareils exclusivement consacrés aux fractures. C'est là, il me semble, la partie de son livre la plus intéressante et la plus utile aux praticiens.

Les bandages, en effet, perdent tous les jours du terrain : les « renversés » irréprochables, les « roulés » réguliers, les frondes, les couvre-chefs, les monocles et les binocles, les triangles-bonnets, les huit et les carrés occupent une place moins large dans notre éducation professionnelle; ils sont même souvent ignorés, et l'étudiant juge comme perdu le temps qu'il passerait à l'initiation de ses doigts à ces subtils enchevêtrements de bandes et de toiles.

Sans doute, il y a exagération; cependant la bande de *tarlatane mouillée* qui se moule sur les organes et les pièces de pansement, étroitement maintenues grâce à elle, explique la

défaveur où sont tombées les bandes de toile, plus chères, plus lourdes, plus raides, et difficilement maniables. Aussi leur domaine se rétrécit-il sans cesse, et elles ne sont plus guère employées maintenant que lorsque la bande n'a pas pour but la contention seulement, mais lorsqu'une compression énergique est en même temps nécessaire. Ici la toile reprend ses droits, et le Manuel de M. Guillemin son incontestable utilité.

Or, nous ne pouvons que louer la clarté des descriptions de M. Guillemin. Puis il a su faire un excellent choix; il n'a point encombré son Manuel des mille et un bandages imaginés par les générations accumulées de chirurgiens; il nous donne, avec tact et mesure, tout ce qu'il faut, mais rien que ce qu'il faut.

Il était à craindre que l'auteur n'insistât trop particulièrement sur les bandages imaginés par lui; pour avoir l'esprit critique, on n'en est pas moins père, et l'équité originelle risque de sombrer lorsqu'il s'agit de ses enfants. M. Guillemin n'est pas tombé dans cet excusable travers, et il a pu dire justement dans sa préface : « Pour conserver à ce Manuel son véritable caractère, je me suis gardé avec soin de toute préférence systématique, et si je donne la description d'un certain nombre de bandages nouveaux, je ne me suis pas cru pour cela le droit de rejeter tous les autres bandages connus; j'ai pensé, au contraire, qu'un grand nombre d'entre eux méritaient d'être conservés. »

La seconde partie, celle qui traite des appareils à fractures, nous semble irréprochable, et nous ne saurions trop la recommander aux praticiens, qui trouveront exposés dans ces 300 pages du Manuel toutes les ressources auxquelles on peut avoir recours. D'autant que l'auteur a pris soin « de faire précéder la description de l'appareil à fracture des indications qu'ils sont appelés à remplir. La principale source des indications, dans le traitement des fractures, ce sont les déplacements : on trouvera donc constamment avant la description des appareils particuliers à chaque espèce de fractures. »

Paul Reclus.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — M. le ministre de l'instruction publique, en avisant la Faculté de médecine qu'un projet de création de cinq chaires nouvelles avait été soumis à la Commission du budget, vient de lui demander son avis sur l'opportunité de cette création; et dans l'une de ses dernières séances, la Faculté a été unanime à reconnaître l'utilité qu'aurait l'installation à la Salpêtrière d'une chaire clinique des maladies du système nerveux. On ne peut qu'applaudir à cette décision. M. le professeur Charcot qui a fondé avec tant d'éclat à la Salpêtrière un enseignement que le monde médical français et étranger a depuis longtemps apprécié, trouvera dans la situation officielle qui va lui être offerte l'occasion de rendre plus de services encore à ses nombreux disciples. La Faculté se devait à elle-même de rendre un public hommage au maître éminent qui cumulait jusqu'à ce jour l'enseignement de l'anatomie pathologique avec celui de la neuropathologie clinique. On regrettera cependant que la Faculté n'ait pas cru devoir accepter aussi la création d'une seconde chaire d'obstétrique. Les avis, croyons-nous, ont été très partagés à cet égard. Dans une circonstance récente, le doyen de la Faculté et M. Depaul reconnaissaient l'utilité de cette nouvelle chaire. Elle ne tardera pas sans doute à être réclamée par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de notre enseignement public. L'opportunité de la fondation de chaires de toxicologie, de dermatologie et d'hygiène internationale est moins évidente. On comprend jusqu'à un certain point, que la Faculté ne se soit pas décidée à les accepter de suite et qu'elle ait cru plus sage d'attendre quelque temps encore avant de les demander elle-même.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 18 mai 1881, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Cochu, Hamel, Arnould et Papillon.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Guérin, Krug-Basse, Paoli et de Courtois.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Bar, Foch, Galzain, Bouchardat, Mathias et Schindler.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Passabosc, Maire, Sieffert, Daymard, Oppermann, Grouille et Antony.

Hôpitaux de Paris. — Un nouveau concours pour trois places de médecin du Bureau central commencera le 3 juin 1881. Le jury est ainsi composé : MM. Guibout, Siredey, Huchard, Descroizilles, Jules Simon, Fauvel, Gallard, Parrot, Marchand. Ceux que le sort a désignés ensuite, et dont quelques-uns pourraient remplacer les précédents, sont : MM. Audhoui, Hallopeau, Luys, Strauss, G. Sée, Després.

Laboratoire d'anthropologie. — *Conférences pratiques* par M. Topinard, directeur-adjoint, et M. Manouvrier, préparateur, les mercredis et vendredis, à trois heures, à partir du mercredi 1er juin. — Méthodes et procédés d'observation sur le vivant. Anthropométrie. Craniométrie.

Hôpital thermal de Barèges. — M. le docteur Létourneau, récemment nommé médecin-inspecteur de Barèges, nous prie d'annoncer qu'il sera à son poste au commencement du mois de juin.

Mortalité a Paris (20e semaine, du vendredi 13 au jeudi 19 mai 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1102, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 29. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 13. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 28. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 57. — Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43.—Bronchite aiguë, 34.—Pneumonie, 81.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 57; au sein et mixte, 19; inconnu, 3.—Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 82; de l'appareil circulatoire, 65; de l'appareil respiratoire, 83; de l'appareil digestif, 60; de l'appareil génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 3; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 10.

Bilan de la 20e semaine.—On compte cette semaine 1102 décès, au lieu de 1128 la semaine précédente; c'est une diminution peu significative, car elle ne porte pas sur les affections épidémiques, mais sur quelques maladies aiguës des centres nerveux et des organes pulmonaires : en effet, si la fièvre typhoïde a une tendance à la baisse, elle est bien peu accusée; si la variole semble stationnaire, et si la diphthérie offre une atténuation marquée *dans les décès*, nos enquêtes sur la morbidité ne nous permettent pas de fonder de grandes espérances sur ces résultats, passagers, je le crains, car les mouvements de la morbidité appréciés, soit par les entrées dans les hôpitaux, soit par les cartes postales, sont en contradiction manifeste avec eux; les entrées dans les hôpitaux ont augmenté, un peu pour la variole, beaucoup pour la diphthérie, et ces mouvements sont confirmés par les cartes de morbidité.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 2 juin 1881.

La peste dans l'Irak-Arabi (ancienne Babylonie).

On veut bien nous communiquer sur la peste de l'Irak-Arabi un document qui doit paraître dans la *Gazette médicale d'Orient*, avec une *carte épidémique*, mise également sous nos yeux. Nos lecteurs ne suivraient peut-être pas sans peine les détails géographiques et topographiques dans lesquels on a dû entrer pour déterminer rigoureusement le théâtre actuel de l'épidémie. Il suffira, à cet égard, des indications suivantes, dont quelques-unes, d'ailleurs, ont déjà figuré dans nos précédents articles :

Au sud-est de la Mésopotamie des Grecs (Al-Djezireh des Arabes) commence l'ancienne Babylonie ou Irak-Arabi des Arabes. Cette contrée, comprise entre le 31° et le 33° degré l. N., se présente sous l'aspect d'un ovale à grosse extrémité formée par la jonction du Tigre et de l'Euphrate, et dont le petit bout figure une étroite ouverture située entre les deux fleuves qui se rapprochent, à la hauteur de Bagdad, d'une distance de quatre à cinq heures, et que relient d'ailleurs de nombreux canaux ou bouches de communication. Sur le cours principal de l'Euphrate sont échelonnées, du nord-ouest au sud-est, les localités suivantes : *Musseyeb* (environ 1200 habitants); *Mohavil* ou *Menavil*, petit village situé sur un canal à l'est du fleuve; *Hillé* ou *Hillah*, près des ruines de Babylone, sise sur les deux rives (de 15 à 20 000 habitants, dit-on); les villages de *Medjidié* et de *Djerboie*, puis *Dagarrah* à l'est, sur le canal du même nom; *Divanieh*, sur la rive gauche du fleuve (6 à 7000 habitants); enfin *Semawa* ou *Samawa*, près de l'Euphrate ou sur l'une de ses branches de droite. Plus bas, on trouve encore *Nasreah*, ville récemment bâtie (1500 habitants); *Souk-el-Chouk* (1800 habitants), et *Kornah*, située à la jonction des deux rivières qui forment le Chatt-el-Arab, confluent offrant un chenal profond, accessible aux grands bâtiments et sur la rive gauche duquel se trouvent *Bassorah* (30 à 40 000 habitants) et le *port Fao*, à l'entrée du golfe Persique.

De Musseyeb à Samawa, le bas Euphrate laisse échapper de sa rive droite une multitude de ramifications ou subdivisions secondaires, naturelles ou artificielles, qui couvrent la contrée située au sud-ouest d'un véritable réseau de canaux et de marais comprenant le grand canal de Hindieh, dont la branche sud-est s'étend actuellement en nappes qui submergent presque tout le pays situé entre elle et l'Euphrate. Tous ces canaux relient entre elles de nombreuses localités dont les principales sont : *Kerbella* ou *Mesched-Hussein* (10 000 habitants), *Tanabi* (village) *Tonerich* ou *Hindieh* (3 à 4000 habitants), *Kefil* (petite ville), *Abassiad*,

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Anomalies génitales. — Influence de la musique sur la circulation. — Quelques succédanés de la guillotine. — Les médecins à Constantinople.

Les malformations des organes génitaux passent généralement pour assez rares; néanmoins, lorsqu'on examine pendant un certain temps les publications périodiques, il ne se passe guère d'année sans qu'on en recueille plusieurs exemples. Cette rareté n'est donc que relative; elle s'explique d'ailleurs facilement. Ou bien la malformation ne cause aucune gêne, et alors elle passe inaperçue même des intéressés, comme l'ont démontré bon nombre de cas reconnus seulement à l'autopsie; ou bien les inconvénients qui peuvent en résulter ne sont pas assez puissants pour l'emporter sur un sentiment assez naturel de honte exagérée qui empêche le sujet d'avoir recours au médecin. Le plus souvent, c'est le hasard qui fait découvrir le cas.

Ces réflexions nous sont suggérées par les deux faits suivants :

Le docteur Porter, de Bismarck, ville des États-Unis, vit un enfant de trois ans dont les organes génitaux externes avaient l'aspect de ceux d'une petite fille bien conformée, sauf qu'un pénis occupait la place du clitoris. Le pénis avait environ un pouce de long, et, comme chez l'homme adulte, le prépuce était rétracté en arrière d'une manière permanente. En écartant les lèvres on ne trouva pas de trace de vagin; un examen attentif fit découvrir un testicule de chaque côté du pénis; tous deux étaient à peine perceptibles à la vue, mais on pouvait facilement les sentir sous la peau. Le scrotum n'existait pas. Le tout a absolument l'aspect d'une vulve de petite fille entre les deux parties de laquelle on aurait mis l'extrémité d'un pénis. L'urine s'écoule par cet appendice. Les parents et l'enfant sont d'ailleurs en bonne santé.

Horel-Tohun, Chamieh, chef-lieu d'un district important; *Djesser-el-Kouffé, Nedjeff* ou *Mesched-Ali* (9 à 10000 habitants), *Djaarah, Mishah, El-Zayad, Chenafieh.* A une distance variable, mais peu éloignée du lac de Nedjeff et de la branche occidentale d'un grand canal, on trouve en allant du nord au sud les localités suivantes : *Ramoul, Simir, Bidérie, Mounboutah, Djemabad, Dessim, El-Zekra, Médlek, Lehiebad, Rumella-Terahi* et *Ketta.*

Ajoutons que dans cet espace, particulièrement vers la branche sud-est du grand canal de Hindieh, celle qui conduit à Abassiad, à Horel-Tohun et à Chamieh, se rencontrent certaines parties assez élevées, formant des espèces d'îlots, parmi lesquels sont *Chamieh* elle-même (qui ne communique que par une langue de terre avec *Divanieh* située sur le grand fleuve), *Chafieh, Mémar, El Chaz,* les deux *Hamedat,* les deux *Beni-Toumen, Achired-Horab,* les trois *Aukoucha,* etc.

La puissante tribu des Beni-Hassan occupe les environs de Kerbella et les parages au nord de cette ville : celle plus importante encore des Montéfiks est répandue au sud depuis Samawa jusqu'à Bassorah et au golfe Persique.

Le riz et le dattier forment l'objet principal des cultures de ces régions. La population se compose surtout d'Arabes, de Juifs, de Persans et de Turcs. Les Arabes, là comme ailleurs, vivent à l'état de tribus attachées au sol depuis un demi-siècle, et agglomérées en villages dont les demeures consistent en huttes ou cabanes faites de planches, de nattes de jonc, de branches de dattier, parfois de briques.

Nous avons déjà rappelé, dans nos précédentes notes (*Gaz. heb.*, n° 15, p. 243), que Nedjeff et Kerbella (Mesched Hussein) renferment les tombeaux sacrés des saints Chiites, Ali et son fils Hussein, où sont ensevelis annuellement, si non 20000 cadavres, comme nous l'avait écrit un correspondant, du moins une douzaine de mille, suivant de nouveaux renseignements.

Celà dit, voici la majeure partie de l'article qui vient de nous être communiqué.

A. D.

Marche de l'épidémie. — C'est dans la tribu de El-Zayad (120 cabanes, 500 à 600 habitants) que la peste actuelle paraît avoir débuté vers la fin de septembre 1880. De là elle se propagea en novembre à Chenafieh par les Bédouins du voisinage, puis en janvier 1881 à Djaarah, petite localité d'environ 1200 habitants dont la mortalité était de 350 personnes à la date du 25 mars et où elle a continué depuis, de manière à atteindre probablement la moitié des habitants, De Djaarah l'épidémie se propagea à Kouffé et surtout à Nedjeff au bout de quelques jours, vers la fin de février. Sur 9 à 10 000 habitants, Nedjeff a dû en perdre environ 2500 jusqu'au 1er avril. Toujours de Djaarah, la maladie gagna en février Dessim où 30 familles sur 90 étaient mortes et dont le reste était atteint a la date du 1er avril; puis Lehiebad fut infecté par Dessim vers le 16 février; ce village perdit 100 habitants sur 160, du 15 février au 3 avril. De Dessim, la peste envahit Djemabad qui avait perdu 60 habitants sur 120 vers les premiers jours d'avril; même mortalité de 60 sur 120 à El-Zekra. En février la peste fut importée d'autre part d'El-Zayad, le foyer primitif, à Hamédat où 300 personnes sur 1000 étaient mortes le 9 avril. Vers le mi-février Hamédat infecta Aukocha, autre îlot auquel la maladie avait enlevé à la même date 100 sur 350 habitants. Enfin, vers la même époque ou un peu plus tard, le terrible fléau se communiquait à Roumella Tevaba à Katta, dépendance de Chamieh et à Mishab, tribu voisine de Djaarah, d'où provenait la source de l'infection. Vers la fin de février, El-Zayad transmit encore la peste un peu plus vers l'est, au petit village de Chafieh (à une heure ouest de Divanieh) où 30 personnes sur 90 étaient mortes à la date du 10 avril; et de Chafieh la maladie gagna le campement voisin de Saïd-Nadji (29 avril). En dernier lieu, Chamieh même, le chef-lieu du district de ce nom, aurait été atteint vers la mi-avril, par l'épidémie importée encore d'El-Zayad.

Par contre, les tribus Abou-Djevahir au sud de Divanieh et Hazaïl sur la rive occidentale de l'Euphrate, étaient indemmes à la fin d'avril. Il en était de même de la ville de Divanieh qui n'avait eu que 2 cas de mort provenant accidentellement du dehors. De même, la maladie avait totalement épargné Hindié, Kerbella, Musseyeb au nord et la grande tribu des Beni-Hassan; au sud, Samawa et les Montéfiks sont également demeurés absolument indemnes.

Bref, le champ actuel de l'épidémie est fort restreint; il se réduit à un espace situé au sud-ouest du bas Euphrate, dans les plaines de rizières et de de dattiers comprises entre le fleuve et le lac de Nedjeff ainsi qu'autour de ce lac. Elle n'a point pris d'extension notable depuis plus d'un mois; elle est ainsi contenue entre le désert arabique au sud-ouest et l'Euphrate au nord-est; elle n'a gagné ni au nord ni au sud et tout fait présumer qu'elle se limitera et s'éteindra sur ce petit point de l'Irak-Arabi qui se compose principalement du district de Chamieh.

Nature de la maladie. — De l'aveu de tous les médecins qui sont sur les lieux, il s'agit bien de la peste, de la peste bubonique ou orientale. Il y a plus : car elle tue la plupart du temps en 10, 12, 24 et 48 heures, avec des vomissements sanguinolents, des hématuries, des hémorrhagies diverses et cela probablement avant l'apparition des signes classiques, qui sont les bubons et parfois les charbons. C'est donc la *peste noire* ou la *mort noire,* quant à sa marche vraiment foudroyante, et quant à l'intensité de sa mortalité, nous savons par le compte rendu précédent qu'elle

---

Nous insisterons sur ce clitoris perforé, fait extrêmement rare, car dans les cas analogues, l'urèthre s'ouvre généralement à la base du pseudo-pénis. Mais peut-être ne s'agit-il ici que d'un manque de réunion des deux moitiés du scrotum, chez un garçon d'ailleurs bien conformé.

Le second cas est relatif à une Italienne de vingt-neuf ans qui, mariée pendant neuf ans, était restée stérile et n'avait jamais été menstruée. Le docteur Caro, après l'avoir soignée et guérie, au moins momentanément, d'une angine de poitrine, l'examina dans le but de rechercher la cause de la stérilité et de l'aménorrhée. Il trouva un vagin conique d'environ 2 pouces et demi de profondeur et très étroit. Il ne put trouver d'utérus, sauf une nodosité rudimentaire ayant à peu près le volume d'un grain de chènevis. Il n'y avait aucune apparence d'ovaires; pas davantage de lèvres, grandes ou petites, ni de clitoris. Il existait seulement quelques poils sur le mont de Vénus. La patiente n'avait et n'avait jamais eu aucun désir sexuel. Les seins étaient bien développés, semblables à ceux d'une femme vierge, mais il n'y avait pas d'aréole, et seulement un mamelon rudimentaire. Pas de poils dans l'aisselle. La malade avait tout l'habitus extérieur d'une femme; son intelligence était égale à celle des paysannes de son pays.

— A toutes les époques la musique a joué un rôle important dans l'histoire sociale, domestique et militaire des nations. De très bonne heure elle fut employée à « calmer les esprits malades ». David jouait de la harpe pour guérir la folie de Saül. Aristote regardait la musique comme un des plus puissants moyens d'éducation. Platon jugeait nécessaire de consacrer trois années (de treize à seize ans) à acquérir la connaissance de la musique. Théophraste et Pythagore recommandent la musique pour le traitement de beaucoup de maladies autres que celles d'origine purement nerveuse. Tout le monde connaît les effets d'un air patriotique et guerrier. Il appartenait à la physiologie moderne d'étudier les effets des sons musicaux à un point de vue scientifique.

ne fait grâce que fort exceptionnellement... « *Capable d'enrichir en un jour l'Achéron* » La transmission ou contagion est cruellement évidente : presque tous ou tous les habitants d'une même maison sont frappés et meurent dans la proportion des quatre cinquièmes. Les médecins ont pu suivre la propagation de la maladie de village en village par l'importation, c'est-à-dire par la venue dans les localités saines de personnes provenant de localités infectées.

En résumé, la peste actuelle de l'Irak-Arabi frappe comme la foudre, elle n'épargne que peu de personnes, et sa mortalité exceptionnelle qui n'a d'égale que sa violence et sa rapidité, la rapproche de la grande épidémie du quatorzième siècle, bien qu'elle demeure absolument limitée. Elle a terrifié les infortunés habitants, des lieux envahis et des environs.

Mesures d'hygiène, de prophylaxie, de police sanitaire, et dispositions quarantenaires. — Dès que l'administration sanitaire de Constantinople fut informée de l'existence confirmée de la peste dans l'Irak-Arabi, vers la fin de février, elle se hâta de faire prendre, de concert avec le Conseil sanitaire international, toutes les dispositions et les mesures coercitives propres à localiser le mal dans ses foyers. La Porte transmit par le télégraphe des ordres en conséquence au Vali de Bagdad et au commandant militaire, en vue de prêter aux médecins sanitaires tous les secours en matériel et en personnel dont ils avaient besoin pour obtenir les résultats demandés. On forma autour des foyers pestilentiels une série de cordons militaires composés de troupes d'infanterie et de cavalerie, etc. : 1° un premier cordon *local*, autour de chaque point envahi; 2° un cordon *régional*, destiné à séquestrer l'ensemble des localités affectées ou suspectes ; 3° un cordon excentrique composé de postes dits de *répulsion* pour écarter toutes les provenances qui auraient échappé au deux premiers. Cette dernière barrière fut combinée avec des quarantaines qui furent instituées à Musseyeb, à Mohawil, à Divanieh et à Samawa, vers le sud. La création de ces postes quarantainaires où l'on devait faire subir, une détention de quinze jours aux personnes, était d'autant plus motivée, que des centaines de pèlerins chiites, pour la plupart persans, se trouvaient compris dans les lignes des cordons au début de l'épidémie, et qu'il était indispensable de les faire purger la quarantaine avant de leur livrer les passages vers l'est pour regagner leur pays.

Par surcroît de précaution, comme aussi pour donner des gages de sécurité aux pays voisins et à l'Europe, le Conseil international et l'Administration sanitaire firent organiser un quatrième cercle de quarantaines autour du vilayet de Bagdad. Une quarantaine de 15 jours fut instituée dès le principe à Bassorah sur le Chat-el-Arab pour garantir le golfe persique. La Perse fit suspendre le pèlerinage et le transfert des cadavres en Mésopotamie : elle établit une quarantaine à Kasri-Chirin, près Zohab, sur la route de Khanéguine en Perse. Bagdad barrait les routes du nord vers Mossoul et Suleïmanieh par des postes quarantainaires de Tékrit sur le Tigre et de Kefri. En Syrie une ligne de quarantaines entre l'Euphrate, Alep et Damas, et comprenant les quarantaines d'Abou-Kémal, de Déïr et de Meskéné, sur l'Euphrate, de Tadmor, de Dômer et de Kariéten, dans le désert tous postes dirigés par des médecins et un nombreux personnel d'agents et de militaires, interceptait toute communication immédiate entre le vilayet de Bagdad et la Syrie, en imposant une quarantaine de quinze jours aux caravanes et aux navires à vapeur provenant dudit vilayet.

Si la seule route de Nedjeff à Médine et à la Mecque restait ouverte, il faut se rappeler que cette route n'est accessible aux caravanes qu'en temps de pèlerinage au Hedjaz et que le pèlerinage vient de finir.

Quant aux dispositions et mesures conseillées et pratiquées pour désinfecter les localités atteintes et y éteindre les germes de la maladie, elles ont consisté dans l'incinération des hardes et effets, cabanes et huttes, de tous objets destructibles par le feu; dans l'évacuation des maisons en briques ou en pierres, comme à Nedjeff, où cette pratique n'a pu encore être que partiellement appliquée ; dans la séquestration des pestiférés sous tentes ou dans les ambulances spéciales, en dehors des campements de la population encore indemne ; enfin, dans la purification par le feu et dans la désinfection par les substances appropriées de toutes les matières suspectes.

Dès l'apparition du fléau, l'Administration sanitaire a dirigé et concentré sur les localités atteintes, six à sept de ses médecins ordinaires ; elle a pris à ses gages plusieurs médecins et chirurgiens de Bagdad, elle a utilisé les services des médecins militaires ottomans attachés aux troupes qui composaient les cordons et les postes de surveillance. Actuellement, il y a plus de douze à quinze médecins et chirurgiens, tous d'une capacité reconnue, la plupart européens et dont beaucoup ont déjà soigné la peste, sur le théâtre même de l'épidémie. Ce ne seront donc ni les conseils ni les soins qui manqueront aux populations frappées ; malheureusement on sait combien sont précaires en cette occasion, les soins de la médecine, quand il s'agit de guérir s'entend; car ils sont précieux et absolument indispensables pour diriger et éclairer les mesures de prophylaxie et les secours de toute nature à apporter à de si grands maux.

Quoi qu'il en soit, on peut présumer que le fléau va rencontrer, dans la chaleur élevée de l'Irak-Arabi, un obstacle naturel infranchissable suivant toute probabilité. Car une longue expérience a appris que la peste s'éteint d'elle-même en Mésopotamie vers la mi-juin, c'est-à-dire quand le thermomètre atteint 40 à 42 degrés centigrades. Le plus efficace remède de la maladie est donc la chaleur élevée, la température intertropicale, la peste étant une maladie des climats tièdes et tempérés. Elle hait les régions tropicales, où elle a très rarement pénétré, exceptionnellement comme dans l'Assyr, au nord de l'Yémen (vers le 20e degré de latitude Nord), mais alors et toutefois en séjournant sur les localités montagneuses situées à 2000 et 3000 mètres au-dessus de la mer; ce qui a justement fait remarquer que, dans ces cas en apparence divergents

---

On sait que l'excitation de l'un des organes des sens ou d'un nerf sensitif influence profondément le système nerveux, et, par son intermédiaire, celui de la respiration, de la circulation, et les autres systèmes de l'économie. Couty et Charpentier, sous la direction du professeur Vulpian, ont recherché les effets de l'excitation des organes du toucher, du goût, de l'ouïe et de l'odorat sur le système circulatoire. Les expériences étaient faites sur des chiens curarisés. Ils ont trouvé que le mouvement du cœur était tantôt ralenti, tantôt accéléré, tandis que la pression sanguine s'élevait toujours à 8 millimètres.

J. Dogiel a récemment expérimenté l'action de la musique sur le système vasculaire des animaux (chien, chat, lapin) et de l'homme. Les animaux étaient curarisés, et la pression sanguine était mesurée par un manomètre à mercure mis en rapport avec l'artère carotide. Les terminaisons des nerfs de l'audition étaient excitées à l'aide d'un diapason de hauteur connue, un résonateur correspondant étant placé dans l'oreille de l'animal. D'autres fois, certaines notes ou mélodies distinctes étaient jouées sur un violon, une clarinette ou une petite flûte. Dogiel a trouvé que le nombre des battements du cœur était augmenté, et que l'effet était plus prononcé quand l'animal avait été légèrement empoisonné avec de la strychnine. Les résultats variaient avec la race du chien. Quant à la pression sanguine, elle différait suivant que la note était haute ou basse; elle s'éleva quelquefois au double de la normale. L'expérience sur l'homme fut faite en plaçant un bras dans un pléthysmographe de Mosso modifié, instrument qui mesure la quantité de sang d'une région par la quantité de liquide déplacé. Avec cet appareil on peut aisément enregistrer les changements de volume d'un organe. Les effets produits furent bien marqués. Plus la note était élevée, plus l'effet était grand; mais il variait aussi avec le timbre de la note musicale. Le nombre, la force, le rhythme de la respiration étaient influencés d'une manière remarquable. Voici les conclusions que Dogiel a tirées de ses expériences.

la latitude était compensée par l'altitude, suivant une loi bien connue de géographie médicale.

En résumé, l'épidémie du sud-ouest de l'Irak-Arabi, toute effrayante qu'elle est par sa violence et sa mortalité inaccoutumées, puisqu'elle a déjà enlevé une très grande partie des 15 à 20 000 habitants atteints, est néanmoins demeurée confinée dans les marais de l'Euphrate; elle sera, suivant toute probabilité, neutralisée à bref délai par le concours de circonstances naturelles favorables du climat, mais aussi et surtout par suite des mesures coercitives amplifiées et répétées dont elle est l'objet.

En face de ces barrières de plus d'un genre interposées par les hommes et les choses entre le fléau oriental et l'Europe, celle-ci peut compter sur la sécurité à laquelle elle a droit et que contribuent à lui assurer, dans une large mesure, les institutions de police sanitaire qui ont été organisées en Orient. A la rigueur, cela pourrait suffire pour le moment. Mais l'avenir imposera de nouvelles garanties. Car, que se pourra-t-il passer si un jour l'Euphrate est mis en communication, par des voies rapides, des voies ferrées, avec la Syrie et la Méditerranée? L'extinction de la peste dans un de ses principaux foyers actuels, la Mésopotamie, deviendra, et devient même dès aujourd'hui, une nécessité de premier ordre avec laquelle nous devons chaque jour compter.

P. S., 20 *mai*. — L'épidémie de l'Irak-Arabi n'a point franchi les cordons sanitaires; de plus, elle est en décroissance. Elle aurait cessé à Djaara et à El-Zayad; à Nedjeff, la mortalité journalière n'est plus que d'une cinquantaine de décès, et cela sur la partie de la population non évacuée, car il n'y a plus de maladie parmi les habitants qui sont allés camper hors de la ville. Des ordres sévères ont été donnés à nouveau pour obtenir l'évacuation complète de Nedjeff, et pour assurer ainsi l'extinction de la peste avec l'assainissement de la ville.

Les bruits qui ont pu courir sur l'existence de la peste à Anah (sur l'Euphrate) et aux environs de Damas sont absolument faux. Des télégrammes des médecins sanitaires de Bagdad et de Damas constatent qu'il n'existe aucune maladie de peste ni à Anah, ni à Damas (1)

La nouvelle clinique d'accouchements.

M. le professeur Depaul s'est élevé avec quelque vivacité dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* (n° 20, p. 312) contre l'article que nous avions consacré à la nouvelle Clinique d'accouchements au point de vue de sa construction et de son aménagement. Nous n'avons pu faire suivre sa lettre que des courtes réflexions que l'espace disponible nous permettait de présenter immédiatement. Ces réflexions nous sembleraient d'ailleurs plus que suffisantes si l'autorité de M. Depaul, les circonstances au milieu desquelles a été prononcé l'éloge qu'il a cru devoir faire de cet établissement hospitalier, et les termes même de sa réplique, ne faisaient un devoir à tous ceux qui ne peuvent souscrire à ses assertions de le lui faire respectueusement et fermement savoir. Tel est le motif de notre nouvelle réponse.

Nous ne suivrons pas notre éminent contradicteur sur tous les terrains où il a sans doute jugé nécessaire de se placer; mais nous le suivrons volontiers et uniquement sur le terrain scientifique, sur le terrain des faits.

M. Depaul a bien compris à quel point de vue nous nous sommes placé; car il conteste tout d'abord, — ce que nous avions affirmé d'après nos souvenirs et nos notes, — qu'il ait présenté la nouvelle Clinique d'accouchements « comme un véritable modèle du genre ». Il est vrai qu'il affirme un peu plus loin « qu'il n'y a pas d'établissement qui lui soit supérieur », il déclare que M. Horvitz (de Saint-Pétersbourg) a bien voulu écrire quelque part « qu'il n'en connaissait pas qui réunisse un aussi grand nombre d'améliorations », et il veut bien nous avertir que « nous ne trouverons rien de mieux ailleurs », que « nous chercherions vainement quelque chose de semblable ». A toutes ces affirmations, nous pensions reconnaître que M. Depaul considérait cet établissement comme un modèle; et cependant, malgré toute la part qu'il a prise à l'élaboration des plans, il ne veut pas que nous employions cette expression, sans doute trop élogieuse puisqu'il s'en défend. Nous ne nous savions pas si complètement d'accord avec lui.

Nos regrets de ne pouvoir partager l'enthousiasme même amoindri de M. Depaul n'en sont que plus profonds; mais comment pourrait-on se féliciter que les salles destinées à recevoir les femmes accouchées « soient assez vastes pour qu'il revienne à chaque lit de femme environ 70 mètres cubes d'air », lorsqu'on ne constate entre les lits qu'un espace de 2 mètres « dans lequel un petit berceau d'enfant se trouve intercalé », ce qui réduit cet espace à 1m,35. Cette distance nous a semblé tout à fait insuffisante et nous persistons à le penser; n'est-ce pas, en effet, se prévaloir d'un avantage très illusoire que de proclamer bien haut un cubage d'air obtenu par une élévation inutile de plafond et un espacement des lits trop restreint? Les instructions du Conseil d'hygiène l'ont indiqué depuis longtemps; M. Léon Le Fort, dans son célèbre ouvrage sur *Les maternités*, guide toujours

(1) C'est M. le docteur Cabiadis, celui qui fut envoyé à Astrakhan pendant l'épidémie de peste, qui a aujourd'hui, croyons-nous, la direction du service dans l'intérieur des cordons sanitaires. A. D.

1° La musique a une influence sur la circulation des hommes et des animaux.

2° La pression sanguine tantôt s'élève, tantôt s'abaisse. Ces variations dépendent principalement de l'influence de l'excitation de l'ouïe sur la moelle allongée, qui semble être en rapport avec le nerf acoustique.

3° L'action des sons musicaux et du sifflement sur les animaux et l'homme se traduit surtout par l'accélération des contractions cardiaques.

4° Les variations dans la circulation coïncident avec des changements dans la respiration, quoiqu'ils puissent être observés en dehors de ces derniers phénomènes.

5° La strychnine augmente l'action des impressions auditives sur la circulation; le curare, le chloral, l'alcool et la morphine (à un certain degré de narcotisme) diminuent cette action.

6° Les variations de la circulation dépendent de l'acuité et de la gravité de la note, et aussi de son timbre; mais elles dépendent encore de la constitution des hommes ou des animaux; et, pour les premiers, la nationalité joue un rôle important.

Ce sont bien là les résultats auxquels on pouvait s'attendre d'après nos connaissances sur les effets de l'excitation des nerfs sensitifs. Ces faits confirment la justesse des opinions d'Aristote, de Platon et de Pythagore, sur la nécessité d'enseigner la musique aux enfants, et ils apprennent qu'elle peut être utile aussi bien que nuisible dans quelques maladies de l'homme.

—Plusieurs journaux ont rapporté, d'après l'*Ingénieur universel*, le fait divers suivant, d'origine allemande: « Dans une chambre obscure, tendue de noir, qu'éclaire une seule torche, est installée la statue de la Justice avec la balance et l'épée, plus un fauteuil relié à une batterie électrique placée derrière la mamelle gauche de l'inexorable Thémis. Le criminel est solidement enchaîné sur le siège fatal. Sont seuls présents le juge, le jury et quelques officiers. La cérémonie commence

classique en la matière, l'a également établi : 5 mètres de hauteur suffisent et 3 mètres sont au moins nécessaires entre chaque lit dans toute salle de malades, et à plus forte raison dans une salle qui reçoit des accouchées. Les hôpitaux italiens, pour ne citer que ceux-là, notamment à Turin, Pavie, Milan, présentent un cube d'air bien autrement élevé et l'on n'ignore pas cependant leur insalubrité. Cela est de toute évidence, et M. Depaul aurait désiré mettre à côté les uns des autres les lits de ses accouchées dans le vaste vaisseau de Notre-Dame que chacune d'elles n'en serait pas dans un lieu plus sain; elle aurait peut-être 500 mètres cubes d'air au-dessus d'elle, mais n'en serait pas moins très directement infectée par la respiration et les exhalaisons de ses voisines.

Le système de ventilation et de chauffage innové, paraît-il, dans la Clinique d'accouchements serait si bien disposé que, d'après M. Depaul, « chaque salle tout entière peut être mise en communication avec l'air extérieur sans exposer les femmes aux courants qui ne sont pas sans danger quand elles viennent d'accoucher; il n'y a pas de lit, par conséquent, autour duquel l'air ne puisse être renouvelé. » Nous serions, faut-il l'avouer, assez curieux de connaître un système qui ventile sans courants ; au reste, la description très suffisamment exacte que nous avons donnée de celui qui est en cause, montre combien il est, plus que tous ceux actuellement connus, disposé pour la production de courants en divers sens. Mais nous nous refusons absolument à discuter en ce moment la valeur d'un système de ventilation et de chauffage qui est à peine au début de sa période d'essai; nous n'avons pas oublié l'enthousiasme que les systèmes employés à l'hôpital Lariboisière ont suscité à leur début et les résultats insuffisants qu'ils ont produits; nous n'oublions pas qu'en l'absence d'appareils vraiment propres à analyser le mouvement de l'air dans les salles ventilées, la science de l'ingénieur est encore restée empirique, et qu'on ne peut arriver à déterminer exactement la région dans laquelle la ventilation qui résulte d'un orifice donné est réellement efficace (Voir un mémoire de M. Hudelo, présenté à la Société de médecine publique, *Revue d'hygiène*, 1879, p. 213). Il convient donc en pareille matière d'être très réservé et de ne se prononcer qu'après un certain temps d'expérimentation. Nous n'avions pas dit autre chose; mais M. Depaul, croyant avoir mis ses accouchées à l'abri des courants en les éloignant en grande partie des fenêtres, trouve sans doute notre prudence bien pusillanime.

Aussi avions-nous fait remarquer que deux lits seulement pouvaient être dans chaque salle soumis à la ventilation naturelle; M. Depaul s'étonne que nous ayons pu dire que des fenêtres auraient dû être placées auprès de chaque lit, et il ajoute que « cela serait assez difficile dans des salles qui contiennent huit lits et qui n'ont que deux fenêtres. » Assurément; mais c'est parce que cette disposition ne pouvait être adoptée que nous nous sommes permis notre critique; quelle est, en effet, l'administration qui adopterait, aujourd'hui, sans encourir de sérieux reproches et de grandes responsabilités, un plan d'établissement hospitalier d'après lequel six malades sur huit seraient éloignés des fenêtres? C'est une disposition unanimement rejetée pour les malades ordinaires qu'il nous faudrait approuver quand il s'agit d'accouchées, alors que de nombreux exemples ont montré et montrent encore de quelle utilité peut être le placement des lits des accouchées près des fenêtres ! Faut-il citer la maternité de Cochin, les salles qu'avait aménagées M. Empis, etc.

Nous ne pouvons donc regretter d'avoir considérées comme absolument défectueuses les salles de la nouvelle Clinique, surtout quand nous remarquons comment, s'il nous fallait en croire la description de M. Depaul, « chaque infirmerie communique du côté opposé aux fenêtres, à volonté, dans presque toute sa hauteur, avec l'avenue de l'Observatoire ». En réalité, cette communication ne se fait que par la porte, formant la partie centrale d'une baie vitrée dont les panneaux devraient tout au moins pouvoir se replier sur la muraille en cas de besoin, et cette porte donne sur un large corridor commun à toutes les infirmeries. Il en résulte que le courant entre les deux faces naturellement aérées des salles s'établit d'une manière directe dans l'espace séparant les lits vers la cheminée, obliquement de la porte vers les fenêtres en laissant de côté un certain nombre de lits, à moins qu'il ne faille faire entrer en ligne de compte le courant produit par les chambres à air, tant prônées par avance et placées sur un faux-plancher à la partie supérieure du corridor, courant également oblique qui passe par dessus la plupart des lits. De ce que, comme l'a dit M. Depaul dans son discours d'inauguration, le système de ventilation peut déterminer un abaissement subit, manifeste, de la température dans les salles, nous ne saurions en conclure à la détermination de sa vitesse exacte, à son éparpillement dans toutes les parties de la salle, et nous attendrons encore prudemment, avec le vif désir de constater un véritable progrès, qu'on ait pu établir scientifiquement sa supériorité sur la ventilation la plus élémentaire et la plus naturelle. Au reste, la ventilation artificielle ne saurait être

---

par la lecture du jugement; celle-ci terminée, le juge brise son bâton d'office, le jette dans un des plateaux de la balance, en même temps qu'il éteint la torche. La descente du plateau, fermant le circuit, envoie le criminel dans l'autre monde. »

Ce procédé nous en rappelle un autre non moins fantaisiste, imaginé, il y a quelques années, en Amérique, par le docteur Packard, et qui consiste à asphyxier le condamné dans une atmosphère d'oxyde de carbone de la manière suivante :

Le condamné serait placé sous une cloche hermétiquement fermée; à l'aide d'un mécanisme très simple on remplacerait l'atmosphère de la cloche par de l'air contenant une notable proportion d'oxyde de carbone, et l'on aurait la mort la plus calme et la plus rapide qu'il soit possible d'obtenir. L'individu cesserait simplement d'exister. Un jury serait chargé de constater l'identité du condamné avant son entrée dans le fatal récipient; c'est également en présence du jury qu'auraient lieu toutes les opérations, et celui-ci pourrait assister aux derniers instants du condamné à l'aide d'un hublot de verre ménagé dans la cloche. Au bout de dix minutes, l'air atmosphérique pénétrerait dans la cloche, et ce même jury constaterait le décès.

Le mieux étant l'ennemi du bien, il n'y a rien d'étonnant à voir la physique et la chimie chercher à remplacer la vulgaire guillotine ou même la simple corde par des moyens perfectionnés; mais comme la mort et la procréation, en leur qualité d'extrêmes, se touchent, on peut rappeler à ce propos un mot de M. Wurtz : « Messieurs, disait le savant professeur dans un de ses cours, la chimie biologique est arrivée à un tel degré de perfection en fait d'analyse et de synthèse, qu'on pourrait *presque* faire un homme de toutes pièces. » Et comme les auditeurs s'exclamaient : « Rassurez-vous, ajouta-t-il, on s'en tiendra encore longtemps à l'ancienne manière ! »

Je crois qu'en fait d'exécution capitale il en sera encore longtemps ainsi. Peu importe d'ailleurs aux poulets la sauce à laquelle on les mange, et aux condamnés la manière dont

qu'une addition à une ventilation naturelle complète et déjà suffisante.

On sait que l'isolement est représenté dans la nouvelle clinique d'accouchements par trois petites pièces communiquant entre elles, ainsi qu'avec tous les dégagements de l'hôpital; nous avions signalé ce fait en ajoutant que M. Depaul ne devait pas prendre fort au sérieux cette disposition, d'autant plus que nous nous rappelions avoir entendu le savant professeur s'excuser publiquement de n'avoir pu mieux faire. Aujourd'hui il a meilleure opinion de son œuvre, semble-t-il, car il nous déclare prendre très au sérieux « ses trois chambres d'isolement », en nous fait l'honneur de nous dire qu'il ne donne pas au mot isolement le même sens que nous lui connaissons; ce serait faire de la théorie dans un cabinet et M. Depaul fait de la pratique. D'ailleurs, ajoute-t-il, « l'isolement absolu n'existe nulle part pour les femmes en couches; il n'y a là qu'un vain mot dont on se paye et avec lequel on fait ouvrir de grands yeux au public qui ne sait pas ». Et alors M. Depaul fait sans le nommer, nous ne savons trop pour quel motif, la critique du Pavillon de son savant collègue M. Tarnier, en prétendant que « l'air d'une chambre qu'on dit absolument isolée parce qu'elle s'ouvre sur une galerie extérieure peut s'introduire, poussé par le vent, dans la chambre voisine, car il faut bien ouvrir la porte pour entrer et la fenêtre pour aérer ». Et plus loin, « pour pratiquer l'isolement absolu dans un hôpital, il faudrait placer les malades dans de grands bocaux bien cachetés ». Nous éprouvons vraiment quelque peine à dire à M. Depaul, qui le sait tout aussi bien que nous, que l'absolu n'étant pas de ce monde, il faut savoir cependant s'en rapprocher le plus possible; et que l'isolement relatif réclamé pour les accouchées, plus encore que pour tous autres malades, est le premier terme, l'ABC en quelque sorte, de l'hygiène hospitalière. Est-il un seul traité d'hygiène, un seul ouvrage spécial qui ne l'aient démontré, une seule réunion savante où cette question n'ait été résolue?... Mais pourquoi insister; M. Depaul est assurément le seul, aujourd'hui, qui ne craigne pas d'émettre l'opinion que nous venons de reproduire. Nous ne retiendrons donc de ses assertions que cette déclaration : « les salles d'isolement de la nouvelle clinique seront utiles pour éloigner des infirmeries les malades qui troublent le repos des autres (les manies puerpérales, par exemple); elles me permettront de ne plus donner à toute une salle le spectacle de l'agonie et de la mort, elles me serviront encore dans beaucoup d'autres cas que je n'ai pas à rappeler ici »... Il y plaçait ces jours-ci une accouchée atteinte de fièvre puerpérale. En résumé, cet isolement suffit à M. Depaul; ne pouvant l'obtenir absolu, il le préfère radicalement insuffisant et illusoire.

Mais cette doctrine du tout ou rien n'est pas, on le conçoit, sans quelque inconvénient. S'il est une réforme réclamée par l'hygiène sans contestation sérieuse, c'est bien la séparation complète du service des morts d'avec le reste des services hospitaliers, encore plus, avons-nous besoin de le rappeler, dans les maternités. Le récent exemple survenu à l'hôpital Tenon en est une preuve des plus manifestes. Aussi avions-nous loué l'éloignement de la salle d'autopsie et du dépôt des mortes, leur sortie par une porte particulière. Nous nous étions seulement permis d'espérer que l'air de cette partie de l'hôpital serait rejeté assez loin pour n'y pouvoir jamais rentrer. Cette concession aux rigoureuses exigences de l'hygiène hospitalière n'a pas eu l'agrément de M. Depaul; nous l'avions cependant émise afin de n'être pas toujours obligé à la critique, d'autant plus que nous nous souvenions que M. Depaul n'avait fait nulle difficulté, dans les débuts de la construction, de placer cette salle d'autopsie assez près d'un calorifère poussant l'air chaud avec force dans les diverses parties de l'édifice et pas très loin d'un monte-charges. Ces dispositions ayant été abandonnées à la suite de vives protestations, M. Depaul doit conserver le mérite de cet abandon, qui ne paraît pas lui avoir été trop pénible. Ce n'est pas qu'il ne soit préférable, comme cela se fait dans un certain nombre de Maternités, que M. Depaul connaît certainement mieux que nous, de ne laisser séjourner les cadavres dans aucune partie de l'établissement, de les porter de suite dans un bâtiment spécial très éloigné.

Nous avons, il est vrai, critiqué l'aménagement de la salle d'autopsie; nous demandions, sans parler de ce que nous avions pu voir dans nos voyages à l'étranger, mais en songeant à ce qui était beaucoup plus près de nous, à Paris même, une table à pieds creux pour l'écoulement des liquides, afin que les assistants ne puissent avoir les pieds dans l'eau et nous insistions sur la suppression du seau à débris; M. Depaul nous répond que les liquides s'écoulent directement à l'égoût. Tant mieux, mais avant de s'y rendre ils n'en offrent pas moins l'inconvénient contre lequel nous réclamions. Nous parlions d'une couronne de tuyaux amenant l'eau au-dessus de la table avec prises à chaque angle; M. Depaul nous répond qu'il y a un tube métallique avec un ajutage de caoutchouc; nous parlions d'une hotte à gaz dans

---

les envoie dans l'autre monde. Je ne sache pas qu'aucun d'eux s'en soit jamais plaint en connaissance de cause.

— La situation de la plupart de nos confrères de Constantinople ne paraît être ni des plus douces ni des plus enviables. La *Freie Presse* dit que les médecins européens de cette ville peuvent être divisés en deux catégories : les uns datent du règne du défunt sultan Abdul-Aziz, dont le meurtre semble maintenant bien établi; les autres, de la dernière guerre.

Les premiers sont très répandus dans la population turque, et leur condition est relativement bonne; cela s'explique, car leur prospérité est due au genre de vie extravagant des Turcs riches, et l'intempérance des uns fait le bonheur des autres. Ceux de la seconde catégorie sont les plus à plaindre; ce sont d'ailleurs les plus nombreux, et formaient, pour ainsi dire, un régiment de l'armée turque. Jusqu'alors leur seule récompense a été le sentiment d'avoir fait leur devoir sur le champ de bataille et dans les hôpitaux, car le gouvernement leur doit encore leur solde. Leurs services n'ayant pas été rémunérés, ces amants platoniques (par force) de la science en sont réduits maintenant à guetter, dans les points les plus populeux de la ville, des clients mieux fournis de monnaie. On peut les voir prendre position comme des sentinelles au seuil de la porte des pharmaciens, regardant presque avec reproche les passants qui ont les membres en bon état. En attendant de meilleurs rogatons, ils empochent force brocarts.

« On ne peut trop regretter pour eux, dit un journal de l'endroit, que quelqu'un ne se brise pas plus souvent la jambe sur le mortel pavé de la ville. Certainement il y a beaucoup de vols et d'assassinats à Constantinople, mais c'est d'aventure qu'un de ces meurtres soit perpétré dans le voisinage d'un pharmacien. Quand cela arrive, ce n'est pas encore le médecin étranger qui en profite toujours; comme il attend la fortune, non dans son lit, mais dans une brasserie, à 20 mètres de là, quelque médecin grec ou arménien, qui est aussi à l'affût des clients, mais qui ne professe pas le même culte pour la bière, s'est hâté d'arriver sur le lieu de l'accident

le fond, de l'étroitesse du local, etc., etc.; M. Depaul nous répond que notre opinion n'a pas été partagée par les hommes les plus compétents. Nous n'avons cependant fait que reproduire les observations de ses collègues des hôpitaux, visitant la salle d'autopsie en même temps que nous. Il est vrai que M. Depaul à ce moment n'était pas présent, et que la liberté d'appréciation pouvait s'exercer sans avoir le déplaisir de contrarier un hôte obligeant.

Nous ne faisons aucune difficulté de déclarer que nous faisions erreur en plaçant le musée des pièces sèches au premier étage. Par contre, comme nous l'avons dit, c'est à cet étage que se trouvent l'amphithéâtre et le laboratoire. « Ils sont très loin de la salle d'accouchements et n'ont aucune communication directe avec la grande galerie qui conduit aux services généraux », nous objecte M. Depaul. Cependant l'amphithéâtre s'ouvre sur la galerie par laquelle on porte les femmes de la salle d'accouchements aux infirmeries; le laboratoire est à côté de l'amphithéâtre et M. Depaul nous accordera bien que le couloir longeant toutes les infirmeries communique directement avec celui sur lequel s'ouvre l'amphithéâtre. Entre tous ces services, fermés par des portes, nous n'y contredisons pas, il n'y a que quelques mètres de distance, et en tout cas cette distance ne peut être comparée à celle de leur éloignement dans les hôpitaux ordinaires. Dans de telles conditions est-il prudent d'introduire des pièces fraîches dans la clinique pour les étudier dans le laboratoire ou les montrer à l'amphithéâtre? M. Depaul ou ses aides se sont donc résignés à cette privation? Une demande a déjà été adressée pour introduire dans le laboratoire quelques animaux destinés aux expériences; si cette demande est accordée, que fera-t-on, que cultivera-t-on dans ce laboratoire, si l'on ne veut pas s'exposer à la dissémination des germes morbides?

On voit donc, combien avec cette recherche minutieuse des progrès et de l'extension de l'enseignement que M. Depaul ne fait nulle difficulté de réaliser dans sa Clinique, en s'entourant d'aides d'une valeur éprouvée, il a enlevé en même temps à ceux-ci de précieux moyens d'investigation lorsqu'il n'a pas éloigné suffisamment leurs salles d'études, lorsqu'il n'en a pas fait un service tout à fait distinct.

M. Depaul consacre la plus grande partie de sa lettre à maintenir le chiffre de 12 000 francs comme prix de revient de chacun des lits de la nouvelle Clinique d'accouchements, ainsi qu'il l'avait établi dans son discours à la cérémonie d'inauguration; nous avons affirmé de notre côté que ce prix devait être porté à 25 000 francs. Voyons les raisons de cette différence.

Les lits destinés aux femmes et aux enfants s'élèvent, dit-il, à 146; voici croyons-nous, bien qu'il n'ait pas été publié, le compte de M. Depaul. Nous ne demandons qu'à le voir rectifié, s'il y avait lieu :

	Lits.	Berceaux.
Lits pour femmes enceintes............	20	»
Lits pour accouchées..................	40	40
Lits pour nourrices...................	10	10
Lits dans les chambres d'isolement......	3	1
Lits pour le service spécial de gynécologie.	11	3
Lits de la salle d'accouchements........	4	
Lits de la salle du toucher............	3	
Lit de la salle de réception............	1	
	92	54
Total............	146	

Est-il besoin de faire remarquer que les lits de la salle d'accouchements, de la salle du toucher et de la salle de réception n'entrent pas d'ordinaire dans le compte en bonne règle d'un établissement hospitalier, que les lits de nourrices sont compris dans la population du personnel, et n'avions-nous pas raison d'affirmer que M. Depaul avait énuméré les lits, les berceaux et les lits de service? (et non pas des gens de service, comme il voudrait nous le faire dire?) Est-ce ainsi qu'a agi M. Bourneville dans son rapport au Conseil municipal? Il connaît trop bien les règles de la comptabilité hospitalière, il sait trop bien ce qu'est l'unité hospitalière en matière administrative pour avoir fait pareille confusion, et d'ailleurs au Budget pour cette année de l'Assistance publique le compte exact est établi ainsi qu'il suit :

Hôpital des cliniques......... 74 lits, 54 berceaux.

De ce qu'à l'hôpital Tenon, l'administration a ajouté à tort, dans le prix de revient les berceaux, afin de diminuer un peu une évaluation très élevée, cela n'avait pas grande importance, car il ne s'y trouve que 48 berceaux pour une population de 635 lits; mais à la Clinique d'accouchements on ne saurait faire entrer en ligne de compte 54 berceaux conjointement avec 74 lits. Et alors ce ne serait plus 70 mètres cubes d'air que M. Depaul aurait fournis à ses accouchées dans leurs chambres de 16 lits (8 lits et 8 berceaux), mais 35 mètres! On voit à quelles exagérations, à quelles erreurs des comptes aussi fantaisistes peuvent donner lieu. Il convient donc de maintenir, avec l'Assistance publique, avec le

---

avant que l'élève du pharmacien ait eu le temps d'arracher l'ami de la maison à son bock. »

C'est là, sans doute, une caricature plus ou moins plaisante; mais, si chargé qu'il soit, le tableau ne doit pas être sans un fond de vérité.

L. H. Petit.

Bureau central. — Le concours pour trois places de médecin du Bureau central des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Danlos, Gingeot et Cuffer.

— Le jury du concours pour trois places de médecin du Bureau central, qui commence le 3 juin, se compose définitivement de MM. Audhoui, Empis, Gouguenheim, Guibout, Hallopeau, Huchard, Marchand, Siredey et Strauss.

Intérêts professionnels. — On se rappelle que d'après une convention conclue récemment avec le Luxembourg et la Belgique, les médecins de ces pays peuvent pénétrer fort avant sur notre territoire et y vendre des médicaments. C'est ainsi que des médecins belges ont installé leurs résidences sur la frontière de 5 en 5 kilomètres et font aux médecins français une grosse concurrence sans réciprocité possible; de plus, les médicaments qu'ils ont le droit de vendre, frustent les intérêts du Trésor. Cette situation, dont s'était occupé l'Association générale des médecins de France, dans sa dernière réunion, vient d'être signalée dans une lettre particulière adressée par M. le docteur Henry Liouville, député, à M. le sous-secrétaire d'Etat des affaires étrangères.

Celui-ci a répondu, à la date du 23 mai, qu'en vue des démarches diplomatiques à entreprendre, il avait prié M. le ministre de l'intérieur de prescrire sur les points indiqués une enquête administrative, ajoutant que la question ne sera pas perdue de vue par le département des affaires étrangères.

Conseil municipal, suivant les errements habituels, que le prix de revient de chaque lit de la nouvelle Clinique d'accouchements est, y compris les crédits supplémentaires, de 25 000 francs (en chiffre rond).

Cette dépense, qui provient d'une somme totale de 1 900 000 francs environ, dont près de 500 000 francs pour l'achat du terrain, est-elle trop élevée ? Nous estimons que les sommes déboursées dans les constructions hospitalières ne sont jamais exagérées, lorsqu'elles ont pour but d'édifier des établissements en rapport avec tous les desiderata de l'hygiène. Mais peut-on partager cette opinion, après la description que nous avons déjà faite et que nous venons de refaire en partie de ce nouvel hôpital ?

En résumé, la Maternité de M. Depaul, comme il est juste de la dénommer, est en désaccord, est-il besoin de le rappeler, avec les célèbres délibérations de la Société médicale des hôpitaux, des divers Congrès internationaux d'hygiène, des Congrès internationaux des sciences médicales, avec les travaux les plus renommés sur cette question, avec les efforts tentés de tous côtés, dans les divers pays, en France comme ailleurs, par beaucoup de ceux qui ont une compétence autorisée dans les questions d'hygiène hospitalière. Il serait trop long d'en faire le relevé, que nous tiendrions à la disposition de M. Depaul s'il n'avait pas dû s'en préoccuper lui-même.

C'est une masse de pierres, avons-nous dit au début de notre premier article, et M. Depaul nous le reproche ; cette première impression est en effet très caractéristique pour tous ceux qui examinent un hôpital au point de vue qui seul nous occupe ici, un hôpital à murs de cette apparence étant de ceux qu'on édifie d'ordinaire suivant tous les errements du passé, l'un de ceux en tout cas, dont la cherté de construction empêche ou retarde trop longtemps la destruction le jour où il devient nuisible.

Les exemples abondent des Maternités nouvelles construites d'après des données plus logiques ; M. Depaul connaît celles qui s'élèvent à l'étranger en ce moment, nous n'insisterons donc pas, mais sans aller si loin, que n'a-t-il jeté les yeux vers le Pavillon Tarnier, et faut-il lui apprendre de quels éloges ce Pavillon a été l'objet au Congrès international d'hygiène de Paris, éloges qui avaient d'autant plus de valeur que leur unanimité se produisait en l'absence de l'auteur ? C'est sur le modèle de ce système ou en s'en rapprochant aussi près que possible, que la Maternité de Bruxelles a été aménagée, que la Maternité de l'hôpital Tenon a été élevée, que les Maternités de Berne, de Milan, de Berlin, etc., pour ne parler que de celles que nous avons vues, ont été et sont construites.

M. Depaul allègue que les pouvoirs publics ont déterminé d'avance la forme, l'étendue du terrain et la somme qu'on voulait allouer à sa clinique ; « nous n'étions pas les maîtres, » dit-il. L'histoire des vicissitudes par lesquelles cet établissement a dû passer est déjà longue ; nous n'ignorons pas quels généreux efforts M. Depaul a tentés pour améliorer ces conditions ; nous avons de plus fait remarquer avec quelle intelligence l'architecte a tiré parti d'un terrain des plus ingrats ; mais les plans, l'aménagement actuels reçoivent, nous l'avons vu, la complète approbation de M. Depaul. A plusieurs reprises, toutefois, le Conseil municipal s'est refusé à sanctionner de son vote les sommes réclamées pour son édification, contre laquelle MM. Delpech, Levrauds, Bourneville, Dubois, etc., ont protesté avec énergie. M. Depaul a donc eu de nombreuses occasions de recouvrer sa liberté et finalement, lorsque le préfet de la Seine déclarait au Conseil municipal qu'il ne pouvait être en cette circonstance que le maçon de la Faculté, c'est, tout le monde le sait, le maçon de M. Depaul qu'il aurait pu dire. Lorsque nous entendions à la cérémonie d'inauguration faire l'éloge des aménagements de la nouvelle clinique, nous nous félicitions de pouvoir visiter un établissement hospitalier vraiment conforme aux données de l'hygiène dans une ville qui en possède si peu. Grande a été notre déception lorsque nous avons dû contrôler ce qui nous était annoncé, lorsque nous y avons vu l'encombrement et l'agglomération des accouchées, l'absence d'isolement sérieux, toutes les fâcheuses conditions, enfin, que nous avons énumérées. L'hygiène hospitalière n'est pourtant pas un vain mot ; la théorie en est faite, la pratique l'a réalisée en maints endroits.

Sans insister davantage, les précautions contre la contagion puerpérale y sont-elles suffisamment prises ? Il est facile d'y répondre. Faudrait-il donc craindre, comme on l'a dit, que cet établissement ne puisse suffire aux besoins de l'assistance hospitalière, non plus qu'aux nécessités de l'enseignement obstétrical à Paris, dont M. le docteur Pinard faisait récemment un tableau si complet et si exact dans le *Progrès médical*. Sachant toute l'importance que M. Depaul attache à cette dernière considération, nous voulons éloigner cette pensée.

En tout cas, c'est bien là au point de vue de l'hygiène un *type de transition*, ainsi que nous le maintenons, et qui ne servira pas de modèle aux Maternités et aux Cliniques dont les plans sont en voie d'élaboration. Nous souhaitons à M. Depaul de pouvoir bientôt le constater lui-même.

A. J. Martin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique expérimentale.

Sur l'action physiologique des ellébores, par MM. G. Pécholier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et L. Redier, docteur en médecine.

(Suite. — Voyez le numéro 17.)

Exp. I. — Lapin. Poids, 6kil,150 ; 106 pulsations ; 92 respirations ; température rectale, 39°,8 ; 2gr,20 de racine d'ellébore blanc sont administrés en décoction dans 5 grammes d'eau à l'aide d'un entonnoir introduit dans la bouche. Immédiatement après, l'animal se promène dans la salle ; bientôt, nausées, pupilles contractées, convulsions. Mort au bout de cinq minutes.

Evidemment, nous avions agi par une dose trop forte, et la sidération de ce lapin nous a empêché de suivre la progression des effets de l'intoxication.

Exp. II. — Lapin. Poids, 6 kilogrammes ; 120 pulsations ; 84 respirations ; température rectale, 40 degrés ; 12 centigrammes de racine de vératre blanc en décoction dans 5 grammes d'eau, sont donnés par la bouche de la façon précédente à 1h,5. 1h,10, dyspnée passagère ; 1h,25, 92 pulsations ; 52 respirations ; température rectale, 39°,1.

Bientôt l'animal se remet complètement, et sert le lendemain à l'expérience suivante.

Exp. III. — Lapin précédent. 104 pulsations ; 84 respirations ; température rectale, 39°,9 ; 25 centigrammes de rhizome d'ellébore blanc en décoction dans 10 grammes d'eau sont administrés comme précédemment à 1h,15. A 1h,20, 112 pulsations ; 90 respirations ; température rectale, 39°,6. Paralysie du train postérieur. 1h,25, pouls très irrégulier, inspiration facile, expiration difficile, pupille dilatée. 1h,40, 88 pulsations ; 62 respirations ; température rectale, 38°,8 ; oreilles froides, exsangues, museau froid. 4 heures, la température est remontée peu à peu et est arrivée à 39°,4.

Le lapin se remet, et va bien le lendemain.

EXP. IV. — Chienne adulte. Poids, 9 kilogrammes; 92 pulsations; 21 respirations, température rectale, 40°,3. A 1 heure, on injecte par voie hypodermique, à la région abdominale, 40 centigrammes de racine d'ellébore blanc en décoction dans un gramme d'eau. A 1h,10, aucun effet ne s'est produit. Seconde injection avec la même dose. 1h,15, vomissements; évacuations alvines; miction. 1h,20, 96 pulsations; 12 respirations; mouvements convulsifs très marqués à la queue; plaintes; écume à la bouche. 1h,30, 98 pulsations irrégulières; 10 respirations; température rectale, 39°,3; vomissements bilieux; salivation. 1h,50, 88 pulsations irrégulières; 13 respirations; vomissements très bilieux; convulsions. 2 heures, la salivation dure encore; 90 pulsations; 10 respirations; prostration. 2h,30, vomissements très bilieux; projection de la langue. 3 heures, la chienne se lève, fait quelques pas, trébuche et retombe sur le flanc; elle pousse des cris plaintifs; elle ne peut se tenir debout; ses pattes antérieures fléchissent, et elle tombe sur le museau; 88 pulsations; 10 respirations; température rectale, 34°,5.

Nous la laissons à 4h,30 dans un état de prostration et d'affaissement très grands. Quand nous la voyons le lendemain matin, elle a des convulsions incomplètes. Son corps est froid; 32 pulsations faibles, intermittentes; 8 respirations. Sa température n'atteint pas 28 degrés. Elle meurt à 10 heures du matin.

Autopsie. — La peau, qui avait été rasée à l'endroit des piqûres, est rouge. Écume dans l'arrière-gorge; estomac plein d'écume mêlée à de la bile; muqueuse stomacale fortement plissée; plaques d'hyperhémie; duodénum rempli de bile écumeuse. Intestin pâle, dur, ratatiné; la partie terminale du rectum est congestionnée; foie congestionné; rien dans les centres nerveux.

EXP. V. — Chien adulte. Poids, 7kil,5; 104 pulsations; 20 respirations; température rectale, 39°4. A 9 heures, injection hypodermique à la région abdominale avec 40 centigrammes d'ellébore blanc en décoction dans 1 gramme d'eau. A 9h,8, selle naturelle; 104 pulsations; 18 respirations. A 9h,15, seconde selle moins dure. 9h,17, vomissements très bilieux; 16 respirations; la respiration est profonde, comme convulsive; l'inspiration facile; l'expiration difficile; mouvements convulsifs de la queue; cris plaintifs; oreilles couchées. 9h,30, vomissements abondants et bilieux; selle diarrhéique; mouvements convulsifs de la queue; l'animal marche en titubant et gémit; 82 pulsations; respiration anxieuse; le thorax reste quelques secondes en inspiration forcée; température rectale, 38°,8; diurèse. 9h,40, vomissements bilieux; le chien est très affaissé, et cherche une place pour se coucher; 16 respirations convulsives et irrégulières. 9h,50, vomissements bilieux; miction involontaire. 10 heures, vomissements bilieux; écume à la gueule; mouvements convulsifs; titubations; plaintes; intelligence conservée; 48 pulsations; 12 respirations; température rectale, 37°,6.

L'animal semble se remettre l'après-midi; il mange un peu le soir. Le lendemain matin, il est encore très faible, et peu solide sur ses pattes; 152 pulsations; 22 respirations. Il meurt la nuit suivante.

Autopsie. — Sous la peau, à l'endroit de l'injection hypodermique, existe une tumeur de la grosseur d'une orange, pleine de sérosité; le tissu cellulaire tout autour est fortement injecté. Mêmes lésions que chez le chien précédent. Rien dans les centres nerveux.

EXP. VI. — Jeune chien griffon. Poids, 6 kilogrammes; 92 pulsations; 12 respirations; température rectale, 39°,9. 0gr,20 d'ellébore blanc en décoction dans 50 centigrammes d'eau sont administrés à l'aide de la seringue de Pravaz, à 9h,5. 9h,10, tourne vivement autour de son attache. 9h,20, quelques mouvements convulsifs de la queue et des membres; 90 pulsations; 12 respirations. 9h,25, vomissements très bilieux accompagnés de violents efforts; 10 respirations; inspiration facile, rapide; expiration difficile, lente. L'animal est morne et abattu. 9h,35, selle abondante. 9h,40, se lève et se couche alternativement; paraît souffrir beaucoup; faiblesse du train postérieur alternant avec quelques convulsions incomplètes; miction abondante et involontaire. 10 heures, salivation abondante teinte de bile; 48 pulsations faibles; 9 respirations convulsives; température rectale, 35°,9; plaintes réitérées; de temps en temps, il se lève, fait quelques pas et retombe lourdement. 2 heures, 130 pulsations faibles; 7 respirations convulsives; température rectale, 35°,4. Quand on le touche, ses muscles ne se contractent pas; il est, du reste, dans une prostration extrême; sensibilité émoussée; intelligence conservée.

Le lendemain matin, il commence à se remettre; il boit abondamment, mange médiocrement. Au lieu piqué par la seringue existe une tumeur séreuse sans chaleur ni rougeur à la peau.

EXP. VII. — Chien précédent après son rétablissement complet. 88 pulsations; 14 respirations; température rectale, 39°,9. A 9 heures, injection sous-cutanée de la même dose que dans l'expérience précédente. 9h,5, s'agite pendant 2 minutes, ne sait où se mettre, puis se couche. 9h,10, 95 pulsations irrégulières; 14 respirations convulsives; température rectale, 39°,8. 9h,15, vomissements alimentaires pénibles; écume abondante teinte de bile; mouvements convulsifs de la queue; plaintes. 9h,30, 78 pulsations irrégulières, intermittentes; 8 respirations; miction. 9h,45, le sol est littéralement couvert de bave; l'inspiration est facile, mais l'expiration est pénible, convulsive; le thorax reste un instant en inspiration forcée; mouvements convulsifs des muscles extenseurs de la tête; l'animal ne paraît pas sensible au pincement de la peau; miction abondante; évacuations alvines copieuses. 2 heures, 72 pulsations; 7 respirations; le rhythme respiratoire est toujours le même; la pupille dilatée se contracte à peine; température rectale, 36°,2; l'animal est très faible; si on le pince, les muscles de ses membres ne se contractent pas pour chercher à les soustraire à la douleur du pincement; son intelligence est conservée; le bruit que l'on fait autour de lui l'occupe.

Dans la soirée, il revient peu à peu à la santé, sans présenter d'autres phénomènes.

EXP. VIII. — Chien précédent. 62 pulsations; 12 respirations; température rectale, 39°,4. A 9h,35, injection sous-cutanée, avec 40 centigrammes d'ellébore blanc en décoction dans un gramme d'eau. 9h,40, agitation. 9h,45, vomissements alimentaires; bave abondante, teinte de bile; miction abondante; plaintes; se couche sur le flanc. 10h,35, 84 pulsations irrégulières; 8 respirations convulsives; inspiration facile, expiration difficile. 11h,15, vomissements très bilieux; selles abondantes. Midi, 82 pulsations irrégulières; 8 respirations; température rectale, 34°,5; contractions fibrillaires dans les muscles des membres; douleur et prostration. 2 heures, 56 pulsations; 6 respirations difficiles.

L'animal, abandonné à lui-même, est retrouvé titubant encore le lendemain. Peu à peu cependant il se rétablit et sert quelques jours après à l'expérience suivante.

EXP. IX. — Chien précédent. 80 pulsations; 12 respirations; température rectale, 39°,6. A 10h,25, injection hypodermique de 80 centigrammes d'ellébore blanc en décoction dans 2 grammes d'eau. Immédiatement après, agitation. 10h,30, vomissements répétés accompagnés d'évacuations alvines; miction involontaire; mouvements convulsifs de la queue; prolapsus de la langue; se tient debout, les pattes postérieures écartées; plaintes. 10h,35, 56 pulsations faibles; efforts violents de vomissement; la respiration s'est ralentie; le thorax reste 5 à 6 secondes en inspiration forcée, et tandis que celle-ci est facile, l'expiration, au contraire, est lente, saccadée, difficile; la queue de l'animal se relève convulsivement et retombe par petites secousses. 10h,50, écume abondante; efforts terribles de vomissement. Le chien renverse la tête en arrière avec angoisse; convulsion. 10h,55, paraît mort. 10h,58, les battements du cœur et la respiration reprennent; 104 pulsations; 12 respirations; les membres s'étendent et se replient lentement; les efforts de vomissement se reproduisent; la respiration avec angoisse; l'expiration se fait difficilement. 11h,10, l'animal meurt définitivement.

Autopsie. — Le corps est flasque, et, au moment de l'autopsie, c'est-à-dire deux heures après la mort, la rigidité cadavérique n'avait pas commencé. Écume verdâtre dans les premières voies; estomac, intestins contractés; rectum congestionné; foie peu congestionné; vésicule biliaire ridée; aucune lésion apparente des centres nerveux.

EXP. X. — Grenouille rousse. A 1h,20, on pique la peau de la cuisse avec 3 milligrammes d'ellébore blanc en décoction dans 14 centigrammes d'eau; 60 respirations.

1h,30, 45 respirations difficiles; la grenouille témoin respire facilement et plus fréquemment. 1h,35, nouvelle injection avec la même dose. 1h,40, le thorax reste 2 à 3 secondes en inspiration forcée; les cœurs lymphatiques, mis à découvert, battent encore. 1h,50, les cœurs lymphatiques s'arrêtent.

Le cœur est alors mis à nu; il bat 24; la paroi thoracique se rétrécit; la taille de la grenouille s'effile. 3h,10, le cœur s'arrête en diastole. A l'*autopsie*, les sacs pulmonaires sont affaissés.

Exp. XI. — Grenouille rousse. A 1h,35, injection de 12 centigrammes d'ellébore blanc en décoction dans 50 centigrammes d'eau. 1h,40, l'animal, après avoir été un peu excité, commence à s'affaisser; il repose sur le ventre, les pattes antérieures ne supportant pas le poids de son corps; les postérieures pendent et répondent difficilement au pincement; la sensibilité est émoussée. 1h,50, le cœur mis à nu se contracte lentement; la systole est incomplète et ne vide qu'imparfaitement le ventricule. 1h,55, la circulation et la respiration, qui s'étaient progressivement ralenties, reprennent un peu; l'animal semble revenir à la vie. Mais, au bout de quelques minutes, ces deux fonctions vont s'éteignant de plus en plus. 2h,10, les cœurs lymphatiques sont mis à nu; ils ne battent plus. 3h,45, la taille de l'animal est très effilée, et son cœur arrêté en diastole. A l'*autopsie*, les sacs pulmonaires sont vides d'air.

Exp. XII. — Grenouille rousse. Injection, à 1h,15, de 12 centigrammes d'ellébore blanc dans 50 centigrammes d'eau. 1h,18, excitation très courte; 1h,23, la respiration de 64 est tombée à 32. 1h,30, 18 respirations; même attitude que dans l'expérience précédente. 1h,35, 4 respirations; le cœur mis à nu se contracte difficilement et imparfaitement. 1h,40, la vie semble reprendre. 1h,45, la respiration s'arrête définitivement; les cœurs lymphatiques, mis à découvert, ne battent plus; le thorax et l'abdomen de l'animal sont aplatis. 2 heures, le corps de l'animal est flasque. 2h,40, le cœur s'arrête en diastole; les sacs pulmonaires sont affaissés à l'autopsie.

Exp. XIII. — Grenouille rousse. A 2 heures, administration de la même dose et par le même moyen que dans l'expérience précédente. Jusqu'à 2h,8, excitation. 2h,10, la respiration commence à se ralentir; la taille s'effile. 2h,30, la respiration se relève un peu, mais ne tarde pas à diminuer de plus en plus de fréquence. 2h,45, la tonicité musculaire est abolie, et les cœurs lymphatiques arrêtés; le cœur est alors mis à nu: il bat 25 à la minute; le ventricule expulse le sang difficilement et incomplètement. 3h,10, le cœur s'arrête en diastole; les sacs pulmonaires sont affaissés à l'autopsie.

Exp. XIV. — Grenouille rousse. Injection sous-cutanée de 25 centigrammes d'ellébore blanc en décoction dans 1 gramme d'eau à 1h,22; excitation à peu près nulle. 1h,28, ralentissement de la respiration; la taille de l'animal va s'effilant; affaissement assez marqué. 1h,35, respiration rare, convulsive; résolution musculaire. 1h,40, la respiration s'arrête; l'animal est immobile, flasque et semble mort. 1h,42, la respiration recommence faiblement, mais les muscles sont toujours en résolution, et quoique la vie reprenne, il n'y a pas le moindre mouvement convulsif; le thorax s'affaisse, la taille s'effile, les pattes pendent en résolution complète. 1h,55, la respiration s'arrête; les cœurs lymphatiques, mis à nu, ne battent plus; le cœur sanguin est à son tour mis à nu; il se contracte imparfaitement. 2h,10, le cœur s'arrête en diastole; les sacs pulmonaires, à l'autopsie, sont affaissés.

Les expériences précédentes, contrôlées par la critique rationnelle des auteurs qui nous ont précédé, nous permettent de fixer ainsi qu'il suit les effets du vératre blanc sur les lapins, les chiens et les grenouilles :

1° *Action locale.* — Les injections hypodermiques faites avec la décoction d'ellébore blanc ont déterminé, chez nos chiens, une hyperhémie notable au lieu où elles ont été faites. Nous avons de plus observé une tumeur plus ou moins grosse contenant de la sérosité; la suppuration n'a eu lieu dans aucun cas.

2° *Action sur le tube digestif.* — Nous avons toujours noté, chez nos chiens, des nausées suivies de vomissements alimentaires d'abord, puis très bilieux, et une diarrhée considérable.

A l'autopsie, l'estomac était contracté, revenu sur lui-même, présentant des plaques d'hyperhémie. Le tube intestinal était généralement pâle, dur, contracté; sa partie terminale était congestionnée.

3° *Action sur les excrétions.* — Comme nous venons de le dire, la glande hépatique a fourni beaucoup de bile.

La salivation n'a jamais fait défaut et a été poussée à un degré extrême dans l'expérience VII.

Les urines ont été rendues en abondance et quelquefois involontairement.

Le genre d'animaux avec lesquels nous avons expérimenté ne nous a pas permis de constater la diaphorèse signalée par certains auteurs.

4° *Action sur la circulation.* — Les phénomènes observés ont été variables et complexes. Pour la vératrine, nous avons trouvé une période d'accélération et une période de ralentissement. La période d'accélération est d'ordinaire beaucoup moins marquée avec l'ellébore blanc (1) et peut même manquer.

1° L'accélération a été vue quatre fois :

Dans les expériences III, en 5 minutes, augmentation de 8 pulsations; IV, en 20 minutes, augmentation de 4 pulsations; en 30 minutes, augmentation de 6 pulsations; VII, en 10 minutes, augmentation de 7 pulsations; VIII, en 1 heure, augmentation de 22 pulsations. Elle a manqué dans les expériences V et VI.

2° La dépression de la circulation paraît plus tardive et moins complète qu'avec la vératrine.

Dans les expériences III, en 25 minutes, diminution de 16 pulsations; IV, en 50 minutes, diminution de 4 pulsations; en 1 heure, diminution de 12 pulsations; V, en 30 minutes, diminution de 22 pulsations; VI, en 55 minutes, diminution de 44 pulsations; VII, en 30 minutes, diminution de 10 pulsations; en 5 heures, diminution de 16 pulsations; VIII, en 4 h. 30 m., diminution de 6 pulsations.

La fréquence des battements du cœur, quand elle existe, semble produite, en partie du moins, par les souffrances de l'animal et les efforts de vomissement.

La période de sédation, au contraire, est franche et ne manque jamais, pour peu que la dose ait été suffisante, mais elle a été plusieurs fois suivie d'une nouvelle accélération du pouls (exp. V, VI, VII). Cette sorte de troisième période, qui a été constatée, soit que l'animal revînt à la santé, soit qu'il fût aux derniers moments de sa vie, nous a paru dépendre de la grande faiblesse dans laquelle il avait été jeté.

Les faits que nous venons de signaler ont été imparfaitement vus par les auteurs, qui ont affirmé exclusivement, les uns le ralentissement du cœur, les autres sa précipitation, divergences dues évidemment à des variétés de doses et de période qui n'ont pas été assez scrupuleusement saisies.

Comme pour la vératrine, nous avons noté chez les grenouilles l'arrêt des cœurs lymphatiques avant celui du cœur sanguin, et l'arrêt de celui-ci en diastole. Avant cet arrêt en diastole, lorsque le cœur avait été mis à nu, nous avons constaté à chaque battement l'impuissance du ventricule à chasser tout le sang qu'il contenait, et par conséquent à se vider complètement (exp. XI, XII, XIII, XIV).

Nous avons enfin observé l'irrégularité du cœur signalée par Orfila et les intermittences mentionnées par Schabel.

5° *Action sur la respiration.* — Excepté dans l'expérience III, nous n'avons pas vu, comme pour la vératrine, l'accélération primitive de la respiration, mais nous avons constaté plus ou moins tôt le ralentissement de la fonction.

Ainsi, dans les expériences V, en 17 minutes, diminution de 4 respirations; VI, en 20 minutes, diminution de 2 respirations; VII, en 30 minutes, diminution de 6 respirations; X, en 10 minutes, diminution de 15 respirations; XII, en 8 minutes, diminution de 32 respirations.

En même temps que ce ralentissement, nous avons trouvé, pour l'ellébore blanc comme avec la vératrine, une gêne particulière de la respiration caractérisée par le mode de l'expiration. Ainsi, tandis que le premier temps de cette fonction s'exécute librement, le second, au contraire, est saccadé et

(1) Si l'ellébore blanc contient de la vératrine, et si, par conséquent, ses effets doivent se ressentir de la présence de cette dernière, il ne faut pas oublier qu'il contient d'autres substances, et en particulier de la jervine. C'est ce qui explique à merveille ce fait, que nos expériences nous ont démontré, qu'il ne faut pas identifier l'action de l'ellébore blanc à celle de la vératrine. De même la quinine ne rend pas absolument compte, et bien loin de là, des effets du quinquina, et on ne peut assimiler formellement la vertu de l'opium à celle de la morphine.

semble s'opérer avec difficulté. Cette difficulté est telle, que le thorax reste quelques secondes en inspiration forcée avant de commencer à s'abaisser, et encore s'abaisse-t-il souvent incomplètement.

Dans plusieurs de nos observations nous trouvons, à l'inverse de ce qui se passe à l'état physiologique, un défaut absolu de rapport entre les chiffres fournis par la respiration et ceux de la circulation. Ainsi, dans l'expérience II, il y a au même moment 92 pulsations et 52 respirations; dans l'expérience III, 88 pulsations et 62 respirations; dans l'expérience V, 48 pulsations et 12 respirations.

De plus, dans la dernière période, que l'animal soit sur le point de mourir ou qu'il doive se rétablir, tandis que le nombre des pulsations se relève, le nombre des respirations reste abaissé. Ainsi, dans l'expérience V, il y a au même instant 152 pulsations et 22 respirations; dans l'expérience VI, 130 pulsations et 7 respirations; dans l'expérience IX, 104 pulsations et 12 respirations.

L'autopsie ne nous a pas permis de constater les diverses lésions indiquées par Orfila et Schabel, mais nous avons trouvé chez les grenouilles l'affaissement des sacs pulmonaires, ce qui nous met en contradiction complète avec ce dernier auteur, qui prétend avoir observé de l'emphysème pulmonaire.

6° *Action sur la température.* — Nous avons toujours vu la dépression progressive et constante de la température en rapport avec l'intensité de l'intoxication. Ainsi, dans les expériences III, en 5 minutes, abaissement de 0°,4; en 25 minutes, abaissement de 1°,2; IV, en 30 minutes, abaissement de 1 degré; en 2 heures, abaissement de 5°,8.

Le lendemain matin, une heure avant la mort du chien, la température avait baissé de plus de 12 degrés.

Dans les expériences V, en 30 minutes, abaissement de 0°,6; en 1 heure, abaissement de 1°,8; VI, en 55 minutes, abaissement de 4 degrés; VII, en 5 heures, abaissement de 3°,7; VIII, en 1 heure, abaissement de 2°,2; en 2 h. 25 m., abaissement de 4°,9.

La remarque de Cazin, à savoir que les températures interne et externe sont abaissées, est confirmée par notre expérience III, dans laquelle le lapin avait, 25 minutes après l'ingestion du poison, les oreilles et le museau froids.

Notre expérience IV parle aussi dans le même sens.

7° *Action sur le système musculaire.* — Notre premier lapin, foudroyé par une dose trop forte, est mort en 5 minutes dans des convulsions. Ces convulsions se sont habituellement reproduites dans les premiers moments de l'intoxication. Nous avons vu aussi la projection de la langue signalée par Schabel. Mais ce qui a toujours été très prononcé, c'est, au bout d'un certain temps, l'affaissement du système musculaire. Les chiens se couchaient, semblaient avoir horreur du mouvement, et, si on les relevait, ils restaient un court instant debout, les pattes postérieures écartées, et retombaient bientôt sur le museau, comme entraînés par le poids de leur tête.

Les grenouilles étaient couchées sur le ventre et ne pouvaient se tenir sur leurs pattes antérieures. Si on les suspendait par celles-ci, les postérieures tombaient flasques et inertes.

Dans les expériences IV, la résolution musculaire était complète en 2 heures; XI, la résolution musculaire était très marquée en 5 minutes; XII, la résolution musculaire était complète en 45 minutes; XIII, la résolution musculaire était complète en 45 minutes; XIV, la résolution musculaire était marquée en 13 minutes.

Si pendant le début de l'intoxication, et surtout à la période ultime, quelques convulsions se sont produites, elles étaient peu étendues. On voyait clairement que la fibre musculaire répondait difficilement à l'excitation du nerf.

Loin donc de trouver des phénomènes tétaniques comme Schabel, nous avons toujours eu, au contraire, à noter plus ou moins tôt une résolution musculaire complète, et dans les expériences VI et VII le chien, excité par des pincements ou des piqûres, n'a jamais répondu par des contractions toniques.

8° *Action sur le système nerveux.* — Nous avons noté la conservation de l'intelligence jusque dans la période ultime, et en cela nos expériences confirment l'opinion de Hahnemann.

La sensibilité, qui nous a paru secondairement fort émoussée ou à peu près nulle chez nos animaux vératrinés, a été conservée jusqu'à un certain point chez les chiens soumis à l'ellébore blanc. De plus, dans la première période de l'empoisonnement par la vératrine, le chien n'a jamais poussé de plaintes. Le même animal, au contraire, sous l'influence de l'ellébore blanc, a souffert beaucoup, du moins dans les premiers moments.

L'expérience IX peut même faire supposer qu'il n'y a pas constamment abolition de la sensibilité même à la dernière période.

Quant aux lésions du système nerveux, l'autopsie a toujours été muette; ce résultat nous fait infirmer l'opinion d'Orfila et nous rapproche de celle de Schabel, qui n'a trouvé à l'autopsie qu'un peu de sérosité dans les ventricules du cerveau.

II. — Action physiologique le l'ellébore noir.

Pour l'ellébore noir, comme l'ellébore blanc, nous passerons d'abord en revue les opinions des auteurs, puis nous relaterons nos propres expériences.

Plusieurs expérimentateurs, Murray et Cazin entre autres, refusent une activité quelconque à l'ellébore noir lorsqu'il est à l'état sec. Sans aller aussi loin, Bouchardat le déclare en ce cas moins actif (1). Mais quand la plante est à l'état frais, elle est considérée par la plupart des auteurs comme très irritante (Schabel, Hahnemann, Cazenave, Marmé, Gubler, Cazin, Const. Paul). Gubler lui attribue alors des propriétés rubéfiantes et vésicantes, et avant lui Cazenave a même parlé d'effets ulcéreux.

1° *Action sur le tube digestif.* — La saveur de la racine d'ellébore noir est âcre et piquante d'après Cazenave; âcre et brûlante d'après Gubler; âcre et amère d'après C. Paul. Alibert a de plus noté, chez une femme qui s'en était servie pour se faire avorter, de la stupeur de la langue. Schroff, au contraire, dit que fraîche comme sèche elle est insipide.

Tandis que Schabel, Orfila, Hahnemann, Cazenave, Schroff et Const. Paul lui prêtent des propriétés émétiques promptes et violentes, Marchand, au contraire, nie ces effets et les attribue au *Veratrum nigrum* (colchicacée), que l'on a confondu, dit-il, avec l'ellébore noir.

Les propriétés purgatives de cette renonculacée sont encore plus débattues : Schabel, Cazenave, Marmé, Gubler, C. Paul en font un purgatif énergique. Gubler dit même qu'à haute dose elle produit des accidents cholériformes.

Barbier, dans son livre, la classe parmi les purgatifs. Orfila lui reconnaît bien des vertus purgatives, mais moins énergiques cependant que ses effets émétiques.

Guibourt et Rayer lui accordent seulement une action purgative légère. Schroff dit que la diarrhée est exceptionnelle, et enfin Marchand fait la remarque citée plus haut, qui s'applique aussi bien, d'après lui, aux effets purgatifs qu'aux effets vomitifs de la plante.

En sorte que ce qui est pour les uns un purgatif violent devient pour les autres un simple laxatif et même un agent inactif.

Dans notre énumération des auteurs ci-dessus, nous n'avons pas signalé Cloquet et Gaventou. Le chien sur lequel ils expérimentèrent n'eut qu'un vomissement et pas de selle. Il mourut en 20 minutes, après avoir pris 30 grammes du poison. Il y eut là, comme chez l'un de nos lapins dont nous parlerons plus bas, une véritable sidération, qui empêcha tout effort de réaction de l'organisme.

Pour les auteurs qui admettent les propriétés émétiques et

(1) Cette particularité de perdre de leur activité par la dessiccation est du reste un caractère ordinaire des renonculacées.

purgatives de cette renonculacée, pas n'est besoin qu'elle soit administrée directement par l'estomac; nous aurions à répéter ici ce que nous avons dit à propos de l'ellébore blanc.

Ceux qui soutiennent l'existence de l'inflammation du tube digestif et de la diarrhée localisent l'inflammation dans des points tout à fait différents de l'intestin. Ainsi Morgagni, qui a observé un cas d'empoisonnement par l'ellébore noir, constata à l'autopsie que le summum de l'inflammation était dans le gros intestin, d'accord en cela avec Orfila, qui a vu le même effet se produire sur des chiens dans le tissu cellulaire desquels il avait déposé l'agent toxique. Schabel, au contraire, soutient qu'il n'y a jamais inflammation du rectum, et Vicat, plus explicite encore, dit qu'il y a inflammation de toutes les entrailles, excepté de cette partie du tube digestif. Marmé enfin admet une entérite généralisée.

Schroff a observé sur les lapins auxquels il a donné des doses non toxiques de la renonculacée un amaigrissement graduel avec conservation de l'appétit.

2° *Action sur les excrétions.* — Dioscoride fabriquait des pessaires emménagogues avec des fleurs d'ellébore noir, mais il tuait ainsi l'enfant, ajoute-t-il, si la femme était grosse.

Hahnemann attribue à cette plante le même effet, et la trouve de plus diurétique et sialagogue. C'est aussi l'opinion de Richard, Schroff, C. Paul.

3° *Action sur la circulation.* — Hahnemann, Cazenave, Schroff, etc., ont noté le ralentissement de la circulation. Le premier a trouvé le pouls petit; le second, le sang noir et fluide; le troisième, la même altération du sang et l'arrêt du cœur en diastole.

Dragendorff, au contraire, note l'accélération de la circulation, l'arrêt du cœur en systole, et de plus des irrégularités dans le pouls.

Marmé admet l'accélération pour les petites doses et le ralentissement pour les hautes doses.

Pour Cloquet et Caventou, l'action de l'ellébore noir sur la circulation est plus complexe. En effet, ils ont tout d'abord observé sur un chien le ralentissement de cette fonction, puis son accélération, et enfin de nouveau, un peu avant la mort, son ralentissement.

4° *Action sur la respiration.*— Schabel, qui voit de grandes analogies entre l'ellébore blanc et l'ellébore noir, dit avoir vu le ralentissement et la difficulté de la respiration.

Cazenave pense comme ce dernier.

Hahnemann, au contraire, et Marmé ont trouvé la respiration rapide.

Quant aux lésions du tissu pulmonaire, Orfila a vu à l'autopsie des parties de poumon livides, noirâtres, gorgées de sérosité.

Cloquet et Caventou ont trouvé les poumons congestionnés chez un domestique d'une métairie, près de Saint-Brieuc; mais ce résultat a pour nous peu d'importance, parce que, paraît-il, l'ellébore noir ne fut pas seul ici la cause de la mort.

5° *Action sur la température.* — Tous les auteurs que nous avons consultés admettent l'abaissement thermique.

6° *Action sur le système musculaire.* — Si tous les médecins sont d'accord sur l'existence des convulsions, il n'en est plus de même sur leur nature. Tandis que les uns signalent des convulsions cloniques suivies de faiblesse musculaire, les autres, au contraire, trouvent du tétanos. Ainsi Orfila a vu chez ses chiens une prostration et une faiblesse excessives; Schroff, la dilatation des pupilles et une grande lassitude. Schabel, au contraire, a constaté du péristhotonos chez un chat; Alibert, des crampes; et Hahnemann, la raideur de la nuque.

Quant à la rigidité cadavérique, Morgagni prétend ne l'avoir pas constatée 42 heures après la mort.

7° *Action sur le système nerveux.* — Quelques-uns, comme Cloquet, Caventou et Schroff, parlent d'une augmentation très grande de la sensibilité, et ne mentionnent pas sa sédation secondaire. D'autres, au contraire, Orfila, Marmé, C. Paul, tout en reconnaissant tout d'abord de la douleur, disent qu'il y a insensibilité avant la mort.

Schroff a de plus noté des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, un sommeil lourd accompagné de rêves anxieux.

Quant aux lésions des organes du système nerveux, Orfila signale la congestion des méninges et l'accumulation de sérosité dans les ventricules cérébraux. Marmé et à sa suite C. Paul, qui assimilent l'ellébore aux narcotiques, ajoutent que l'on trouve même quelquefois des foyers apoplectiques dans le cerveau.

La conservation ou l'abolition de l'intelligence n'ont été, à notre connaissance, mentionnées par personne.

(*A suivre.*)

ERRATA. — Dans la première partie de cet article, p. 266, 1re colonne, au lieu de *se rencontrent, elles aussi*, lisez *se rencontrent-elles aussi*; 2e colonne au lieu de *sueur*, lire *saveur*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

COMMISSIONS DE PRIX. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de commissions de prix chargées de juger les concours de l'année 1881. Le dépouillement donne les résultats suivants :

Prix Lallemand: MM. Vulpian, Gosselin, Marey, Ch. Robin et Bouley.

Prix Montyon (Physiologie expérimentale) : MM. Vulpian, Marey, Ch. Robin, Gosselin et H. Milne Edwards.

Prix Lacaze (Physiologie) : MM. H. Milne Edwards, Ch. Robin et Bouley.

Prix Montyon (Arts insalubres) : MM. Boussingault, Dumas, Peligot, Chevreul et Pasteur.

PROCÉDÉ EXPÉRIMENTAL POUR LA DÉTERMINATION DE LA SENSIBILITÉ DE LA RÉTINE AUX IMPRESSIONS LUMINEUSES COLORÉES. Note de M. *Gillet de Grandmont*.

Au point de vue de la vision des couleurs, l'œil ne conserve sa sensibilité que grâce à sa mobilité. Si l'on place un objet coloré de telle façon que les rayons émanés de sa surface aillent impressionner une portion de la rétine de l'observateur, celui-ci constate que ces rayons colorés, si lumineux qu'ils lui parussent au début, perdent peu à peu de leur éclat, pour s'éteindre définitivement. En moins d'une demi-minute, il ne voit plus l'objet qui lui est présenté.

Si alors on fait passer entre l'œil et l'objet non perçu un écran de couleur autre que la couleur même de l'objet, et l'on constate que l'objet réapparaît aussitôt. Il suffit donc de quelques secondes de repos pour rendre à la rétine sa sensibilité, sinon totale, du moins partielle; en effet, en répétant l'expérience, on peut s'assurer que l'impression est de plus en plus fugitive.

De ce qui précède il faut conclure que, si le pourpre rétinien s'éteint promptement, il se régénère rapidement; mais qu'il finit toujours par disparaître dans toute la portion de la rétine qui reste sous l'influence des rayons colorés. Mais si, reprenant l'expérience, on place à demeure, entre l'œil et l'objet coloré, un écran blanc, on voit apparaître sur celui-ci l'image de l'objet qui a impressionné la rétine, et la couleur de cette image est la complémentaire de la couleur primitive.

Ainsi, après avoir perçu tels ou tels rayons colorés, la rétine n'est plus susceptible de percevoir la totalité des rayons lumineux (lumière blanche); elle ne peut plus être impressionnée que par un certain nombre d'entre eux, les seuls rayons complémentaires de la première couleur perçue.

On peut, en outre, tirer cette conclusion que, si la rétine n'aperçoit pas tous les objets dont les rayons l'impressionnent, elle peut aussi percevoir l'image d'objets qui n'existent pas. Il est donc possible, comme cela arrive pour le nerf lingual, de faire naître à volonté dans l'œil des sensations subjectives, que l'on peut varier

à son gré de forme et de couleur. Ce fait intéresse directement la médecine légale.

Un petit instrument destiné à rendre les faits sensibles est appelé par l'auteur *chromatroscope*.

EMBRYOGÉNIE ET TÉRATOLOGIE. — M. *O. Cadiat* adresse, pour le concours du prix Serres, plusieurs mémoires manuscrits d'embryogénie et de tératologie, et un *Traité d'anatomie générale appliquée à la médecine*. Ces travaux sont accompagnés d'une analyse manuscrite. (Renvoi à la commission du prix Serres.)

SUR LES TROUBLES SENSITIFS PRODUITS PAR LES LÉSIONS CORTICALES DU CERVEAU. Note de M. *L. Couty*. — Les modifications de la sensibilité que l'auteur a étudiées sur des singes et sur des chiens se rapportent aux appareils de la vision et du sens tactile : il lui a été impossible de constater nettement des troubles du goût ou de l'odorat, et, dans les cas assez rares où une diminution de l'acuité auditive a pu être observée, il n'a pas pu voir si elle était bilatérale ou unilatérale. Les animaux qui ont fourni ces résultats négatifs avaient subi des lésions considérables du cerveau, et sur quelques-uns les circonvolutions sphénoïdales, sur d'autres les circonvolutions occipitales étaient entièrement détruites. L'examen des sens avait été fait avec des excitants bien appropriés, et répété sur vingt chiens et sur presque autant de singes. Pour juger de l'état de la vision, l'auteur a utilisé des excitations suivies de réactions nettement définies. Il présentait à un singe successivement devant chaque œil une banane, sa nourriture la plus habituelle; ou encore, il faisait voir aux chiens de la viande, aux chiens ou aux singes un bâton qui avait servi à les corriger, ou des friandises dont ils avaient l'habitude.

Il est arrivé ainsi à constater deux ordres de phénomènes sensitifs. Les troubles les plus fréquents et les plus faciles à observer semblaient porter sur l'organe de conduction et de première élaboration sensitive, sur la moelle ; et les fonctions de perception cérébrale parurent beaucoup plus rarement et moins profondément atteintes.

Si l'on s'en tient à l'analyse des troubles complets, qui portent à la fois sur les manifestations médullaires et sur les manifestations cérébrales de la sensibilité, on peut ainsi résumer leurs caractères :

L'anesthésie porte sur le côté opposé à la lésion corticale, et, pour le tact comme pour la vision, elle est toujours incomplète. L'œil amblyope, qui ne reconnaît plus la nourriture, suffit encore à diriger l'animal et à lui faire éviter les obstacles; et les sensations douloureuses sont seulement moins vives et plus tardives pour les pattes opposées.

Cette anesthésie est rare, et, sur plus de quatre-vingts expériences, il a observé sept fois seulement de l'amblyopie, et douze fois de la diminution de la sensibilté tactile.

Cette anesthésie n'a aucun rapport avec le siège ou l'étendue de la lésion corticale : trois de ces sept cas d'amblyopie ont été produits par une lésion frontale, un par une lésion pariétale; et la plupart des cas d'anesthésie tactile ont coïncidé aussi avec des lésions fronto-pariétales.

Ces troubles de la sensibilité n'ont aucun rapport nécessaire avec les autres troubles. Ainsi ils s'accompagnent toujours de phénomènes plus ou moins marqués du côté des mouvements; mais l'anesthésie peut coïncider avec de la paralysie ou avec de la contracture ; ou encore un membre complétement paralysé de ses mouvements peut rester très sensible.

L'analyse des troubles de la sensibilité, comme celle faite précédemment des troubles de la motilité, nous montre donc qu'il n'y a pas de relation directe, constante et précise entre le cerveau et les appareils périphériques ; et, puisqu'une lésion corticale peut, quel que soit son siége, réagir en même temps sur les fonctions des divers appareils moteurs ou sensitifs, nous sommes forcés de rejeter pour le cerveau toute idée de localisation fonctionnelle.

MÉCANISME DE L'INFECTION DANS LES DIFFÉRENTS MODES D'INOCULATION DU CHARBON SYMPTOMATIQUE. APPLICATION A L'INTERPRÉTATION DES FAITS CLINIQUES ET A LA MÉTHODE DES INOCULATIONS PRÉVENTIVES. Note de MM. *Arloing*, *Cornevin* et *Thomas*.

Du résultat d'inoculations faites : 1° dans le tissu conjonctif (dermique, sous-cutané et intra-musculaire); 2° dans les veines; 3° dans les voies respiratoires; 4° dans les voies digestives, les auteurs concluent :

On peut donner un charbon *avorté* soit par l'inoculation intra-veineuse, soit par l'inoculation à très petites doses dans le tissu conjonctif, soit par l'introduction du virus dans les voies respiratoires.

Les auteurs poursuivent des expériences pour essayer de rendre pratiques les deux derniers procédés. Quant à l'inoculation intra-veineuse, ils en ont réglé le manuel de façon à le rendre absolument sans danger, et, grâce aux ressources mises à leur disposition par M. le ministre de l'agriculture, ils l'ont déjà appliquée dans le Rhône, la Haute-Marne et l'Algérie, sur 295 animaux de l'espèce bovine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 31 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un échantillon de *mouche tzétzé* adressé à M. le ministre des affaires étrangères par M. le consul de France à Zanzibar. — Renvoi à l'examen de M. Laboulbène.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse plusieurs formules et échantillons de remèdes secrets et nouveaux, qui sont renvoyés à la commission spéciale.

L'Académie reçoit : 1° de M. le docteur *Sorbets* (d'Ain) un ouvrage intitulé : *De l'expectoration en médecine et en chirurgie* qui, sur sa demande, est inscrit sous le n° 3 pour le concours du prix Desportes (1881); 2° de M. le docteur *Jullien*, pour concourir au prix Barbier (1881) les ouvrages suivants, inscrit sous le n° 3 : *Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire*, *Traité pratique des maladies vénériennes*, *De l'exérèse chancreuse* (imprimé et un mémoire manuscrit complémentaire) ; 3° une lettre de M. le docteur *Riembault* (de Saint-Étienne), qui se porte candidat au titre de membre correspondant national pour la première division et adresse à l'appui les livres intitulés : *Hygiène des ouvriers mineurs*, *Étude sur la mortalité dans la ville de Saint-Étienne*, *Appareil de transport des blessés* ; 4° de M. le docteur *Smester*, le *Résumé de quelques expériences sur le mode ou mécanisme de la respiration par le nez et par la bouche* ; 5° pour le prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance (1881) un mémoire manuscrit avec l'épigraphe : « Judicium difficile ». Inscrit sous le n° 1, 6° pour le prix Civrieux (1881) un travail manuscrit portant l'épigraphe : « L'aliéné est un malade ». Inscrit sous le n° 1; 7° pour le prix Alfano (1881) un mémoire manuscrit, avec la devise : « L'hystérie, l'épilepsie et la folie sont liées entre elles par des rapports intimes ». Inscrit sous le n° 1.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *d'Ardenne* (de Toulouse), un ouvrage intitulé : *De l'allaitement artificiel* ; 2° de la part de M. le docteur *Bleynie* (de Limoges), une *Lettre sur le traitement de l'angine couenneuse par la glace* ; 3° au nom de M. *Rodriguez de la Torre*, une brochure portant le titre de : *Efectos producidos par el rayo el 30 de enero de 1881 en Cordoa*. (Rep. Arg.).

M. *Bergeron* présente une nouvelle brochure de M. le docteur *Gerlier* sur *L'épidémie tricophytique de Ferney-Voltaire*. (*Commission des épidémies*.)

M. *De Villiers* offre, de la part de M. le docteur *Raymond* (de Brassac), une *Note sur les maladies des ouvriers mineurs dans les mines de houille*. — Renvoi à l'examen de M. Proust.

M. *Brouardel* dépose, au nom de M. le professeur Tommassi-Crudeli (de Rome) cinq mémoires sur *la malaria*. — Renvoi à MM. Brouardel, Léon Colin et Villemin.

M. *Guéniot* présente, de la part de M. le docteur *Eustache* (de Lille), un *Manuel des maladies des femmes*.

Mme veuve Gubler fait hommage à l'Académie du portrait du professeur *Gubler*.

ÉLECTION D'UN CORRESPONDANT NATIONAL. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national pour la deuxième division (pathologie externe). La liste de présentation est la suivante : en première ligne, M. Desgranges (de Lyon); en deuxième ligne, M. Bourguet (d'Aix) ; en troisième ligne, M. Delore (de Lyon); en quatrième ligne, M. Michel (de Nancy); en cinquième ligne, *ex æquo*, MM. Cazin (de Boulogne-sur-Mer) et Sarazin (de Bourges). — Votants : 60; majorité : 31. — Ont obtenu : M. Desgranges, 41 voix ; M. Sarazin, 9 ; M. Michel, 6 ; MM. Bourguet et Cazin, 2. — En conséquence, M. Desgranges est proclamé membre correspondant national.

RAGE. — M. *Pasteur* envoie à l'Académie une lettre de protestation, dont M. le Secrétaire perpétuel donne lecture, contre l'assertion émise par M. Colin (d'Alfort) à la dernière séance; il rappelle avoir toujours affirmé et prouvé que la

maladie nouvelle qu'il a déterminée par l'inoculation de la salive d'un enfant mort de la rage n'était ni la rage ni la septicémie. — A cette lettre est jointe une note relatant de nouvelles expériences qu'il poursuit avec MM. Chamberland, Roux et Thuilier. Reprenant une hypothèse de M. Duboué (de Pau) suivant laquelle le virus rabique n'existerait pas seulement dans la salive, mais encore dans le système nerveux central, de préférence dans le bulbe, et bien que les expériences de M. Galtier (de Lyon) laissent planer des doutes sur le siège d'élaboration du virus rabique, M. Pasteur et ses collaborateurs ont, d'une part, broyé de la matière cérébrale de la substance de la moelle provenant d'un chien enragé; d'autre part, ils ont pratiqué la trépanation sur un chien bien portant et ont inoculé entre le cerveau et la dure-mère de celui-ci les produits obtenus à l'état de pureté dans leur première opération. Au bout de quelques jours, les premiers symptômes de la rage sont apparus, la mort est survenue en moins de trois semaines. Ces résultats ont été constants dans toutes les expériences, tous les animaux ont succombé promptement (circonstance expérimentale toute nouvelle et précieuse) soit à la rage mue, soit à la rage furieuse. Le virus rabique est donc également contenu dans le cerveau et il y possède une virulence au moins égale à celle qu'on lui connaît dans la salive.

Fermentation de l'urine. — M. le docteur *Béchamp* (de Lille), membre correspondant national, entretient l'Académie de ses idées et de ses expériences sur les ferments et les fermentations de l'urine. Après avoir posé en axiome qu'il est anatomiquement impossible que les germes atmosphériques puissent pénétrer dans la vessie par le canal de l'urèthre, il s'efforce d'établir qu'en supposant même que, par le cathétérisme, des germes de ferments pénètrent dans la vessie, ils ne sont pas la cause de la fermentation ammoniacale de l'urine. Affirmant hardiment l'existence des microzymas atmosphériques et leur aptitude à évoluer en bactéries, il lui paraît certain qu'ils ne sont pas la cause immédiate de la fermentation ammoniacale de l'urine, car des bactéries peuvent exister dans l'urine, dans la vessie, sans qu'elle y subisse la fermentation ammoniacale. Mais lorsque l'urine devient ammoniacale dans la vessie, le phénomène est corrélatif de la lésion ou de l'état morbide de quelque partie de l'appareil urinaire ou d'un état diathésique. Aussi conclut-il ainsi: le fait que l'urine peut être ammoniacale dans la vessie et que cet état est corrélatif de la présence d'infusoires (bactéries, bactéridies, vibrions, microzymas libres ou en chapelets), tend à démontrer qu'il y a lieu de distinguer fonctionnellement les microzymas dans l'état de santé des microzymas devenus morbides consécutivement à une altération quelconque de l'une des parties de l'appareil urinaire ou à un état général caractérisé. La zymase qui fait fermenter l'urée est le fruit de l'altération morbide de la fonction des microzymas, car tout ferment soluble est sécrété par quelque chose d'organisé, cellule ou microzyma. Les ferments de la fermentation ammoniacale peuvent faire fermenter le sucre et la fécule. Il y a enfin une fermentation acide de l'urine, et les ferments de cette fermentation sont semblables à ceux de la fermentation ammoniacale. Ces ferments agissent aussi sur la fécule ou le sucre de canne. Et l'on peut toujours, à l'aide de l'acide phénique ou de la créosote, ainsi qu'il l'a depuis longtemps démontré, empêcher l'évolution des microzymas de l'urine normale et par suite son altération ammoniacale.

— L'Académie entend, en comité secret, la lecture du rapport de M. *Méhu* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie. Le classement suivant est adopté : en première ligne, M. Baudrimont; en seconde ligne, M. Prunier; en troisième ligne (*ex æquo*), MM. Marty et Petit; en quatrième ligne, M. Vigier.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 25 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

Accidents tardifs de la syphilis congénitale. — Ablation d'un goître exophthalmique. — De l'algidité dans l'étranglement herniaire. Bactéries contenues dans le liquide du sac. — Présentation d'un malade.

M. *Després* présente un malade qui offre des lésions analogues à celles décrites par M. Lannelongue comme étant de la syphilis osseuse tardive, et cependant ce malade n'est pas syphilitique. On ne trouve rien de suspect dans les antécédents. Il existe une tumeur osseuse à la partie supérieure des deux tibias depuis six ans; le coude gauche s'est tuméfié à la suite d'une fracture articulaire. Cet homme n'a pas eu la syphilis et ses parents non plus; dans la famille du père, on retrouve des accidents de tuberculose. Le malade a eu une enfance difficile; il a été souvent battu par ses parents ou par ses professeurs.

M. *Lannelongue* est frappé de la ressemblance qui existe entre les lésions de ce malade et celles décrites par lui dans la précédente séance; c'est de la syphilis héréditaire ou acquise. En effet, on ne trouve aucune trace de scrofule; le passé syphilitique peut exister et ne pas être connu de M. Després. Si l'on examine la gorge, on voit qu'une moitié du voile du palais a été détruite par une ulcération. Si M. Després veut bien donner un traitement antisyphilitique, il verra disparaître le gonflement des tibias et diminuer l'empâtement qui entoure les os.

M. *Trélat* pense que ce garçon n'est pas syphilitique; il a l'ostéomyélite chronique des enfants et des adolescents. L'élongation du tibia droit exclut l'idée de la syphilis.

M. *Després*. L'ulcération du voile du palais a dû se produire dans la première enfance. M. Homolle a fait un travail pour démontrer que les gommes du pharynx, chez les enfants, sont de nature scrofuleuse.

— M. *Tillaux* a opéré samedi dernier le malade atteint de goître exophthalmique. Aujourd'hui l'opéré va bien; les accidents de suffocation et de dysphagie ont disparu. L'exophthalmie a diminué. M. Tillaux a donné le chloral et la morphine; mais l'anesthésie a été incomplète. Pour obtenir l'anesthésie presque complète, M. Trélat conseille de donner 4 grammes de chloral et 45 grammes de sirop de morphine.

— M. *Verneuil* communique quelques remarques sur l'algidité dans l'étranglement herniaire. On sait que l'algidité entraîne un pronostic presque toujours funeste. M. Verneuil avait déjà observé la relation étroite qui existe entre la congestion pulmonaire, l'étranglement herniaire et le refroidissement; un fait nouveau lui a permis de saisir un élément de plus, qu'il faudra rechercher à l'avenir. Un homme portant une hernie entre à l'hôpital trente-six heures après l'étranglement; opération; mort trente-quatre heures après l'opération.

Un homme entre à l'hôpital le 9 mai; il a une apparence chétive; depuis longtemps il se nourrit exclusivement de lait, à cause, dit-il, d'une maladie d'estomac. L'étranglement inguinal avait eu lieu la veille, et on avait fait en ville trois tentatives de taxis. A l'hôpital, le taxis avec chloroforme ne donna aucun résultat. Les mains, le nez, la face sont violacés; la langue est froide; température, 36°,2 centigrades. Le taxis fit diminuer la tumeur d'un tiers. Kélotomie.

Le sac contient du liquide; on le ponctionne avant de l'ouvrir, et on trouve que ce liquide renferme des bactéries. En outre, le sac renferme des caillots noirâtres. L'intestin est réduit. Il s'agissait d'une hernie inguinale directe interne. L'opération fut pratiquée avec tout l'appareil antiseptique. Le malade était faible, débile; on avait fait une injection sous-cutanée de 20 gouttes d'éther avant l'opération; on fit

une autre injection aussitôt après l'opération. Les vomissements cessent, mais les selles ne se rétablissent pas. Bouillon; glace; alcool. Le soir, la température est à 37 degrés; la face et les mains sont moins violettes.

Le lendemain matin, le ventre est ballonné; lavement purgatif. On continue l'éther en injections et les stimulants; urine rare. Accès de suffocation; diminution du murmure respiratoire; congestion pulmonaire; ventouses sèches. La température est retombée à 36 degrés depuis le matin. Le malade meurt dans la soirée.

A l'autopsie, pas de péritonite. Les poumons sont congestionnés au plus haut degré; le foie et la rate sont sains. Les reins présentaient au plus haut degré les lésions de la maladie de Bright. On peut en conclure qu'il y a eu anurie et mort par dyspnée urémique; en outre, l'abaissement de la température existe dans l'urémie. C'est ainsi que meurent les urémiques blessés ou opérés.

En résumé, voilà une observation d'étranglement herniaire avec algidité très marquée et congestion pulmonaire; on trouve à l'autopsie une lésion rénale profonde qui explique l'algidité, la congestion pulmonaire et la mort.

M. *Després*. Le cours des matières ne s'est pas rétabli; est-on en droit de dire que le malade est mort d'autre chose? C'est par l'expulsion des gaz qu'on juge que le cours des matières se rétablit.

M. *Verneuil*. Le cours des matières n'était pas rétabli, c'est une circonstance fâcheuse, mais non pas mortelle en trente-six heures. D'ailleurs c'est reculer la difficulté sans la résoudre; pourquoi le cours des matières ne s'est-il pas rétabli?

M. *Trélat*. Non seulement ce malade n'est pas mort du non-rétablissement du cours des matières, mais la mort ne résulte jamais que des complications qui suivent la rétention des matières; et ici il n'y avait pas de complications.

M. *Verneuil* rappelle la présence dans le liquide du sac herniaire, sans communication avec l'air extérieur ou avec l'abdomen, d'une grande quantité de bactéries. Dans un cas, il a pratiqué avec M. Nepveu la ponction du sac; puis il a fait le taxis, et le malade a guéri; il y avait des bactéries dans le liquide. C'est à cause de cela que M. Verneuil recommande de faire la toilette du sac et de l'intestin avant de débrider et de réduire. Cette toilette a une grande importance. Dans une thèse soutenue à Lausanne et faite sous la direction de M. Saussin, on trouve des observations d'énormes hernies ombilicales opérées avec succès; on fait la toilette antiseptique de l'intestin avant de réduire.

Comme M. Verneuil avait fait diminuer d'un tiers le volume de la hernie par le taxis, il avait dû réduire dans le ventre une partie du liquide contenu dans le sac; il avait donc introduit des bactéries dans le péritoine : c'est un argument contre le taxis tardif. Velpeau avait déjà dit que le liquide du sac est parfois tellement irritant qu'il attaque les doigts du chirurgien.

M. *Lucas-Championnière* a formulé dans son livre le précepte suivant : découvrir largement le sac, le laver avec la solution forte, et, le débridement fait, laver l'anse à l'eau phéniquée au quarantième avant de réduire. Sur onze opérations, il n'a pas perdu de malades.

— M. *Polaillon* présente une femme opérée d'un cancer du sein quand elle était enceinte de trois mois; continuation de la grossesse; guérison.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Daltonisme par affections cérébrales et constitutionnelles : M. Galezowski. — Nouvelle canule à fistule gastrique : M. Bocci. — Microbes dans le sang des malades atteints d'oreillons : MM. Capitan et Charrin. — Homologie des branchies et de l'allantoïde : M. M. Duval. — Phénomènes consécutifs à l'élongation du pneumogastrique : MM. Marcus et Viette. — Examen ophthalmoscopique des héméralopes : M. Poncet (de Cluny).

M. *Galezowski* a attiré l'attention, il y a une quinzaine d'années, sur les troubles chromatiques qui existent dans les différentes affections oculaires et cérébrales. Il insiste aujourd'hui sur quelques faits nouveaux qui complètent ses recherches antérieures.

L'alcoolisme et le nicotinisme s'accompagnent de troubles chromatiques variés. Certains malades atteints d'amblyopie alcoolique avec lésions oculaires ne perçoivent point les couleurs; d'autres confondent les couleurs entre elles, etc. Un sujet, par exemple, après avoir fixé longtemps le rouge, puis immédiatement après le bleu, ne voit pas cette dernière couleur, mais a la sensation de la première, dont l'impression a persisté, ou bien voit le mélange du rouge et du bleu, c'est-à-dire le violet.

La syphilis peut atteindre toutes les membranes de l'œil et entraîner des troubles visuels variés, dont les uns sont dus à des altérations profondes, à des atrophies papillaires ou à des névrites optiques, dont les autres sont en rapport avec des rétinites ou des choroïdites. Dans les rétinites syphilitiques, la perturbation chromatique porte sur les nuances des couleurs. Dans la choroïdite de même nature, le trouble presque constant consiste, soit dans une achromatopsie complète, soit dans la perte de la notion du bleu et du jaune, la perception du rouge et du vert persistant, contrairement à ce qu'on observe dans l'atrophie des papilles chez les ataxiques.

L'auteur a décrit chez les aphasiques une forme particulière de dyschromatopsie. Ces malades confondent les couleurs les unes avec les autres, non parce qu'ils sont incapables de les distinguer, mais parce que le nom des couleurs leur échappe.

En présence de tous ces faits, on comprend, dit l'auteur, combien il est nécessaire d'insister sur la pratique souvent renouvelée des examens de la vision des couleurs chez les employés de chemins de fer.

— M. *François-Franck* présente, au nom du docteur *Bocci* (d'Ancone), une nouvelle canule à fistule gastrique, décrite avec détail dans un mémoire offert à la Société et intitulé : *Sur une nouvelle méthode pour pratiquer la fistule gastrique*. Le point essentiel à signaler consiste dans la disposition de la partie de la canule qu'on introduit dans l'estomac : le tube se termine par deux valves mobiles qui se rabattent sur un trocart, dont elles forment ainsi la gaîne. Du même coup on fait pénétrer dans l'estomac la canule et le trocart; après avoir retiré celui-ci, les valves se rabattent et s'appliquent sur la muqueuse, maintenant ainsi la canule en position.

— MM. *Capitan* et *Charrin*, se basant sur les analogies cliniques, — nature épidémique et immunité ultérieure, — que présentent les *oreillons* avec les maladies infectieuses, ont été amenés à rechercher l'existence de microbes dans les liquides provenant des malades atteints de cette affection. Ils ont recueilli, avec les précautions d'usage, du sang, de la salive et de l'urine de six malades. Dans le sang de tous ils ont constaté la présence de microbes en grand nombre, la plupart sphériques, parfois allongés en bâtonnets, mobiles et en général assez petits. Quant à la salive, ils ont constaté, comme dans l'état normal, une grande variété de microbes, parmi lesquels le plus grand nombre rappelaient ceux du sang.

L'urine, dans ces six cas, ne renfermait ni albumine, ni sucre, et pas trace de microbes.

Des préparations de sang ont été examinées par plusieurs membres de la Société, qui ont constaté les particularités indiquées dans la communication.

— M. *Mathias Duval* expose le résultat de ses recherches sur l'homologie des branchies et de l'allantoïde comme organes respiratoires. Il trouve dans le mode de développement des branchies, chez le têtard du crapaud accoucheur, un argument en faveur de son opinion. C'est dans l'œuf même que se développent les branchies chez cet animal; elles se comportent, par rapport au têtard, comme l'allantoïde par rapport à l'embryon, c'est-à-dire qu'au lieu de former deux petites houppes latérales simples, elles constituent un véritable vêtement qui enveloppe le têtard, en se développant entre sa surface extérieure et la membrane albumineuse. Répondant d'avance à l'objection que l'allantoïde, à l'inverse des branchies, n'a pas de revêtement épidermique, M. Duval signale l'erreur classique qui consiste à montrer l'allantoïde s'insinuant entre la vésicule ombilicale et l'ectoderme; il a déjà, en 1880, montré à la Société de biologie le mode de développement de l'allantoïde, qui, au lieu de glisser sur la face interne de l'ectoderme, va déprimer cette paroi, et s'en coiffant comme d'un doigt de gant, l'entraîne avec elle dans son enroulement. Par conséquent l'analogie entre les branchies et l'allantoïde se soutient malgré cette opposition apparente.

— M. *Laborde*, au nom de MM. *Marcus* et *Viette*, présente un lapin qui a subi l'élongation du pneumogastrique d'un côté. Les troubles initiaux signalés dans une précédente séance, la vaso-dilatation de l'oreille, le myosis et la glycosurie ont disparu; l'animal est revenu à des conditions à peu près normales. Trois jours suffisent pour que les accidents initiaux disparaissent.

— M. *Poncet* (de Cluny) donne les résultats ophthalmoscopiques obtenus dans l'examen d'*héméralopes*. « Il confirme d'une façon absolue les signes qu'il avait décrits déjà en 1869 à l'hôpital militaire de Strasbourg. Si tous les malades ne présentent pas la même intensité des lésions, il faut cependant établir un type assez fréquemment observé dans toute sa netteté. Il a constaté, d'une part, la large dilatation des veines engorgées, noires; et, d'autre part, la diminution du calibre des artères presque vides. La zone centrale de la papille est fortement injectée. L'œdème péripapillaire occupe principalement l'axe vertical de la papille, c'est-à-dire le lieu de passage des vaisseaux, souvent voilés à cet endroit. Quelques détails nouvellement observés lui font penser que l'*héméralopie* s'accompagne d'une compression des vaisseaux dans le nerf optique, en arrière de la lame criblée; en effet, quand on peut suivre les veines dilatées au moment où elles pénètrent dans la papille, on voit subitement leur diamètre diminuer, bien que cette dernière partie du trajet reste noire. Quand il n'est pas possible de suivre la veine dans l'infundibulum, l'extrémité du vaisseau, à son embouchure, forme un renflement caillebotté. Dans certains cas physiologiques des petits arcs staphylomateux, il existe un peu de macération pigmentaire, œdémateuse, louche, que le miroir ne peut jamais mettre au point. Chez les hypermétropes, l'anneau sclérotical papillaire, d'ordinaire blanc vif et saillant, est verdâtre. Ce symptôme coïncide avec l'injection veineuse vue à travers le tissu tendineux de la gaine. Tous les faits révélés par ces examens cadrent bien avec l'idée d'une compression dans le nerf. C'est à la pathologie générale à donner l'explication de cette constriction opérée sur les vaisseaux derrière la lame criblée. »

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 25 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Traitement de la blennorrhagie par la résine de copahu : MM. Pâquet, C. Paul, Vidal. — Atrophie musculaire dans la goutte : M. Bouloumié.

M. *Pâquet* présente à la Société des capsules renfermant de la résine de copahu débarrassée des principes volatils que renferme le baume de copahu brut, et dont l'efficacité serait très grande dans le traitement de la blennorrhagie. C'est d'après les préceptes établis par Gubler que M. Pâquet aurait été conduit à préparer un médicament renfermant la résine seule du copahu, dont l'action se localise sur les voies urinaires, car ce principe s'élimine par le rein; les huiles essentielles ordinairement unies à la résine sont, au contraire, éliminées par les voies respiratoires et par la peau, occasionnant l'odeur caractéristique et désagréable de l'haleine et déterminant souvent l'apparition de la roséole. Pour rendre liquide la résine du copahu et faciliter son absorption, M. Pâquet l'unit à une huile comestible dans les proportions suivantes : résine de copahu, 3 parties; huile d'œillette ou d'amandes douces, 2 parties. Des expériences thérapeutiques instituées avec ce médicament par MM. Mauriac, C. Paul et Gallard ont démontré que son action était au moins aussi puissante que celle du baume de copahu brut sans en avoir les inconvénients.

M. *C. Paul* fait remarquer que, si la Société de thérapeutique a accueilli la présentation de M. Pâquet, c'est que le médicament qu'il préconise n'est point un remède secret, puisque la formule et le mode de préparation en sont déposés sur le bureau; en outre, l'idée première de la séparation des principes volatils essentiels du copahu et de la résine appartient à Gubler; enfin, l'expérimentation faite par plusieurs médecins des hôpitaux a donné d'excellents résultats. Au point de vue du traitement de la blennorrhagie, M. C. Paul ne pense pas que le copahu, administré à forte dose, vaille le cubèbe employé dès le début de l'affection; mais lorsque le cubèbe a amené la cessation des douleurs et modifié la purulence de l'écoulement, il arrive parfois que son action semble se suspendre; l'emploi du copahu est alors indiqué et la guérison s'obtient rapidement d'une façon définitive.

M. *Vidal* ne sait si l'on a expérimenté l'effet thérapeutique des huiles essentielles du copahu séparées de la résine par distillation; pour lui, il a essayé d'administrer l'huile essentielle de gurjun et a reconnu son inefficacité absolue contre la blennorrhagie : il semblerait en être de même pour le copahu, dont la résine seule aurait une action marquée sur les voies urinaires, tandis que ses principes volatils posséderaient des propriétés irritantes à l'égard de la muqueuse respiratoire et du tégument cutané. Il a constaté, comme bien d'autres, les avantages que l'on peut souvent retirer de l'emploi du cubèbe et du copahu dès le début de la blennorrhagie, mais il sait aussi que, lors d'insuccès au bout de 8 à 10 jours de ce traitement, la guérison de la maladie est rendue plus difficile, et que la durée de l'affection est notablement prolongée : aussi, dans sa pratique, a-t-il adopté le procédé préconisé par Ricord, Diday, Fournier, et qui consiste dans l'emploi des antiphlogistiques pendant la période d'acuïté, réservant les balsamiques pour le moment où l'écoulement est devenu filant, laisse sur le linge un dépôt pulvérulent après dessiccation et ne s'accompagne plus de douleurs. Les bains et les tisanes délayantes doivent être prescrits pendant environ les trois premiers septenaires de la blennorrhagie.

M. *C. Paul* pense que les insuccès dont parle M. Vidal, lors d'administration hâtive des balsamiques, tiennent à ce qu'ils ont été donnés à trop faible dose; il semble difficile de faire absorber chaque jour à un malade une quantité d'opiat représentant 60 grammes de cubèbe, tandis qu'avec les capsules

d'extrait éthéré de cubèbe on pourra facilement prescrire cette dose, puisqu'elle correspond à huit capsules, représentant chacune 7gr,50 de poivre. C'est ainsi que M. C. Paul emploie depuis longues années le cubèbe dès le début de l'uréthrite blennorrhagique et jamais il n'a observé de phénomènes d'intolérance; on ne peut certes pas affirmer que tous les malades guériront radicalement par ce seul moyen, mais alors l'usage des injections astringentes aura raison des dernières manifestations de la maladie.

M. *Vidal* demande combien de temps durent les écoulements qui ont persisté après huit à dix jours de la médication balsamique à forte dose employée dès le début.

M. *C. Paul :* De 4 à 5 semaines; mais la douleur et la purulence ont constamment été supprimées très rapidement.

M. *Vidal* a toujours vu, à moins de diathèse arthritique ou scrofuleuse chez les malades en traitement, l'administration des balsamiques, et entre autres de l'extrait éthéré de cubèbe, supprimer en huit jours un écoulement modifié d'abord par la médication antiphlogistique; la durée de l'affection n'était donc pas plus longue et on n'avait pas besoin de recourir aux injections.

M. *Créquy* a souvent observé que l'emploi des balsamiques dès le début de la blennorrhagie laissait subsister un très léger écoulement, qui reprenait bien vite une nouvelle intensité si l'on venait à cesser le traitement, même au bout de six semaines. Il a adopté la méthode antiphlogistique pendant la période aiguë.

M. *C. Paul* a retiré de moins bons effets thérapeutiques des balsamiques employés seulement à la fin de l'affection. Lorsque l'écoulement, devenu muqueux et filant au bout de trois semaines environ, laisse sur le linge des taches jaunes ressemblant à du beurre, entourées d'une aréole grisâtre, lorsque l'on peut constater sa viscosité par la petite manœuvre qu'il a désignée sous le nom d'épreuve du *filet rassurant:* il est convaincu que la guérison peut être définitivement obtenue au moyen de quelques injections.

M. *Duhomme* a pu constater, chez de nombreux jeunes gens faisant partie d'une société dont il est le médecin, que l'emploi du cubèbe et du copahu dès les premiers jours a fourni de moins bons résultats que la méthode ordinaire.

M. *C. Paul* est convaincu que les insuccès sont dus à ce que la dose de cubèbe n'était pas assez élevée.

M. *Blachez* est d'avis que la médication antiphlogistique n'a pas grand effet sur la durée de la blennorrhagie; la période aiguë, que l'on emploie ou non les délayants et les bains, est d'environ vingt et un jours; au bout de ce temps, les balsamiques à haute dose réussissent très bien à supprimer l'écoulement. Il a vu un malade qui, au dixième jour de son affection, a pris 40 grammes de poivre cubèbe par vingt-quatre heures : en trois jours il a été guéri, mais il a conservé de la dyspepsie pendant deux ans. Un peu de blennorrhée ayant reparu chez ce malade au bout de quelques temps, on employa les injections astringentes, qui amenèrent une suppression totale des accidents. Le seul traitement abortif consiste dans les injections caustiques préconisées par Debenay, mais ce procédé n'est pas exempt de dangers.

M. *Bouloumié* a observé dans les services de vénériens des hôpitaux militaires que les délayants et les bains calmaient la douleur uréthrale en dix jours environ; les balsamiques administrés à ce moment lui ont toujours donné d'excellents résultats. Quant aux érections douloureuses, on les supprime aisément, soit chez les sujets atteints de blennorrhagie, soit chez les opérés de phimosis, au moyen d'injections souscutanées de morphine à la région lombaire. Le cubèbe lui a paru fort bien réussir contre la douleur et les envies fréquentes d'uriner que détermine la cystite du col; la dose, dans ce cas, n'a pas besoin d'être très élevée. Il pense, d'ailleurs, que l'on calme aussi bien les phénomènes douloureux de la période aiguë avec des doses de cubèbe ou de copahu plus faibles que celles employées par M. C. Paul : ces doses massives ne paraissent pas d'ailleurs avoir abrégé la durée totale de l'affection.

M. *Féréol* a employé plusieurs fois le mode de traitement préconisé par M. C. Paul; il lui a bien réussi dans quelques cas, mais il a également échoué chez un certain nombre de malades. Il n'est pas très convaincu de l'utilité des antiphlogistiques au début, mais il a toujours vu la douleur être rapidement calmée par l'ingestion quotidienne de 4 grammes de bicarbonate de soude.

M. *Dujardin-Beaumetz* pense que l'on devrait employer les principes essentiels du copahu, séparés de la résine, contre le catarrhe des bronches, puisque les voies respiratoires constituent leur foyer d'élimination. Quant aux renvois désagréables occasionnés par l'ingestion du copahu, on les supprime facilement par l'adjonction d'une certaine quantité de goudron.

— M. *Bouloumié* lit une note sur les atrophies musculaires qui surviennent chez les goutteux dans des cas où il n'y a aucune déformation articulaire et alors que toute inflammation a disparu. On a jusqu'ici signalé, à la suite des accès de goutte, les crampes, les rétractions et les contractures musculaires, la fréquence du *coup de fouet*, et même certaines paralysies d'origine médullaire, mais l'atrophie musculaire semble avoir échappé aux observateurs. Elle porte ordinairement sur les muscles qui entourent l'articulation atteinte et par suite sur les muscles de la région plantaire interne; c'est à cette cause qu'il faut parfois attribuer une certaine gêne persistante de la marche. L'origine périphérique ou centrale de cette atrophie n'a pu être déterminée jusqu'à présent. Le meilleur mode de traitement est l'emploi des courants continus avec quatre à cinq interruptions dans l'espace de dix minutes; on obtient ainsi une amélioration manifeste au bout de trois à quatre mois. Les courants faradiques donneraient de moins bons résultats.

— A cinq heures trois quarts, la séance est levée.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude des affections cutanées d'origine trophique, par M. H. LELOIR, interne des hôpitaux. (*Archives de physiologie*, 2e série, mai 1881.)

L'influence du système nerveux sur certaines affections cutanées a été souvent signalée. A la suite des maladies de la moelle, des traumatismes, des éruptions diverses ont été observées. Quant au rapport des dermatoses vraies avec les altérations centrales ou périphériques des éléments nerveux, la question est moins avancée et les faits ont été discutés. C'est sur ce point que porte particulièrement l'étude de M. Leloir.

De nombreuses observations lui permettent d'abord d'établir que, chez les sujets qui n'ont présenté pendant leur vie aucun trouble nerveux, aucune affection cutanée, les racines antérieures et postérieures ne subissent pas d'altération; et que, dans les mêmes conditions, les nerfs cutanés sont toujours à l'état normal. En second lieu, dans certaines lésions profondes de la peau : lupus, psoriasis, ecthyma des fesses chez les typhoïdes, épithélioma des lèvres, les nerfs voisins furent trouvés sains, ce qui démontre que les lésions nerveuses ne sont pas la conséquence anatomique, en quelque sorte, des lésions cutanées.

Après avoir ainsi répondu aux objections qui pouvaient lui être adressées relativement à la valeur des altérations

nerveuses qu'il a rencontrées dans certains cas de dermatoses, M. Leloir expose les faits intéressants qui font l'objet de son mémoire.

Dans deux cas de *vitiligo*, il a trouvé les filets nerveux attenant à la peau décolorée, profondément altérés. Les lésions sont celles de la névrite atrophique : fragmentation de la myéline, disparition du cylindre axe, multiplication des noyaux, et, à un degré plus avancé, disparition totale de la myéline.

Dans l'icthyose, lésions analogues des nerfs cutanés, et de plus, dans un cas, altération des filets nerveux des racines ; principalement des racines postérieures.

Dans l'ecthyma, ces mêmes altérations ont été signalées dans les nerfs cutanés, et parfois dans les racines et même dans les cordons postérieurs.

Ces observations intéressantes tendent à étendre le rôle que jouent, dans les affections cutanées, les lésions des nerfs et des centres nerveux. Ces lésions sont tout à fait analogues à celles que produit la section des nerfs.

La *Gazette* a publié antérieurement l'analyse d'observations analogues publiées par le docteur Marcacci, et particulièrement relatives à l'eczéma.

L'origine trophique de beaucoup de maladies cutanées paraît donc aujourd'hui démontrée.

L'Aïnhum, par M. le docteur Francisque Guyot, médecin de 1re classe de la marine.

L'auteur a présenté, dans une des dernières séances de la Société anatomique, une pièce relative à cette curieuse maladie. Les premières observations datent de 1867 ; elles ont été recueillies sur des nègres africains, sur des Indous ; en dernier lieu, sur des Canaques.

La maladie affecte le plus habituellement les orteils. On l'a observée dans ces derniers temps sur les doigts. Son principal symptôme consiste dans un sillon annulaire tout à fait analogue à celui que produirait un lien constricteur. Ce sillon se creuse de plus en plus, et, à un moment donné, l'extrémité digitale n'est plus reliée au reste de l'organe que par un pédicule très grêle dont la rupture laisse une cicatrice peu apparente. Il n'y a pas trace de gangrène, mais souvent de l'atrophie et une sorte de dégénérescence graisseuse.

L'affection peut être congénitale, et l'enfant naît avec plusieurs doigts du pied ou de la main ainsi tronqués.

On ignore absolument la cause de cette singulière maladie. (*Progrès médical*, 7 mai 1881.)

De l'héméralopie dans les maladies du foie.

On connaît le fait d'ailleurs assez rare de la vision en jaune chez les ictériques. L'héméralopie, peut-être plus fréquente, est moins connue, bien qu'elle ait été signalée par Frerichs. M. le docteur Cornillon (de Vichy) rapporte quatre observations dans lesquelles ce symptôme a été noté. Les malades présentaient un ictère chronique avec hypertrophie du foie, de causes variées. L'héméralopie ne s'est jamais montrée que longtemps après l'apparition de l'ictère. D'abord éphémère, peu tenace, elle devenait, plus tard, définitive. A cet état, l'héméralopie corespond-elle à des lésions rétiniennes déterminées? L'examen ophthalmoscopique jugera la question. Cette héméralopie paraît liée à l'ictère. Chez un malade atteint d'une pneumonie intercurrente, l'ictère et le trouble visuel disparurent en même temps pour réapparaître après la guérison de la pneumonie (*Progrès médical*, février 1881).

De l'appendice caudal dans l'espèce humaine,
par M. Virchow.

Cette question, déjà fort ancienne, se trouve soulevée de nouveau par une communication d'un médecin militaire d'Athènes qui eut l'occasion d'observer un jeune Grec portant à la région sacro-coccygienne un appendice long de 5 centimètres, arrondi à son extrémité, non recouvert de poils, et dans l'intérieur duquel on sentait, indistinctement il est vrai, deux portions osseuses qui paraissaient faire partie du sacrum et une troisième portion qui semblait indépendante des autres. La région sacrée était recouverte, de chaque côté, d'une zone étroite de poils bien développés.

Rien n'est plus rare dans la science que les faits de ce genre. On pourrait presque dire que c'est le seul cas authentique d'appendice caudal contenant de l'os. Il est vrai que les auteurs anciens prétendaient que de pareilles excroissances étaient tout simplement la continuation de la colonne vertébrale, et que par suite elles devaient toujours contenir des vertèbres rudimentaires. Mais cette vue, purement théorique, ne se basait point sur des observations concluantes. En réalité, les queues observées dans l'espèce humaine sont toujours dépourvues de tissus osseux.

Virchow rapporte une autopsie faite dernièrement. Il s'agit d'un enfant qui portait un appendice long de 7 centimètres 1/2 qui, au dire des assistants, aurait remué à la suite de piqûres. Cette excroissance fut enlevée huit semaines après la naissance et placée au musée d'Oldenburg, où elle se trouve encore. Une coupe longitudinale permit de constater, au-dessous de la peau très épaisse et très dure, un amas de graisse blanchâtre, puis une sorte d'aponévrose, enfin un cordon central composé d'un tissu graisseux traversé par un certain nombre de fibrilles jaunâtres. Aucune trace de tissu osseux, cartilagineux ou musculaire. Le microscope montra que les fibrilles ci-dessus étaient des artères à parois très épaisses. Ce dernier fait peut être considéré comme un exemple très remarquable de queue charnue.

Rappelons à ce propos que le même médecin grec avait signalé la fréquence anormale parmi ses compatriotes, du revêtement pileux de la région sacrée : et déjà Virchow avait fait remarquer combien ce fait était extraordinaire. Dans nos pays, en effet, il s'agit généralement dans ces cas de simples nœvus pileux. Il y aurait donc deux sortes de *trichose sacro-coccygienne*, comme *d'appendice caudal*. (*Virchow's Archiv*, t. LXXIX.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'optique considérée dans ses rapports avec l'examen de l'œil, par le docteur G. Sous. Deuxième édition, revue et augmentée. — Paris, 1881. O. Doin.

L'excellent accueil que le public médical a fait à la première édition de cet ouvrage montre qu'il répondait à un besoin réel. Aborder l'étude de l'ophthalmologie et des méthodes d'exploration de l'œil, sans une parfaite connaissance de l'optique physique, est, en effet, un travail aussi rebutant qu'inutile. Mais ces données d'optique, éparses dans les traités généraux, y sont présentées sous un jour tout spécial, avec un luxe de formules mathématiques effrayantes pour le médecin, mal préparé par ses études à résoudre de semblables problèmes. Condenser ces notions dans un seul volume, rejeter l'inutile, ne garder que le strict nécessaire et l'offrir au lecteur sous une forme aussi simple, aussi claire que possible, tel est le but poursuivi et atteint par le docteur Sous. Laissant de côté la théorie de Gauss, notre confrère l'a remplacée par le développement des formules ordinaires.

Le premier chapitre, après un historique succinct des pro-

cédés d'exploration physique du globe oculaire, est consacré à l'étude de l'acuité visuelle et de sa détermination, à l'examen ophthalmoscopique pratique, et se termine par quelques notions sur la réfraction statique et sur l'accommodation. L'intensité de la lumière est soumise à des règles fixes, et l'éclairage exerce une influence importante à connaître, aussi bien sur l'acuité visuelle que sur l'aspect de l'image ophthalmoscopique. Des lois de réflexion de la lumière dépendent les propriétés des miroirs très nombreux employés en ophthalmologie. Plans, sphériques concaves et convexes, sont les plus usités pour l'éclairage du fond de l'œil. Les miroirs plans offrent de grands avantages, et cependant les miroirs concaves, en raison de l'éclairage plus intense qu'ils permettent d'obtenir, ont été adoptés pour la plupart des ophthalmoscopes. Les miroirs convexes, au contraire, sont à peu près abandonnés, et leur étude n'offre guère d'intérêt que pour la démonstration des changements de courbure de la lentille cristallinienne dans le phénomène de l'accommodation. Les miroirs prismatiques peuvent servir pour la construction d'ophthalmoscopes à deux et trois observateurs.

L'étude de la réfraction de la lumière est plus importante encore que celle de sa réflexion, en raison de la construction de l'œil, considéré comme appareil d'optique. C'est donc avec raison que le docteur Sous lui a consacré les deux tiers de son ouvrage. Impossible de comprendre l'optométrie, si l'on ignore les propriétés des lentilles et leur numérotage, c'est-à-dire l'expression admise de leur valeur réfringente. Aujourd'hui le système duodécimal et le système métrique sont encore en présence; il est regrettable que l'accord n'ait pu se faire sur la valeur comparative des lentilles, et que la dioptrie soit évaluée aux verres 36, 37, même 40, de l'ancienne notation. Espérons qu'avant peu le système métrique restera seul en usage.

De la réfraction à travers un système de deux lentilles dépendent les procédés de détermination de l'état dioptrique de l'œil par l'examen ophthalmoscopique de l'image renversée et de l'image droite. Le premier n'est pas jusqu'ici, malgré sa valeur incontestable, aussi répandu que le second, base de tous les ophthalmoscopes dits à réfraction. En donnant des exemples pratiques à l'appui de ses démonstrations, l'auteur intéresse davantage et fait mieux comprendre les conditions variables que l'état dioptrique de l'observé et de l'observateur apportent à la solution de ces problèmes, plus compliqués en apparence qu'ils ne le sont en réalité.

A l'étude de la réfraction à travers un système de plusieurs lentilles se rattache naturellement la description des phakomètres et des optomètres. Ces derniers, aujourd'hui fort nombreux, sont examinés en détail et appréciés avec soin au point de vue de leur valeur. L'emploi des verres prismatiques pour le diagnostic de l'insuffisance musculaire et de l'amaurose unilatérale simulée, repose sur leurs propriétés optiques, que Giraud-Teulon a si ingénieusement utilisées dans la construction de son ophthalmoscope binoculaire. Vient enfin l'étude des verres cylindriques, la détermination et la correction de l'astigmatisme, puis les données indispensables sur la réfraction dynamique ou le pouvoir d'accommodation.

De nombreuses figures rendent faciles à saisir les démonstrations toujours claires et précises de ces multiples problèmes. L'auteur, et nous ne saurions trop l'en féliciter, recourt le plus souvent possible aux démonstrations géométriques. Les formules sont simples et faciles à comprendre. Aussi ne craignons-nous pas d'assurer qu'il sera récompensé de ses peines par le succès bien mérité de cette seconde édition de son excellent ouvrage.

Dr J. Chauvel.

Index bibliographique.

De l'impaludisme, par le docteur Duboué (de Pau), 2e édition. — Coccoz, 1881, in-8. Paris, 486 pages.

Ce n'est pas, à proprement parler, un traité complet de l'impaludisme; mais cet ouvrage n'en a pas moins une réelle valeur, parce qu'il résume les impressions d'un esprit éminemment original sur une question très obscure encore qu'une longue pratique médicale a permis à l'auteur d'étudier à fond. Non content d'exposer avec soin les résultats cliniques de sa propre expérience, il cherche à déterminer le lien physiologique qui existe entre les divers symptômes engendrés par l'impaludisme. Pour lui, l'intoxication paludéenne est une entité morbide donnant lieu à des affections, « sans lésion primitive connue, pouvant ou non être suivies de lésions congestives secondaires et ayant pour principaux caractères distinctifs : 1° de se révéler par des troubles nerveux infiniment variés et pouvant s'expliquer pour la plupart par une névralgie initiale siégeant dans un ou plusieurs filets sensitifs du système ganglionnaire ou du système cérébro-spinal, laquelle donnerait lieu, par action réflexe, à une excitation passagère des nerfs moteurs correspondants, suivie d'un engourdissement ou même d'une véritable paralysie de ces mêmes nerfs moteurs; 2° de céder, plus ou moins vite, mais souvent avec une rapidité merveilleuse, aux préparations de quinquina *convenablement administrées.* »

Treatise on diphtheria, par A. Jacobi. New York, 1880.

C'est une œuvre essentiellement personuelle, fruit d'une longue pratique médicale. L'histoire de la diphthérie, à tous les points de vue, est faite d'une manière complète; mais, comme la séméiologie est la partie la plus développée de l'ouvrage, il ne prête guère à l'analyse. Pour Jacobi, le poison est probablement de nature chimique; l'auteur se refuse jusqu'à présent à voir dans des organismes inférieurs des parasites l'agent de l'infection. La diphthérie se montre sous deux formes; tantôt à titre d'affection locale, tantôt à titre de maladie générale. C'est par les poumons que l'agent morbide pénétrerait dans le sang et de là dans l'économie entière. A côté des cas où le processus diphthérique se limite à un organe, il en est d'autres où, les manifestations générales précédant toute localisation, la diphthérie évolue à la manière des pyrexies infectieuses.

La partie thérapeutique prend, dans ce remarquable ouvrage, une importance qu'on n'est plus guère habitué à lui voir dans nos œuvres contemporaines. L'auteur discute toutes les médications et manifeste surtout sa prédilection pour le traitement tonique à doses massives par le cognac, le champagne, etc.; il se loue également du perchlorure de fer. Quant à la trachéotomie, les résultats qu'il en a obtenus sont moins satisfaisants que ceux de la pratique allemande ou française.

L'eau froide, ses propriétés et son emploi, principalement dans l'état nerveux, par le docteur A. Bloch. — Paris, 1880.

On discute encore le mode d'action de l'eau froide administrée sous forme de lotions, de bains ou de douches. L'action de l'eau froide est-elle sédative? Est-elle, au contraire, excitante? Pourquoi certains malades résistent-ils à l'action des douches, ou voient-ils, au début d'une cure hydrothérapique, tous les accidents dont ils souffrent s'aggraver sensiblement, alors que les bains tièdes ou les douches chaudes apaisent leurs douleurs? Comment se fait-il que des résultats si différents soient obtenus, suivant que l'on adresse ses malades à tel ou tel spécialiste? Le petit livre de M. Bloch répond à toutes ces questions que se posent si souvent les praticiens. Il s'efforce de prouver que l'eau froide est un excitant du système nerveux, que son effet excitant résulte de l'action perturbatrice que l'impression du froid exerce sur le système nerveux, et que l'action sédative, comme la réfrigération, ne surviennent que consécutivement. Nous ne croyons pas qu'il soit dès aujourd'hui possible de donner une théorie complète et définitive de l'action exercée sur le tégument externe par une série de douches froides, mais nous partageons sans réserve l'opinion de M. Bloch quand il déclare que les applications froides sont excitantes, et « qu'il est utile, lorsqu'on conseille le traitement hydrothérapique aux névropathes, de procéder méthodiquement, comme pour toute autre médication; en un mot, de ne pas débuter par une eau trop froide, ni par

des moyens hydriatiques trop perturbateurs ». Les sages précautions si bien recommandées par M. Beni-Barde, dont M. Bloch accepte les théories et la pratique, ont été souvent appréciées par tous les médecins. Il n'en est pas qui n'ait eu à critiquer les imprudences commises, soit par leurs malades, soit par certains médecins, dont ceux-ci ont imprudemment écouté les conseils. Passant en revue les applications hydrothérapiques recommandées dans certaines maladies aiguës, et en particulier dans la fièvre typhoïde, M. Bloch critique un peu trop, à notre avis, ceux qui attribuent à la réfrigération que déterminent les bains froids le principal rôle dans la cure de la fièvre typhoïde. Sans doute l'action perturbatrice doit se placer à côté de l'action réfrigérante; mais celle-ci ne doit pas être négligée, et bien souvent même, c'est à la soustraction du calorique qu'il faut attribuer la plus grand part dans la guérison. La question est, d'ailleurs, encore à l'étude, et les résultats obtenus dans le rhumatisme cérébral, bien qu'ils soient surtout favorables à la doctrine de la perturbation nerveuse, l'éclaireront peut-être un jour. M. Bloch a cité un certain nombre d'observations à l'appui des idées qu'il a défendues. Son livre sur les propriétés et l'emploi de l'eau froide mérite les éloges qu'en a faits à la tribune académique un maître des plus autorisés, M. le professeur Peter.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de paris. Projets de chaires nouvelles. — Différentes versions ayant circulé dans la presse médicale sur l'avis demandé à la Faculté de médecine par M. le ministre de l'instruction publique relativement à la création de chaires nouvelles, et sur les délibérations de la Faculté à ce sujet, nous croyons devoir préciser les faits.

M. le ministre de l'instruction publique a consulté la Faculté sur le degré d'urgence d'une chaire de clinique des maladies nerveuses, chaire dont la création est proposée par un amendement au budget de 1882, signé de trente députés et adopté par la Commission du budget. En même temps il invitait la Faculté à lui donner son avis sur l'utilité d'autres chaires dont la création avait été sollicitée, à savoir :

1° Une seconde chaire de clinique d'accouchements;

2° Une chaire résultant du dédoublement de la chaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées ;

3° Une chaire d'hygiène internationale ;

4° Une chaire d'hygiène médicale proprement dite;

5° Une chaire de chimie appliquée à la médecine publique et à la toxicologie.

Le ministre désirait, en outre, que la Faculté lui indiquât quel serait, suivant elle, l'ordre d'utilité de ces différentes chaires (y compris celle de clinique des maladies nerveuses).

Il ne s'agissait pas, pour les cinq dernières chaires énumérées et dont la Faculté n'a pas admis l'urgence, de chaires proposées par la Commission du budget, ou destinées à être inscrites au budget de 1882, par voie d'amendement ou par initiative ministérielle. M. le ministre, qui avait été sollicité de divers côtés pour ces chaires, souhaitait d'avoir l'opinion de la Faculté pour s'éclairer sur la valeur de ces sollicitations, en vue d'un avenir plus ou moins éloigné.

Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques. — L'assemblée annuelle de l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, présidée par M. Frédéric Passy, de l'Institut, s'est tenue lundi, 23 mai, dans la salle de la Société d'encouragement. Des rapports ont été présentés par MM. Edouard Montagne et Charles Tellier. M. Germond de Lavigne, secrétaire général, chargé du compte rendu annuel, a souhaité la bienvenue à M. le pasteur Lucien Rochat, président central de la Société suisse de tempérance, à Genève, qui siégeait au bureau à la droite de M. Frédéric Passy. M. L. Rochat a donné à l'assemblée d'intéressants détails sur l'organisation et sur les heureux progrès de l'œuvre dont il dirige les travaux.

L'Association a distribué un prix de 200 francs et une médaille de vermeil à M. Emile Potin, licencié en droit; deux médailles de vermeil : à la Société suisse de tempérance, et à M. Léon Alègre, fondateur du musée de Bagnols (Gard); six médailles d'argent à des instituteurs; quatorze médailles de bronze; deux sommes de 25 francs en espèces. Et des volumes offerts par le ministre de l'instruction publique. La séance a été terminée par un intermède organisé par M. Gustave Nadaud, avec le concours toujours recherché des frères Lionnet.

Souscription pour élever un monument a la mémoire de Paul Broca. — La première liste des sommes recueillies par le Comité vient de paraître. Elle atteint le chiffre de 13517 fr. 15 c. On continue à recevoir les souscriptions, à Paris, 10, place Vendôme, chez le secrétaire de la commission, le docteur Pozzi.

Faculté de médecine de Nancy. — Ont été nommés à la Faculté de médecine de Nancy : MM. *Chrétien*, agrégé de la Faculté de médecine, professeur de médecine opératoire; *Heydenreich*, agrégé de la Faculté de médecine, professeur de pathologie externe.

Légion d'honneur. — A été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur : M. le docteur Augustin-Etienne-Barthélemy Itelhié, membre du Conseil général du Lot, maire de Cahors.

Mortalité a Paris (21e semaine, du vendredi 20 au jeudi 26 mai 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1006, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 21. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 15. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 33. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 55. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 94. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 31; au sein et mixte, 23; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 92; de l'appareil circulatoire, 61; de l'appareil respiratoire, 62; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 8.

Bilan de la 21e semaine. — Par suite de la fête de l'*Ascension*, l'envoi des documents des mairies afférents à ce jour a été fort incomplet. Les *conclusions* de cette semaine portent seulement sur les données fournies par les praticiens relativement à la morbidité. Il semble qu'elles indiquent un état permanent (peut-être croissant) de la gravité des affections diphthériques, puisque notre service a reçu avis de 26 cas d'invasion et bien des cartes ne nous sont pas encore parvenues par suite du jour férié.

Le nombre des cas de scarlatine dénoncés semble aussi s'accroître (59 au lieu de 56, 50 et 54 les semaines antérieures). Quant à ce qui concerne la distribution de la diphthérie par quartier, celui de *Necker* doit être mentionné, puisque dans chacune des 19e et 20e semaines précédentes il comptait 2 décès diphthériques, et en celle-ci (21e) il en a 3, avec 3 cas d'invasion déjà dans la 19e semaine. On nous informe aussi 4 cas d'invasion à *Auteuil* et 3 dans le quartier de la plaine *Monceau*.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON,

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique et thérapeutique de la digitale.

La digitale occupe l'un des premiers rangs de la matière médicale; elle produit en effet, sur l'organisme humain, deux phénomènes importants, l'accroissement de la diurèse et le ralentissement du pouls. Dès que ces effets eurent été constatés, la digitale attira l'attention de tous les praticiens et devint pour les chimistes l'objet de nombreux travaux; il était certain, en effet, que son emploi devait avoir une action utile dans toutes les affections du cœur. En effet, elle ralentit les battements de cet organe au point de faire tomber les pulsations du pouls de près de moitié, et il est constaté que le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre des pulsations diminue; de telle manière que la digitale, convenablement administrée, peut devenir le régulateur de la circulation, et la tonifier en la réglant.

Voici un fait qui en est la démonstration la plus évidente :

« Camille de B..., âgé de quinze ans, d'une haute taille pour son âge, élève interne au collège Stanislas, à Paris, a été pris d'un ensemble de symptômes que l'on pouvait considérer comme les prodromes d'une fièvre typhoïde : épistaxis répétées, étourdissements, pâleur, diminution de l'appétit, nausées, coliques, diarrhée légère, un peu de fréquence du pouls avec augmentation de chaleur à la peau, affaiblissement. Ce jeune homme, transporté dans sa famille, qui habite un des quartiers les plus aérés de Paris, fut mis au repos du corps et de l'intelligence et soumis à un régime et à un traitement appropriés. En peu de temps sa santé se rétablit. L'appétit se réveilla, les garde-robes redevinrent régulières et le sommeil normal. Les forces mêmes parurent reprendre leurs conditions naturelles. Le jeune homme se disait bien portant. Cependant le pouls battait 138 à 140 fois; à l'auscultation, les battements du cœur avaient une grande violence, le cœur bondissait dans la poitrine; le visage restait pâle. Il y avait évidemment anémie, que l'on pouvait rationnellement attribuer à une croissance rapide, coïncidant avec une alimentation insuffisamment réparatrice et avec une aération incomplète. La digitale était indiquée. Le sirop de Labélonye fut donc prescrit, d'abord à la dose d'une cuillerée à bouche le soir en se couchant. Au bout de trois ou quatre jours, le pouls était à 132 et les battements du cœur moins forts. Alors la dose du médicament fut doublée; une grande cuillerée le matin, et autant le soir. Après huit jours de cette médication, le pouls ne battait plus que 96 fois, et l'impulsion du cœur était entièrement normale. En même temps, les forces faisaient des progrès et la santé générale allait s'améliorant. Au moment où nous écrivons le traitement est continué; on l'a complété par l'adjonction d'une préparation ferrugineuse. »

L'action de la digitale bien démontrée, il était important de rechercher à quel principe elle devait ses propriétés bienfaisantes. Le professeur Gubler, à la suite d'analyses comme il sait les faire, a trouvé dans la digitale deux huiles dont l'une volatile, une matière grasse, une résine, un principe amer désigné sous le nom de digitaline, le digitalin, la digitalose, les acides digitalique, antirrhinique et digitalésique. Il n'était pas possible d'attribuer à l'un ou à l'autre de ces principes les vertus médicinales de la digitaline, et il fut bientôt prouvé que ce n'était pas à un principe unique, mais à la réunion des principes extractifs de l'huile, de la résine et des sels qu'elle renferme qu'elle devait ses propriétés. M. Labélonye, dont les recherches ont éclairé la question d'une vive lumière, a reconnu que l'extrait hydro-alcoolique était la préparation la plus favorable à l'administration de ce médicament. Il l'a mise dans le commerce sous le nom de digitale de Labélonye, et le corps médical l'a accueilli avec toute la faveur qu'elle méritait. Trente-cinq années d'expérimentations, faites par les médecins de tous les pays, ont prouvé que ce sirop jouissait de toutes les propriétés de la digitale sans avoir aucun des inconvénients des autres préparations de cette plante. Jamais il n'a amené aucun des accidents que détermine parfois la digitaline, et cependant il possède au plus haut degré l'action sédative et diurétique de la digitale. Il a toujours été employé avec grand succès dans le traitement de l'hydropisie, les bronchites nerveuses, asthmes, catarrhes, et tout spécialement dans les affections du cœur, et est devenu l'un des agents les plus précieux de la thérapeutique.

Thérapeutique hydro-minérale; Vals: les sources Vivaraises.

Les diverses sources appartenant au bassin si riche de Vals, et connues sous le nom de *sources Vivaraises*, se distinguent des autres sources minérales en général par un mode bien ingénieux de désignation. Au lieu d'emprunter, comme il est d'usage, aux colonnes d'un calendrier plus ou moins grégorien leurs éléments terminologiques, les Vivaraises, réalisant un réel progrès dans la thérapeutique hydrominérale, sont distinguées les unes des autres par une sorte de notation chimique, sous les numéros 1, 4, 5, 7, 9, selon leur richesse en principes minéraux curatifs, nous voulons dire en bicarbonates alcalins. C'est ainsi que la Vivaraise n° 9 contiendra plus de 8 grammes et moins de 10 de bicarbonate; le n° 7 plus de 6 grammes et moins de 8 grammes, etc. Ce *numérotage* répond à une nécessité bien connue des médecins hydrologistes, nécessité que nous ne saurions mieux exprimer que par une citation empruntée aux travaux d'un maître éminent en cette matière: « Il faut, dit M. Pidoux, administrer très longtemps les eaux minérales, à doses régulièrement progressives et entrecoupées par des intervalles méthodiques: il faut, en quelque sorte, les *semer* patiemment dans l'organisme, afin de favoriser leur incubation (1). »

Le médecin des eaux a souvent à compter, en outre, avec la susceptibilité exagérée de certains malades. Cette susceptibilité se révèle surtout pour les eaux alcalines: aussi est-on obligé de les couper d'eau ordinaire pour pouvoir les administrer. C'est pour cela que l'on voit, à Vals, les médecins envoyer leurs clients, et principalement ceux qui souffrent d'affections hépatiques, boire aux sources Vivaraises, et y parcourir successivement et à la file la gamme thérapeutique qui, par une minéralisation graduée (depuis l'eau de table la plus innocente jusqu'à l'eau alcaline la plus active), conduisent peu à peu l'économie malade jusqu'à sa restauration complète. Ainsi l'on peut, dans certaines maladies du foie, détruire sans secousse la stase de la veine porte, et, par une action progressive sur le système veineux abdominal, rétablir sans danger et avec une sage lenteur, la sécrétion biliaire altérée.

Pour la cure de l'anorexie, qui est, si l'on peut dire, le vrai triomphe des eaux de Vals (dans lesquelles l'acide carbonique, « passeport des principes utiles », est heureusement dissous, ce qui est, on le sait, le cachet distinctif de ces eaux); pour empêcher les dépôts de cholestérine dans la vésicule biliaire et saponifier les matières grasses du sang; pour agir contre la constipation, quand elle dérive de l'atonie intestinale; pour rajeunir la masse sanguine en fluidifiant les matériaux de cette « chair coulante » (car on sait que les alcalins sont reconstituants, tout en étant antiplastiques); — dans tous les cas, enfin, où la cure alcaline est indiquée: dans les calculs urinaires, la dyspepsie acide, les affections rhumatismales, certaines hydropisies, les maladies de peau de nature arthritique, le vertige stomacal, le diabète, la goutte, les cystites et métrites rhumatismales, etc...., *toujours en général*, le médecin a besoin, dans la cure hydrominérale, d'une action lente et graduelle, en vertu de l'axiome immortel de Linné: *Natura non facit saltus.* Là où la maladie a mis des années pour faire son œuvre, on ne peut raisonnablement espérer que la guérison s'effectuera en quelques semaines.....

C'est pour cela qu'on est heureux de trouver dans les Vivaraises les éléments nécessaires pour continuer et parfaire à domicile la cure thermale, surtout dans les affections d'essence éréthique ou de nature mobile, comme le sont (on peut le remarquer) presque toutes celles qui sont justiciables des eaux alcalines. Les Vivaraises, en effet, au lieu d'être (comme les eaux alcalines le sont presque toujours) facilement altérables, au lieu de louchir et de déposer par le transport, restent des années, lorsqu'elles ont été soigneusement embouteillées, limpides, fraîches, gazeues, agréables, légères à boire. Elles sont donc admirablement appropriées (surtout à cause de la graduation naturelle dans leurs éléments actifs inaltérés) pour guérir insensiblement les malades chroniques dont nous avons énuméré les affections, et remonter sans péril le taux de leur fonctionnement organique troublé.

Dr Monin.

---

(1) M. Pidoux, Société d'hydrologie, novembre 1865.

Les eaux silicatées. — Sail-les-Bains : la source du Hamel.

Ce qui constitue, pour ainsi dire, l'originalité thérapeutique de Sail-les-Bains, c'est une source très abondante et, nous devons en convenir, sans analogue en France, la source connue aujourd'hui sous le nom de *source du Hamel.* S'il est vrai de prétendre encore avec Chaptal que « l'analyse des eaux minérales ne nous en montre que le cadavre », nous ne pouvons toutefois nous dispenser d'attribuer les vertus curatives de la source en question, ses étonnantes propriétés apéritives, diurétiques et surtout sédatives, aux éléments silicatés qu'elle renferme.

Depuis que, sur un remarquable rapport d'Ossian Henry, l'Académie de médecine décréta, en 1845, Sail-les-Bains d'utilité publique, les progrès de la chimie hydrologique sont venus mettre à nu, selon le mot de Gubler, la physiologie des eaux minérales, dont les anciens avaient jusque-là fait un grand usage mais purement empirique. En particulier pour Sail, les travaux de Bonjean (de Chambéry), Pétrequin et Socquet, Constantin Paul, etc., après avoir prouvé l'action incontestable des silicates alcalins contre les manifestations du rhumatisme, de la goutte et de la gravelle « cette sœur de la goutte », ces travaux, dis-je, ont expliqué l'action jusqu'alors mystérieuse des eaux dont nous parlons.

Les silicates sont d'un ancien emploi en médecine, puisque le moine Basile Valentin employait la *liqueur de cailloux* (silicate de potasse) contre les affections vésicales et les maladies articulaires. Mais cette découverte du moine illustre auquel la chimie est si redevable, fit naufrage, comme tant d'autres découvertes, dans la nuit épaisse du moyen âge. Les travaux de Bonjean, Melsens, Champouillon, Marc Sée, Dubreuil, C. Paul, dont nous allons faire une rapide énumération, sont venus élucider ce point particulier de la thérapeutique, et dicter ainsi les indications curatives de Sail-les-Bains.

La plus remarquable propriété des silicates alcalins, et en particulier du silicate de soude, c'est de dissoudre l'acide urique. On peut répéter, pour s'en convaincre, l'expérience de Melsens, qui, en administrant ce sel à un chien, supprime l'acide urique, si abondant d'habitude chez cet animal, et le supprime *sans aucun inconvénient,* dans ses urines. On sait que le bicarbonate de soude a un pouvoir analogue; mais, outre qu'il agit plus lentement, il a l'inconvénient grave de produire la *cachexie alcaline* chez les personnes anémiques.

On voit donc pourquoi Sail-les-Bains combat avec succès et *sans danger* les manifestations protéiformes de la diathèse urique : les engorgements articulaires, l'arthritis sous tous ses aspects symptomatiques, les névralgies sciatiques, les lésions diverses de la peau, « ce terrain favori de l'arthritisme », et, en particulier, l'eczéma, si souvent de nature uricémique ; la dyspepsie et les gastralgies, que l'illustre Trousseau nous montre, dans tous ses ouvrages, si fréquemment liées à la goutte. Voilà pourquoi les eaux silicatées de la source du Hamel agissent bien (comme le montrent les observations prises à la source) dans la congestion hépatique, l'engorgement utérin, diverses leucorrhées, etc. Toutes ces affections ne sont, selon l'expression de Garrod, que des portions diverses de la grande diathèse urique.

Mais là ne se bornent pas les bienfaits de Sail. Les silicates sont par nature antizymotiques et antifermentescibles ; ils préviennent, ainsi que Champouillon l'a démontré cliniquement, la décomposition du pus; ils assainissent, à la façon des pansements antiseptiques, les plaies de mauvaise nature, et tarissent les sécrétions des muqueuses, celle de la bronchorrhée en particulier. Dans les stomatites et les angines, les silicates ont, mais plus énergiquement peut-être, l'action si heureuse du borax. On les emploie avec succès en injections uréthrales, dans le pansement des chancres, des balanites, des vaginites (Marc Sée), de l'ozène (Burrow), dans les cystites purulentes, liées ou non à l'hypertrophie prostatique (Gosselin). En effet, les silicates ont la propriété de s'opposer à la décomposition ammoniacale de l'urine. Aussi doit-on, selon le précepte de Dubreuil, les conseiller quand le malade doit subir une opération quelconque sur les voies urinaires. Leur action énergique et bien constatée à Sail se révèle principalement à l'extérieur par une modification rapide et durable dans l'odeur des urines.

Nous ne pouvons, enfin, passer sous silence dans un article consacré à Sail, les beautés de la piscine de l'établissement. Cette piscine est un véritable chef-d'œuvre, pour ses dimensions, sa forme, ses nombreux appareils de gymnastique, et la facilité avec laquelle on peut y administrer des douches et bains de toute espèce (car il y a à Sail non seulement des eaux silicatées, mais encore des sources iodurées, ferrugineuses, sulfureuses et magnésiennes). Bref, la piscine de Sail est une admirable rivière minérale, sans rivale ni en France ni à l'étranger, et où sont combinées, pour la santé des baigneurs, toutes les ressources modernes de la balnéothérapie scientifique.

Dr R...

Le vin à l'extrait de foie de morue.

Il y a quelques années, un praticien distingué proposait à la sanction du corps médical un extrait médicinal de foie de morue renfermant tous les principes constituants vraiment actifs de l'huile, sans les inconvénients bien connus de cette dernière. On sait qu'il est démontré que les huiles de foie ont d'autant plus de valeur thérapeutique et remplissent d'autant mieux ce rôle éminemment formateur, *histogénique*, dont parle Gubler, que leurs principes extractifs sont plus riches et plus abondants. C'est sur ce principe indiscutable que ce confrère s'appuyait pour recommander l'emploi de l'extrait de foie qui n'a pas les inconvénients de l'huile pour les organismes affaiblis (on sait que l'huile de foie de morue favorise souvent chez les phthisiques l'installation de la diarrhée colliquative); l'extrait permettait, de plus, de pousser très loin la médication propylamique, souveraine dans le rachitisme, la tuberculose, la scrofule, les détériorations organiques et les misères physiologiques de tout genre; on pouvait, enfin, continuer sans danger cette médication dans les mois chauds, au lieu d'en perdre pendant l'été tous les bénéfices.

Après dix-huit mois d'expériences dans les hopitaux de Paris, l'Académie, en 1862, sur le rapport d'une commission composée de MM. Bouillaud, Poggiale et Devergie avait constaté que l'extrait de foie de morue renfermait une énorme proportion de principes actifs en comparaison de celle si faible que possède l'huile; mais en 1864 elle repoussait l'extrait qui lui avait été présenté moins de deux ans auparavant et qu'elle avait si bien accueilli. En recherchant les motifs qui furent donnés pour expliquer cette résolution, nous apprîmes que les appareils usités d'ordinaire pour la préparation des extraits étaient peu propres à l'obtention de ce produit; la chaleur l'altérait rapidement et décomposait notamment la propylamine qui n'existe pas dans les foies vivants.

Aussi sommes-nous à la fois heureux et surpris de rencontrer aujourd'hui un produit fabriqué avec les foies de morue : C'est un extrait obtenu par notre confrère le docteur *Vivien* au moyen de procédés spéciaux (*concentration par congélation*).

Les premières préparations de notre confrère visèrent évidemment au but que cherchent toujours les innovations thérapeutiques, c'est-à-dire à masquer l'odeur et la saveur désagréables et nauséabondes du médicament. Il enroba d'une mince couche de sucre les pilules d'extrait et les rendit ainsi faciles à prendre, tout en assurant leur conservation.

Mais, comme la forme pilulaire n'est point acceptable pour tout le monde, il la réserva principalement pour associer l'extrait à la crésote de bourgeons de hêtre, médicament si utile dans la phthisie et les bronchites, mais qui s'allie difficilement aux huiles et aux sirops en raison de son goût détestable.

C'est alors que notre confrère découvrit que l'extrait de foie de morue mélangé à certaines espèces de vin perdait son odeur et sa saveur trop prononcées, et il en fit immédiatement une préparation nouvelle, très active, dont aucune odeur ne trahit, pour le goût le plus difficile, ni l'origine, ni la composition.

Voici d'ailleurs la formule du vin :

Vin de Grenache vieux........	1000
Extrait médicinal de foie de morue..	10

Laissez macérer un mois.

Chaque cuiller à bouche contient 20 centigrammes d'extrait (Vivien). Il est facile de s'assurer de la présence de l'extrait en versant un peu de vin dans la paume de la main et en la frottant vivement : l'odeur qui s'en exhale est caractéristique.

Nous appelons l'attention des praticiens sur cette excellente préparation, capable de réparer la pauvreté de l'organisme, de régénérer la masse sanguine, de modérer les troubles nerveux, de remonter, en un mot, le taux général de l'économie en ruines. Le vin dont nous parlons présente, sous une forme facilement acceptable et sous un petit volume, un médicament-aliment d'une grande richesse : c'est un véritable progrès réalisé dans le domaine de la médecine pratique; c'est un progrès pour nous surtout, praticiens, qui voyons l'avenir de notre art tout entier dans les perfectionnements thérapeutiques.

C'est principalement à cette époque de l'année, au mom où les grandes chaleurs vont apporter à la médication propylamique leurs ambages habituels, que les praticiens ont un intérêt spécial à expérimenter le vin Vivien à l'extrait de foie de morue, produit élégant et irréprochable au point de vue scientifique comme au point de vue vraiment pratique. Le docteur Vivien prêtera, d'ailleurs, obligeamment son concours, nous en sommes convaincu, à tous les essais que ses confrères ne manqueront pas de tenter.

Dr Pol VERNON,

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 9 juin 1881.

La chirurgie anatomique.

I

Depuis la découverte du chloroforme et son application à la chirurgie, le manuel opératoire a subi des transformations radicales : autrefois, des trois termes *tuto, jucunde, cito*, le dernier avait une extrême importance ; il fallait aller vite, car on ne pouvait infliger au patient les tortures d'une dissection délicate.

Nos livres de médecine opératoire portent encore l'empreinte profonde de cette ancienne nécessité. Quoi que nous en ayons, la tradition nous tient toujours, et beaucoup de nos méthodes visent à la rapidité. Certainement elle est désirable, mais, pour l'obtenir, il ne faut sacrifier ni la sûreté, ni la précision, ni la perfection du résultat. « Faire bien, avant tout faire bien, vite si l'on peut, mais faire bien, telle est la règle du jour. »

Le « Précis » que M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques de la Faculté, vient de publier sur les amputations des membres, rompt absolument avec les anciennes tendances. « J'ai voulu réagir hardiment, nous dit-il, contre cette pratique qui devait disparaître avec l'avènement du chloroforme, car ce qu'on gagne en vitesse on le perd en précision. »

Ici donc, les coups de couteau en pleine chair, les transfixions hardies ont complètement disparu. L'attitude devient modeste, les grandes lames font place au bistouri ; on avance lentement, mais chaque incision est réglée d'avance ; on sait la force de rétraction du tégument que l'on coupe et du muscle que l'on désinserre ; on arrive sur son artère par un chemin direct ; chacun des ces organes est un point de repère nouveau, et, comme nous le disait Marcellin Duval, dans ses leçons de l'École pratique, « au lieu d'enfoncer son couteau à l'aveugle, on procède du connu à l'inconnu. »

II

Nous connaissions déjà la première partie du Manuel de M. Farabeuf : les ligatures des artères. Ce qui nous frappait surtout dans ce livre, c'est le soin méticuleux avec lequel l'auteur montre comment il faut opérer. Nos traités classiques, si remarquables à d'autres titres, supposent en général une éducation que nos élèves n'ont point encore ; et lorsque nos manuels indiquent le but à atteindre, ils ne nous tracent pas assez nettement par quelle voie on y arrive.

Ici, au contraire, l'auteur nous guide pas à pas ; on sait ce qu'on doit faire et comment on le fait ; chaque main a son rôle ; la gauche n'est pas oubliée ; elle est notre avant-coureur, elle cherche les organes, les reconnaît, les protège au besoin ; elle soulève les muscles pour leur recoupe dans les amputations circulaires, tend les tissus que le bistouri va diviser ; partout elle fraye la voie à la main droite, qui seule jadis était dirigée par nos maîtres.

Nul n'insiste autant que M. Farabeuf sur les explorations manuelles ; déjà dans le *Précis des ligatures* il nous avait appris à rechercher, avant de tracer la ligne d'incision, la gouttière musculaire où l'artère repose. Rien n'est plus facile, en effet, que de sentir, au bras, à la cuisse, par exemple, la dépression que les vaisseaux occupent, et c'est un moyen de contrôle précieux ; il faut que la ligne tracée avec les autres points de repères coïncide avec ce sillon.

Dans le nouveau volume nous trouvons des enseignements non moins utiles ; nous apprenons à chercher certains interlignes articulaires ; celui du premier métacarpien, par exemple, et celui de Lisfranc. Citons du reste l'auteur, d'autant qu'il s'agit là de points originaux : « Pour déterminer l'interligne trapézo-métacarpien, on peut suivre de bas en haut les deux bords latéraux du métacarpien saisi entre le pouce et l'index, jusqu'à ce qu'on sente deux petits tubercules au-dessus desquels est l'articulation. Ce moyen excellent devient impraticable lorsqu'il y a du gonflement. Voici comment on peut faire autrement :

» Le chirurgien explore d'une main la région de l'articulation cherchée, un doigt sur le dos de la main dans le premier espace interosseux, un autre sur la racine de l'éminence thénar ; de l'autre main, il saisit le pouce étendu et le porte alternativement de l'abduction dans l'adduction et *vice versa*. Lorsque le pouce est rapproché de l'index, l'extrémité supérieure du premier métacarpien, à demi luxée en dehors, devient très saillante et révèle facilement aux doigts explorateurs le siège de l'articulation qui est au-dessus. Quant au contraire, le pouce est dans l'abduction ou l'opposition forcée,

le trapèze devient saillant sur la face dorsale : c'est au-dessous que l'articulation est cherchée.

» Des mouvements de rotation imprimés au pouce contribuent aussi à faire reconnaître le siège de l'interligne articulaire. — Si le bout du doigt peut sentir l'extrémité supérieure du premier espace interosseux, il indiquera par cela même le niveau de l'interligne. Je rappellerai enfin que cet interligne est situé à 25 ou 30 millimètres au-dessous de la pointe du radius lorsque la main n'est déviée ni d'un côté ni de l'autre, et qu'il peut y avoir utilité à prendre des mesures sur la main saine pour les reporter ensuite sur la main malade défigurée par le gonflement. »

Nous n'avons pas craint de faire une aussi longue citation, car elle nous montre très bien la manière de l'auteur. Il nous rappelle que pour la désarticulation de Chopart, nous devons, comme on semblait l'avoir oublié depuis Dupuytren, qui avait recours à cette manœuvre, tordre le pied pour provoquer la saillie de l'astragale, en avant duquel on portera le couteau. Il nous indique encore à propos de la sous-astragalienne, des désarticulations du genou et de la hanche, l'attitude de flexion ou d'extension qu'il faut donner au membre pour tendre ou relâcher les muscles, et permettre au couteau des évolutions plus faciles. Enfin, il nous enseigne à porter sur le côté mutilé, infiltré, et par conséquent déformé, les mesures prises sur le côté sain où les points de repères sont intacts.

Il n'est pas d'ailleurs une incision que M. Farabeuf ne nous explique, une manœuvre qu'il ne montre, un tour de main qu'il ne nous peigne. On voit vraiment l'opération, et c'est un des côtés remarquables du talent de l'auteur, que d'évoquer par des mots des images précises. Sa langue pittoresque ne craindrait même pas de descendre jusqu'au terme vulgaire, si celui-ci devait rappeler à l'esprit une forme bien nette.

Ces descriptions, malgré leur rigueur, ne suffisent point encore au besoin de clarté de M. Farabeuf : il ajoute au texte un grand nombre de figures originales qui représentent non seulement le résultat de l'opération, mais les principales manœuvres : les lignes d'incision sont nettement marquées sur les téguments, puis la peau soulevée montre les muscles et le point où il faut les couper ; les mains du chirurgien sont en position, et tandis que la phrase nous indique ce qu'on doit faire, l'œil contrôle sur la figure la manœuvre à exécuter. Avec ce livre, le répétiteur, toujours utile, n'est plus indispensable comme autrefois.

III

Nous aurions voulu donner une idée précise de ce livre qui nous semble marquer un tournant bien net de la médecine opératoire à notre époque. L'anatomie et la physiologie sont mises à contribution ; on y tient compte de toutes les dispositions spéciales de la région, de toutes les particularités que peuvent présenter les tissus ; on note l'inégale rétractilité de la peau, suivant l'âge, la maigreur ou l'embonpoint, et surtout suivant le point de l'économie où l'on opère ; les muscles aussi, après leur section, ne se retirent pas d'une égale longueur vers la racine du membre, ce dont il faut tenir compte pour avoir un moignon régulier.

Mais il est de toute évidence que nous ne pouvons étudier tous ces faits. Ce qui constitue la valeur exceptionnelle de ce livre, c'est justement la précision du détail et l'analyse minutieuse de l'opération ; il faudrait pouvoir transcrire ; mieux vaut alors renvoyer le lecteur au manuel lui-même.

Il est cependant quelques points qui sont particulièrement originaux : d'abord les historiques, toujours fort sobres, mais dont la précision a dû coûter à l'auteur bien des recherches bibliographiques. M. Farabeuf fait remonter à Verduin (d'Amsterdam), chirurgien du dix-septième siècle, la première mention sur la réunion profonde. « La chair doit être doucement contenue sur l'os pour s'y unir, et afin d'obtenir ce résultat on emploie un soutien mécanique. Certainement, ajoute-t-il, c'est une chose fort remarquable que la chair entée s'attache si tost et si ferme au tronc, surtout à l'os. »

M. Farabeuf démontre aussi que la suture profonde a des ancêtres éloignés. « En 1781, Alanson, pour fixer solidement le lambeau postérieur d'une amputation sous-malléolaire et en obtenir l'adhésion immédiate, emploie la suture profonde. » Il établit qu'à J. L. Petit revient l'honneur d'avoir le premier recommandé la double incision dans les amputations circulaires infundibuliformes ; couper d'abord la peau et la graisse, puis, après la rétraction de ces téguments, diviser les muscles le plus haut possible.

Ce petit historique tient en deux pages ; il nous donne cependant une juste idée des étapes qu'a parcouru la question avant d'en arriver à la méthode actuelle : 1° division des téguments ; 2° mobilisation et rétraction des téguments ; 3° coupe des muscles ; 4° recoupe des muscles saillants.

M. Farabeuf nous semble aussi donner à chacun ce qui lui est dû lorsqu'il trace l'histoire de la désarticulation tarso-métatarsienne : « Lisfranc d'une part, ses ennemis de l'autre, se sont chargés de nous édifier sur ce sujet : plusieurs désarticulations de métatarsiens avaient été faites à la fin du siècle dernier en France et à l'étranger. Hey, quoiqu'en ait dit Boyer, était même arrivé à sa troisième opération en 1799..., mais ce sont les recherches anatomiques de Lisfranc qui ont rendu praticable « *Hey's operation* ». C'est son enseignement qui l'a vulgarisée et répandue dans toute l'Europe... »

Nous signalerons encore l'histoire de l'amputation sus-malléolaire dont les origines étaient loin d'être fort connues : « Il fallait, nous dit M. Farabeuf, concevoir l'opération, trouver le procédé convenable et réaliser un appareil prothétique utilisable... L'opération a été conçue par les Hollandais Van Solingen et Verduin, dans la seconde moitié du dix-septième siècle ; assez bien exécutée par les Anglais Ch. White et Alanson, dans la seconde moitié du dix-huitième siècle, et enfin, perfectionnée par les Français Marcellin Duval et Félix Guyon, dans la seconde moitié du dix-neuvième. » Quant aux appareils prothétiques, M. Farabeuf montre que du pilon de Bigg à la jambe de Mille et à celle de Ravaton, chacun à des indications particulières qui dépendent surtout de la qualité du moignon.

Nous ne voudrions pas laisser de côté ce qui a trait à l'historique sans parler de deux atlas qui représentent les principaux procédés proposés ou employés jusqu'à ce jour pour la désarticulation de la hanche et celle de l'épaule. Ils ont l'immense avantage de décharger le texte d'autant, car on évite ainsi de décrire pour la hanche vingt-quatre méthodes, procédés ou sous-procédés, et vingt-huit pour l'épaule ; le lecteur n'est pas harassé ; il peut, d'un simple coup d'œil, voir les étapes qu'a parcourues l'opération et chercher les ressources qui lui conviennent lorsqu'un traumatisme, par des destructions étendues de la peau, ne permet pas les méthodes de choix.

IV

« Le chirurgien qui va pratiquer une amputation doit se proposer avant tout de sauver la vie du malade. Mais ce n'est point assez qu'un amputé respire, il faut encore que l'infirmité consécutive à l'opération ne fasse pas de la vie un insupportable fardeau. C'est pourquoi l'opérateur doit se préoccuper toujours de diminuer, dans la mesure du possible, par le choix du procédé et de l'appareil prothétique, les inconvénients définitifs de la mutilation qu'il doit produire...

» ... Il ne nous reste plus, pour nous guider dans le choix du procédé, qu'une question à résoudre : que fera l'amputé de son moignon? ou plutôt que peut-il désirer en faire? Si vous mutilez le pied ou le bas de la jambe, sachez qu'il est désirable que le malade puisse marcher en s'appuyant directement sur l'extrémité de son moignon. Si vous enlevez une partie de la main, faites que le reste puisse saisir l'outil gagne-pain sans douleur. Si votre opération porte sur l'avant-bras ou la jambe, le bras ou la cuisse, n'oubliez pas qu'un appareil prothétique sera utile, sinon indispensable, et le moignon devra recevoir, supporter et faire fonctionner cet appareil.

» Puisque le moignon est, après le salut du malade, le but de toute amputation, puisque c'est pour apprendre à faire et à conserver de bons moignons, dans toutes les régions des membres, que ce livre est écrit, il est méthodique d'exposer successivement ce qu'il faut faire, avec quoi on peut le faire, et enfin comment on doit le faire. En d'autres termes, je vais essayer de montrer au tailleur de moignons :

» 1° Le modèle, le moignon cicatrisé, indolent et utile à imiter; puis le moignon conique, douloureux et impotent à éviter; 2° la matière première et ses qualités, c'est-à-dire les chairs et les os, leurs habitudes physiologiques et pathologiques; alors seront indiquées les diverses qualités qu'il faut donner au moignon frais et pour sauver la vie et pour faire de bons moignons définitifs; 3° les diverses méthodes de la coupe classées d'après les diverses formes de moignons, formes requises par le genre de travail que fera la partie mutilée; 4° les instruments et la manière de s'en servir; 5° la suspension provisoire du cours du sang, ou l'art de comprimer chaque artère en particulier; 6° enfin, pour résumer tous les préceptes précédents et les compléter, le tableau d'une amputation sera esquissée avec toutes les scènes dans l'ordre où elles se succèdent habituellement. »

C'est dans cette étude vraiment originale que nous voudrions suivre l'auteur : elle a dû lui coûter bien des recherches et bien des réflexions, car si on trouve çà et là quelques vagues indications sur ces points, nous n'avions pas jusqu'à ce jour une description d'ensemble, et nulle part il n'existe, à notre connaissance, un chapitre analogue, par exemple, à celui de M. Farabeuf « sur les propriétés des matières dont on fait le moignon. »

Or, ces notions physiologiques qui forment comme l'introduction de son livre ne seront pas lettre morte pour l'auteur. Il en tirera parti tout le long de son ouvrage, et, à propos de chaque opération en particulier, il tiendra compte de la rétractilité de la peau au point où l'on opère, de la longueur des faisceaux musculaires et de leur insertion sur les os, de l'organe et de ses habitudes. Et c'est ainsi qu'on taillera des moignons bons et utiles. La cicatrice sera bien placée et à l'abri des contacts ou des heurts qui pourraient la froisser.

Nous pouvons prendre pour exemple la première amputation qu'il décrit :

« Sans doute la conservation de la grande phalange en totalité ou en partie, spécialement de celle de l'indicateur et de l'auriculaire, peut être plus nuisible qu'utile à certains ouvriers; cependant, il faudra toujours balancer avant d'en faire le sacrifice, car l'amputation totale d'un doigt est plus grave que l'amputation partielle. En outre, un moignon de doigt, si court qu'il soit, conserve en général tous ses mouvements : il suffit pour cela que les suites de l'opération soient simples, et principalement que les articulations conservées ne s'ankylosent pas.

» C'est parce que Lisfranc ignorait l'action des lombricaux et des interosseux sur la grande phalange qu'il s'est évertué inutilement à réaliser l'adhérence des tendons fléchisseurs avec cette phalange, lorsqu'elle est conservée. Il faut qu'un moignon de doigt puisse agir par sa face palmaire, et subir les chocs par son extrémité. La cicatrice ne sera donc jamais palmaire; elle ne pourra être terminale que si le moignon est court et toujours protégé par les doigts voisins.

» La nécessité, la forme du doigt, la facilité opératoire, la qualité des téguments sont ici d'accord pour indiquer au chirurgien que l'amputation partielle doit être faite par un procédé donnant une cicatrice latérale, et que le côté sur lequel doit être rejetée la cicatrice est le *côté dorsal*. Cela étant, c'est le procédé à lambeau palmaire qui est le procédé d'élection. »

Et plus loin, à propos du pouce : « Supposez que vous avez dans la main le manche d'un marteau, d'une truelle, que vous soulevez une poutre, un moellon, et vous verrez que si le pouce vous manquait, votre moignon agirait *toujours* par sa face palmaire et quelquefois par sa face externe, plus rarement par sa face interne. Un lambeau large de toute la demi-circonférence du pouce et comprenant la face palmaire entière et l'externe en majeure partie, long de 25 millimètres, et par conséquent analogue à celui que j'ai décrit pour les autres doigts chefs de file, un tel *lambeau palmaire et externe* donne un bel et bon résultat, et peut être appliqué à la désarticulation du pouce, et mieux encore du gros orteil, comme procédé de choix. »

En effet, ce qui nous frappe surtout dans cet ouvrage, c'est son caractère essentiellement pratique. Le malade n'est jamais perdu de vue; ce n'est point de la chirurgie d'amphithéâtre, mais de la véritable clinique, et la perfection du résultat immédiat n'a pour but que de préparer l'excellence du résultat définitif. Le moignon n'est pas un objet de luxe; il doit servir, et pour cela, remplir certaines conditions d'indolence et de forme que l'opérateur ne doit pas oublier.

Voilà la pierre angulaire du livre de M. Farabeuf; il y revient sans cesse, et nous ne saurions trop le remercier du service qu'il nous rend, car jusqu'à cette heure, beaucoup de ces indispensables détails ne se trouvaient guère que dans l'enseignement oral de nos maîtres et non dans un ouvrage où nous puissions les rechercher au besoin. C'est donc une œuvre de reconnaissance que nous avons accompli en disant du Précis de M. Farabeuf un peu du bien que nous en pensons.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique expérimentale.

Sur l'action physiologique des ellébores, par MM. G. Pécholier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et L. Redier, docteur en médecine.

(Fin. — Voyez les numéros 17 et 22.)

Arrivons maintenant à l'exposé de nos propres expériences :

Exp. XV. — Lapin. Poids, 1490 grammes ; 104 pulsations ; 76 respirations ; température rectale, 39°,5. Administration à l'aide de l'entonnoir de 1gr,7 d'ellébore noir en décoction dans 5 grammes d'eau. Mort subite avant même que nous ayons retiré l'entonnoir de la bouche.

Exp. XVI. — Lapin. Poids, 1850 grammes ; 128 pulsations ; 58 respirations ; température rectale, 39°,6. A 1 heure, injection par la bouche de 1 décigramme d'ellébore noir en décoction dans 5 grammes d'eau. 1h,15, pas de symptômes d'intoxication. Il ne paraît pas incommodé et se promène dans la pièce. 1h,30, 172 pulsations ; 96 respirations ; température rectale, 40°,3. 2 heures, il meurt subitement sans que rien ait fait supposer cet événement.

L'autopsie, vu la rapidité de l'action de la substance, ne décèle rien.

Exp. XVII. — Lapin. Poids, 1800 grammes ; 132 pulsations ; 92 respirations ; température rectale, 39°,8. A 1h,15, même dose qu'au lapin précédent, administrée de la même manière. Immédiatement après, nausées, respiration précipitée. Le lapin cherche à fuir. 1h,30, contractions fibrillaires irrégulières dans les cuisses. 2 heures, 224 pulsations ; 96 respirations ; température rectale, 40°,7. 2h,10, convulsions. L'animal meurt dans la soirée.

Autopsie. — Les poumons présentent des points congestionnés ; l'intestin est rempli de matières fécales ; le ventricule gauche du cœur est presque vide ; le sang est coagulé dans les vaisseaux.

Exp. XVIII. — Lapin. Poids, 2 kilogrammes ; 98 pulsations ; 96 respirations ; température rectale, 39°,9. Même dose qu'au lapin précédent. Nous notons l'accélération ordinaire de la circulation et de la respiration. Cependant, lorsque l'animal est rapporté dans la cage où il a passé la nuit, tout nous fait supposer que les symptômes toxiques se sont dissipés. Nous sommes surpris de le trouver mort le lendemain matin.

Autopsie. — Certaines portions du poumon sont congestionnées ; le cœur est contracté ; l'estomac plein d'aliments ; le gros intestin contient beaucoup de matières ; la vessie est pleine ; rien dans le cerveau ni la moelle ; rigidité cadavérique très grande.

Exp. XIX. — Jeune chienne boule-dogue. Poids, 17kil,500 ; 100 pulsations ; 26 respirations ; température rectale, 39°,8. A 9h,30, injection hypodermique à la région abdominale de 8 centigrammes d'ellébore noir en décoction dans 25 centigrammes d'eau. 9h,32, marche vivement. 9h,35, 116 pulsations ; 36 respirations ; température rectale, 40°,1. 9h,45, agitation extrême ; plaintes. 10 heures, 112 pulsations ; 32 respirations. A 1 heure de l'après-midi, nouvelle injection avec une dose double. Nous n'observons qu'une augmentation de la circulation, de la respiration et de la température, avec une certaine agitation. L'animal va bien le soir.

Exp. XX. — Chienne précédente. 100 pulsations ; 20 respirations ; température vaginale, 39°,8 Injection sous-cutanée à la même région de 35 centigrammes d'ellébore noir en décoction dans 1 gramme d'eau à 10h,10. 10h,15, agitation. 10h,20, 152 pulsations ; 26 respirations ; un peu de salivation. L'animal est triste. 10h,45, 148 pulsations ; 30 respirations ; température vaginale, 40°,4. 11 heures, soif très grande, qu'elle satisfait. 12h,30, convulsions plusieurs fois répétées ; précipitation des mouvements circulatoires et respiratoires ; miction involontaire ; la pupille se contracte et se dilate tour à tour. La chienne reste étrangère à ce qui se passe autour d'elle. Raideur des membres même dans l'intervalle des convulsions ; un effort considérable est nécessaire pour porter les membres dans la flexion. 2 heures, 120 pulsations ; 22 respirations ; température vaginale, 38°,6. 2h,20, mort.

Autopsie. — La rigidité cadavérique a apparu quelques minutes après la mort. Une tumeur de la grosseur du poing existe sous la peau de l'abdomen, au lieu de l'injection hypodermique ; elle est constituée exclusivement par de la sérosité ; tout autour, le tissu cellulaire est fortement injecté. L'examen des viscères ne découvre rien de particulier, si ce n'est la contraction du cœur.

Exp. XXI. — Jeune chienne de chasse. Poids, 11 kilogrammes ; 88 pulsations ; 12 respirations ; température vaginale, 39°,2. Injection sous la peau de l'abdomen de 18 centigrammes d'ellébore noir en décoction dans 50 centigrammes d'eau, à 10h,20. 10h,25, agitation ; 120 pulsations ; 20 respirations. 10h,40, quelques mouvements convulsifs dans les cuisses. Ces symptômes vont décroissant, et le soir l'animal est bien portant.

Exp. XXII. — Chienne précédente. 96 pulsations ; 14 respirations ; température vaginale, 39°,8. Administration par la même voie et le même moyen de 35 centigrammes d'ellébore noir en décoction dans 1 gramme d'eau, à 9h,40. 9h,50, agitation. Elle ne se couche pas comme le chien soumis à l'ellébore blanc, qui sert de témoin. 11h,10, 106 pulsations intermittentes ; 28 respirations ; température vaginale, 40°,2. 11h,20, vomissements bilieux faibles ; plaintes. 11h,55, vomissements bilieux faibles ; 184 pulsations ; 36 respirations ; température vaginale, 40°,3. 1 heure, 102 pulsations ; 18 respirations ; température vaginale, 39°,1. 2 heures, miction abondante ; selle naturelle. 3h,10, 120 pulsations irrégulières ; à 3 minutes d'intervalle nous notons une différence de 40 pulsations. Même irrégularité pour les mouvements respiratoires ; température vaginale, 39°,1. Ces symptômes se dissipent pendant la nuit ; le lendemain l'animal va bien.

Exp. XXIII. — Même chienne. Elle est très anémiée par les intoxications précédentes ; 146 pulsations ; 16 respirations ; température vaginale, 38°,6. Introduction sous la peau, par le même moyen, de 70 centigrammes d'ellébore noir en décoction dans 2 grammes d'eau, à 10h,20. 10h,40, 176 pulsations ; 18 respirations ; température vaginale, 39 degrés. 10h,45, vomissements peu abondants ; 168 pulsations ; 24 respirations. 11h,5, l'animal, qui jusque-là avait seulement été triste et ne s'était pas couché, vacille comme s'il était ivre, et tombe brusquement avec plaintes, raideur tétanique des quatre pattes. La pupille est dilatée et insensible à la lumière, l'intelligence abolie. Mort.

Autopsie. — Une demi-heure après la mort, la rigidité cadavérique était très prononcée ; aucune lésion du tube digestif ; poumons exsangues ; foie congestionné ; vésicule biliaire à peu près vide ; ventricule gauche du cœur vide.

Exp. XXIV. — Grenouille rousse. Injection sous-cutanée à la cuisse de 1 centigramme d'ellébore noir en décoction dans 50 centigrammes d'eau, à 1h,40. L'animal, 5 minutes après, saute vivement sur la table. 2h,10, les cœurs lymphatiques battent encore. Le cœur sanguin s'arrête en systole peu après que les mouvements respiratoires sont abolis. Le bout périphérique du nerf lombaire électrisé ne produit que des contractions faibles dans le membre correspondant à l'ouverture et à la formation du courant.

A l'*autopsie*, pneumatose.

Exp. XXV. — Grenouille rousse. Injection par le même procédé de 25 milligrammes d'ellébore noir en décoction dans 25 milligrammes d'eau, à 1h,25. 1h,28, coassements, excitation. L'animal est dressé sur ses pattes ; les mouvements respiratoires sont précipités. 2h,10, convulsions soudaines et violentes ; arrêt de la respiration. A côté, une grenouille avait été soumise à une même dose d'ellébore blanc. Celle-ci qui, 5 minutes après l'injection hypodermique, était très affaissée et avait semblé mourir, une demi-heure après avait comme ressuscité. La grenouille à l'ellébore noir, qui jusque-là paraissait beaucoup moins intoxiquée, mourait, au contraire, presque subitement. Aussitôt après l'arrêt de la respiration, le cœur est mis à nu, il bat encore 20, mais s'arrête en systole au bout d'un quart d'heure. A ce moment les cœurs lymphatiques battent encore.

A l'*autopsie*, les sacs pulmonaires sont très dilatés.

Exp. XXVI. — Grenouille rousse. Injection de 2 centigrammes d'ellébore noir en décoction dans 50 centigrammes d'eau, à 1h,40. 1h,45, agitation considérable ; coassements spontanés se reproduisant à la moindre friction de la peau du dos ; violentes convulsions. La respiration s'arrête. Le cœur mis à nu bat 16, et ne tarde pas à s'arrêter en systole. A ce moment les cœurs lymphatiques mis à découvert battent encore. Le thorax et l'abdomen semblent gonflés ; la taille n'est pas effilée. Le bout périphérique du nerf lombaire électrisé donne des réponses faibles à l'ouverture et à la fermeture du courant.

A l'*autopsie*, les sacs pulmonaires sont très dilatés.

Exp. XXVII. — Grenouille rousse. Injection de 50 milligrammes d'ellébore noir dans 25 centigrammes d'eau. Même évolution des phénomènes. Le cœur s'arrête en systole avant les cœurs lymphatiques.

A l'*autopsie*, les sacs pulmonaires sont gonflés.

Il nous reste maintenant à formuler, d'après nos expériences et le dire des auteurs cités plus haut, quelle est l'action de l'ellébore noir sur les lapins, les chiens et les grenouilles.

1° *Action locale.* — Nous n'avons pas par nos expériences de données suffisantes pour savoir lequel des deux ellébores a une action topique plus prononcée. Dans l'un et l'autre cas, nos injections hypodermiques ont amené localement de la sérosité plutôt que du pus. Mais, ce qui est certain, c'est que, si l'ellébore blanc conserve même à l'état sec à peu près toute sa vertu irritante, il n'en est plus de même de l'ellébore noir, qui en perd une grande partie. Et comme nos expériences ont été faites avec des racines d'ellébores secs (1), et que les effets à la même dose ont été presque aussi intenses pour l'un comme pour l'autre, nous arrivons facilement à conclure que, à l'état frais, l'action topique de l'ellébore noir est plus intense que celle de l'ellébore blanc. Nous sommes ainsi d'accord avec les expérimentateurs qui nous ont précédé, et notre dire est d'ailleurs en rapport avec le fait bien connu de l'âcreté extrême des plantes fraîches de la famille des renonculacées.

2° *Action sur le tube digestif.* — L'action émétique de l'ellébore noir ne pouvait nous être démontrée par nos expériences sur les lapins ; cet animal, en effet, ne vomit pas. Cependant, dans l'expérience XVII, il y a eu quelques nausées.

Sur les chiens, nous avons trouvé parfois des vomissements, mais qui ont été moins fréquents, moins copieux, et qui n'ont eu avec ceux produits par l'ellébore blanc qu'un caractère commun : la présence de la bile ; tandis que les animaux intoxiqués par le vératre blanc parviennent à se débarrasser du poison par des vomissements prompts, énergiques et abondants ; les chiens, au contraire, empoisonnés par la renonculacée obtiennent moins souvent et plus tardivement cette crise, et meurent même (exp. XX) sans avoir pu vomir (2).

Les vomissements ont manqué dans les expériences XIX, XX et XXI. Lorsqu'ils sont survenus, ils ont été tardifs. Ainsi, dans l'expérience XXII, ils n'ont apparu qu'au bout de 1 h. 40 m. ; dans l'expérience XXIII, ils n'ont apparu qu'au bout de 25 minutes. Pour l'action purgative, nous dirons, comme Schroff, que la diarrhée est exceptionnelle. Nous ne l'avons jamais, en effet, constatée. Nous avons seulement vu une selle dans l'expérience XXII.

L'absence de diarrhée et la rareté relative des vomissements pouvaient nous faire supposer l'intégrité du tube intestinal ; c'est ce qu'ont confirmé nos autopsies (exp. XV, XVI, XVII, XVIII, XX, XXIII).

3° *Action sur les excrétions.* — Tandis que les chiens soumis à la colchicacée versaient à flots sur le pavé une bave abondante, ceux qui, au contraire, avaient subi l'action de la renonculacée n'éprouvaient qu'une salivation modérée (exp. XX, XXII), qui le plus souvent a manqué. La diurèse a été beaucoup moins constante qu'avec l'ellébore blanc, et n'a été notée que dans l'expérience XXII. La bile de même a été rendue en moins grande abondance. Nos expériences sont donc ici en désaccord avec les opinions généralement admises.

4° *Action sur la circulation.* — L'ellébore blanc, après une période d'excitation courte, et qui peut même quelquefois à peu près manquer, est en somme surtout un contro-stimulant du cœur et de la circulation ; tel n'est pas l'ellébore noir. Nous avons, dans toutes nos expériences, trouvé une accélération très grande des battements du cœur :

Dans l'expérience, XVI, en 30 minutes, augmentation de 44 pulsations ; XVII, en 45 minutes, augmentation de 92 pulsations ; XVIII, résultat analogue ; XIX, en 5 minutes, augmentation de 16 pulsations ; XX, en 10 minutes, augmentation de 52 pulsations ; XXI, en 5 minutes, augmentation de 32 pulsations.

Ces résultats infirment donc ceux obtenus par Cloquet et Caventou, et confirment ceux de Dragendorff.

Quant au ralentissement du cœur trouvé au moment de la mort par Cloquet et Caventou, nous ne l'avons pas davantage constaté (exp. XVI, XVII, XX, XXIII).

L'irrégularité du cœur signalée par Dragendorff s'est offerte très marquée à notre observation dans l'expérience XXII, et nous demeurons d'accord avec ce toxicologiste quant à l'arrêt du cœur en systole (exp. V, XVII, XVIII, XX, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII).

Enfin, dernière différence entre l'action de la colchicacée et celle de la renonculacée, tandis qu'avec la première le cœur sanguin des grenouilles survivait aux cœurs lymphatiques, ceux-ci, au contraire, avec la seconde, continuent à battre après l'arrêt du cœur sanguin.

5° *Action sur la respiration.* — Tandis que dans nos expériences avec l'ellébore blanc nous n'avons constaté qu'une seule fois l'accélération primitive de la respiration, pour l'ellébore noir, au contraire, nous avons toujours eu à la noter.

Dans l'expérience XVI, en 30 minutes, augmentation de 38 respirations ; XVII, en 45 minutes, augmentation de 4 respirations ; XVIII, résultat analogue ; XIX, en 5 minutes, augmentation de 10 respirations ; XX, en 10 minutes, augmentation de 10 respirations ; XXI, en 5 minutes, augmentation de 8 respirations ; XXII, en 1 h. 30 m., augmentation de 14 respirations.

De plus, la difficulté particulière de la respiration signalée à propos de l'ellébore blanc n'existe plus ici. Nous avons eu seulement à noter une fois l'irrégularité de cette fonction (exp. XXII). Nous sommes donc, sur ce point, entièrement de l'avis de Hahnemann.

Comme Orfila, mais une seule fois (exp. XVIII), nous avons trouvé à l'autopsie de la congestion pulmonaire.

Enfin un fait qui, à notre connaissance, n'a été signalé par personne est le suivant : tandis que le thorax des grenouilles tuées par l'ellébore blanc était affaissé, au contraire celui de ces mêmes animaux morts par l'ellébore noir était très dilaté.

Nous nous sommes expliqué ce phénomène en constatant à l'autopsie que les sacs pulmonaires des premières étaient complètement vides d'air, tandis que ceux des secondes en étaient, au contraire, fortement gonflés.

6° *Action sur la température.* — Nulle part nous n'avons vu mentionnée l'élévation primitive de la température. Nous l'avons cependant notée dans presque toutes nos expériences, sauf évidemment dans l'expérience XV, où le lapin a été foudroyé.

Dans l'expérience XVI, en 30 minutes, élévation de 0°,7 ; XVII, en 45 minutes, élévation de 0°,9 ; XVIII, résultat analogue ; XIX, en 5 minutes, élévation de 0°,3 ; XX, en 35 minutes, élévation de 0°,6 ; XXII, en 1 h. 30 m., élévation de 0°,4 ; en 2 h. 15 m., élévation de 0°,5 ; XXIII, en 20 minutes, élévation de 0°,4.

A cette augmentation primitive succède habituellement, soit que l'animal se rétablisse, soit qu'il finisse par succomber, une défervescence plus ou moins rapide en rapport, d'ordinaire, avec la dépression de la circulation (exp. XX, XXII).

7° *Action sur le système musculaire.* — La flaccidité et l'inertie musculaires sont, nous l'avons vu, une des caractéristiques les plus saillantes de l'empoisonnement par l'ellébore blanc : ici, au contraire, l'excitation domine. Ainsi nos chiens s'agitaient, marchaient en tous sens, se plaignaient et étaient en proie à des mouvements convulsifs violents. Dans l'inter-

(1) L'époque de l'année où nous avons opéré nous a empêché d'avoir des racines fraîches.

(2) L'ellébore noir, comme l'ellébore blanc, a été administré aux chiens par la voie hypodermique.

valle même des convulsions, on avait de la peine à fléchir leurs membres, et la chienne de l'expérience XXIII tombait foudroyée, les quatre pattes raides.

Nos grenouilles, érigées sur leurs pattes, étaient difficiles à contenir; elles coassaient au moindre frôlement de la peau du dos et même sans aucune provocation (1). Les tenait-on par les pattes antérieures, les postérieures, loin de pendre inertes comme celles des grenouilles soumises à l'ellébore blanc, se redressaient énergiquement.

Enfin, autre phénomène différentiel d'avec l'ellébore blanc, la rigidité cadavérique a apparu une demi-heure au plus après la mort, ce qui nous met en désaccord complet avec Morgagni.

8° *Action sur le système nerveux.* — Les gémissements de nos animaux, leur allure, leurs tentatives de fuir, indiquent pour l'ellébore noir une surexcitation primitive très grande de la sensibilité. Quant à l'insensibilité secondaire admise par quelques auteurs, nos observations ne nous ont rien appris à ce sujet, si ce n'est notre expérience XXIII, qui nous a permis de constater une certaine hyperesthésie au moment de la mort.

La motricité nerveuse était elle-même augmentée, puisque l'excitation de la fibre musculaire n'aurait pas suffi à elle seule à amener des mouvements convulsifs violents comme ceux que nous avons observés.

Par contre, si l'ellébore blanc n'abolit pas l'intelligence, et si, jusqu'à la mort, les chiens soumis à son action répondaient à notre appel d'un air triste et alangui, l'ellébore noir, au contraire, la supprime dès les premières convulsions.

Enfin, un fait très frappant qui s'est renouvelé dans presque toutes nos expériences, c'est l'action de foudroiement produite par la renonculacée.

De nos deux premiers lapins, celui soumis à 1gr,7 d'ellébore noir mourut avant même qu'on eût retiré l'entonnoir de sa bouche. Au contraire, celui qui fut soumis à 2gr,20 d'ellébore blanc, dose qui le tua en 5 minutes, eut du moins le temps de marcher avec facilité avant de mourir.

Pour nos chiens, cette rapide progression des phénomènes mortels nous a également toujours frappé. La respiration, la circulation paraissaient encore peu sérieusement atteintes, l'intoxication assez modérée, lorsque l'animal était frappé de convulsions et tombait mort (exp. XXIII). Ou bien, s'il ne mourait pas du premier coup, il succombait bientôt après une ou deux autres séries de convulsions (exp. XX).

Pour les grenouilles, le contraste était encore plus frappant peut-être. Ainsi, chez celles soumises à une même dose de la colchicacée, les symptômes toxiques paraissaient bientôt, se précipitaient même; la respiration, la circulation s'éteignaient, et cependant, après cette crise, l'animal revenait à la vie pendant un certain temps (exp. XI, XII, XIII, XIV). A côté d'elle, la grenouille soumise à la renonculacée se dressait sur ses pattes, sautait vivement sur la table; sa respiration précipitée n'était nullement gênée, l'œil était plein de vie, tout semblait même indiquer que l'animal se tirerait d'affaire, et subitement ou après quelques convulsions la mort arrivait au moment où, par une coïncidence assez bizarre, celle soumise à l'ellébore blanc voyait pour un certain temps reparaître le jeu de ses fonctions.

Comme pour l'ellébore blanc, l'autopsie des centres nerveux ne nous a révélé aucune lésion.

Conclusions. — Les présomptions de dissemblance formelle entre les effets des ellébores que donnent la botanique et la chimie se confirment donc absolument par nos expériences.

Les ellébores des colchicacées sont, au point de vue physiologique et toxicologique, radicalement différents des ellébores des renonculacées. Entre les substances que l'elléborisme utilisait indistinctement, il y a une opposition presque absolue. Que penser alors de ce célèbre mode de traitement, si ce n'est qu'il a dû trop souvent amener de funestes erreurs? La faute en est surtout au manque de connaissances des anciens en botanique et en chimie. Ils ont pour sûr été fréquemment trompés par une ressemblance superficielle entre les racines du *veratrum album* et celles de l'*helleborus niger*. Confinés dans un coin de la terre, et n'ayant pas à leur disposition les agents que le monde entier a fournis plus tard à la matière médicale, ils avaient trouvé dans le vératre blanc un remède, dangereux peut-être dans certains cas, mais en somme puissant : émétique, purgatif, sialagogue, diurétique, contro-stimulant. Mais ils ont trop souvent produit des accidents graves, lorsqu'ils lui ont substitué l'ellébore noir, qui, sans avoir aucun de ses effets utiles, est un toxique des plus dangereux.

Nous ne voulons pas insister sur cet historique, que nous traiterons ailleurs plus longuement; pour le moment, nous nous contenterons de trois ou quatre citations.

Ainsi Hippocrate a sûrement partagé les erreurs de ses contemporains et de ses successeurs, et par là a eu dans sa pratique des catastrophes, même chez des individus bien portants, comme il le constate lui-même. Il a, en outre, observé que ces catastrophes arrivaient quand les vomissements n'étaient pas produits, c'est-à-dire évidemment quand l'ellébore noir avait été administré; aussi c'est à aider ce vomissement par des moyens indirects qu'il consacre tous ses efforts dans ses cures par l'ellébore. (Aphor. 13 et 16, sect. IV; aphor. 1, sect. V; Coaques, liv. III et IV; Epidémies VI, sect. V.)

Ces erreurs éclatent dans Celse bien plus encore. Ayant à choisir un purgatif entre les ellébores, il prend, nous l'avons déjà dit, le noir : « Dejectionem autem antiqui variis medica» mentis, crebraque alvi ductione, in omnibus pene morbis » moliebantur, dabantque nigrum veratrum (lib. II, cap. XII)... » In tristitia nigrum veratrum, dejectionis causa; in hilari» tate album, ad vomitum excitandum, dari debet » (lib. III, cap. XVIII).

Mais le comble de la confusion appartiendra plus tard à Mesné : « Elleborus duplex est, albus et niger, hicque salu» brior albo, quin et albus symptomata terribilia minatur, » niger autem corpus incolume et velut juvenile tuetur. » (*De med. viol. purg.*, cap. XXX, trad. Sylvius, p. 81, in-fol., éd. 1623.)

On voit qu'il y a loin de là au résultat de nos expériences.

Les confusions et les erreurs dont nous venons de parler durent porter leur fruit. Malades et médecins tremblaient quelque peu devant l'ellébore. Ctésias nous l'affirme formellement : « Du temps de mon père et de mon grand-père, aucun médecin ne donnait de l'ellébore, car on ne connaissait ni la manière de le mélanger, ni la mesure, ni le poids qu'il fallait en donner, et si quelqu'un donnait de l'ellébore à boire, il recommandait aux malades de faire d'abord leur testament, comme s'ils devaient courir un grand danger : aussi, parmi ceux qui en buvaient, plusieurs étaient suffoqués, et peu restaient en vie. » (*Œuvres d'Oribase*, traduites par les docteurs Russemaker et Daremberg. Imprimerie impériale. Paris, 1854, t. II, p. 182.)

A la même page du même ouvrage, nous trouvons le passage suivant, tiré de Mnésithée : « L'ellébore pris en boisson entraîne de grands dangers... Celui qui désespère d'être guéri par un traitement exempt de péril doit seul se soumettre à de pareilles cures. » (*Loc. cit.*)

Aussi, au sixième siècle, l'ellébore fut-il à peu près abandonné et l'a été de plus en plus jusqu'à nos jours. Alexandre de Trallcs lui préfère le *bolus d'Arménie* : « On peut reconnaître par l'expérience, dit-il, que ce médicament n'est pas seulement efficace, mais aussi sans inconvénient et sans danger, et nous savons que l'ellébore n'a aucun de ces avantages. » Si Rhazès le mentionne quelquefois, Avicenne proclame que ses effets sont très redoutables, et depuis la Renaissance,

(1) Ce coassement est, chez elles, l'indice d'une violente excitation.

quoique plusieurs médecins aient tenté de le faire revivre, la plupart ont été effrayés par ses dangers.

Nous avons déjà fait remarquer que, de nos jours, les hommes les plus autorisés n'ont pu s'affranchir de la confusion si fâcheuse que, nous l'espérons du moins, nos expériences sont venu formellement démentir.

Nous avions commencé nos expériences avec le désir bien naturel d'y trouver quelques données qui pussent être utilisées en thérapeutique. Malheureusement nous sommes obligés d'avouer que notre espoir n'a pas été complètement réalisé.

Commençons par élaguer l'ellébore noir de la matière médicale, pour l'usage interne du moins. Nous avons bien constaté avec lui des effets d'excitation sur la circulation, la respiration et le système nerveux, mais ne sommes-nous pas en possession d'un grand nombre d'excitants moins toxiques et moins dangereux que lui? Au moment de le prescrire à un malade, nous reverrions malgré nous, dans notre pensée, avec un certain effroi, les animaux que nous avons soumis à son influence, et qui, au moment où ils paraissaient à peine impressionnés par lui, tombaient comme foudroyés. L'ellébore noir, c'est le chien de Tissot, qui mord sans aboyer.

Pour ce qui est du vératre blanc, il est vraiment moins toxique, et puis il nous a montré de nombreux effets que la thérapeutique semble pouvoir utiliser. Il est émétique, purgatifs, sialagogue, diurétique, contro-stimulant de la circulation et de la respiration, sédatif de la sensibilité. Mais, comme vomitif, vaut-il l'ipécacuanha ou le tartre stibié? Comme purgatif, n'avons-nous pas des drastiques plus sûrs et moins irritants? Comme sialagogue, est-il à la hauteur du jaborandi? Comme diurétique, ses effets se rapprochent-ils de ceux du nitre ou de la scille? Comme contro-stimulants de la circulation et de la respiration, ne trouve-t-on pas plus avantageusement à employer, suivant les circonstances, l'ipécacuanha, le tartre stibié, la digitale? Et enfin, pour calmer la sensibilité, qui hésiterait entre la morphine et lui? Et toutes ces substances plus utiles que lui sont généralement moins toxiques. Cependant, puisqu'il est certains cas graves où les remèdes classiques échouent, les médications moins usitées s'imposent alors, et parmi elles les vératres trouveraient peut-être de rares mais de réelles indications : *Ad extremos morbos, summæ curationes*, aphorisme auquel il faut pourtant toujours opposer celui-ci : *Saltem non nocere!*

L'une des maladies dans lesquelles nous serions le plus tenté d'essayer l'ellébore blanc serait l'hydropisie rebelle, d'abord parce qu'il y a, en faveur de cette pratique d'importants témoignages cliniques, et puis à cause des effets vraiment évacuants et diurétiques des varaires.

Nous nous garderons bien d'ailleurs d'engager l'avenir, nous espérons même que d'autres seront plus heureux que nous; mais, pour le moment, nous ne voulons pas tomber dans cet optimisme fâcheux qui a fait de tout temps à la thérapeutique plus de promesses qu'il n'en a tenu.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

La nouvelle clinique d'accouchements.

Je pourrais me dispenser de répondre au nouvel article que M. A.-J. Martin a inséré dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* (3 juin 1881) sur la clinique d'accouchements récemment inaugurée. Il devient de plus en plus évident pour moi que son siège était fait d'avance, et je connais assez les hommes pour savoir que rien ne le ramènera à d'autres sentiments. Aussi n'est-ce pas pour lui que je prends la peine de présenter ces quelques observations; mais je ne veux pas que les lecteurs de votre estimable journal restent sous l'impression d'assertions erronées, et c'est pour cela que je vous prie de donner l'hospitalité à cette nouvelle réponse.

J'ai vainement cherché un argument nouveau, et je n'ai trouvé que des phrases embarrassées, dans lesquelles, avec trop d'habileté, il place entre guillemets quelques paroles de moi dont le sens ne saurait être compris, en les séparant, comme il le fait, de ce qui les précède ou de ce qui les accompagne. En voici un exemple. Son premier article débutait de la manière suivante : « A entendre les discours prononcés dans la cérémonie d'inauguration de la nouvelle clinique d'accouchements, dont nous avons rendu compte dans le précédent numéro, on est disposé à croire que cet établissement peut être considéré comme un véritable modèle du genre, et que nulle part à l'étranger, il n'existe d'établissement à lui comparer. » J'avais protesté contre une pareille assertion, qui est inexacte de tous points. Qu'avait à faire mon contradicteur? Reconnaître son erreur ou produire une citation de moi (1). Ne pouvant le faire, il fait intervenir une appréciation du professeur Horwitz (de Saint-Pétersbourg) (2). Il parle de *ses notes* et de *ses souvenirs*, et il pense avoir sérieusement répondu en disant qu'il ne savait pas être si complètement d'accord avec moi. Un homme qui déclare vouloir se placer *uniquement sur le terrain scientifique et des faits* ne procède pas de la sorte. Tout le monde peut se tromper de bonne foi, et je ne pense pas avoir à apprendre à M. A.-J. Martin qu'il est bien de le reconnaître.

Mon *enthousiasme* n'est donc pas *amoindri;* mon opinion n'a jamais varié sur la nouvelle clinique. Je crois savoir ce qu'elle a de bon et ce qu'elle a de défectueux, et je continue à me réjouir de ce que chaque salle est assez vaste pour qu'il revienne à chaque femme environ 70 mètres cubes d'air. Mais je ne me suis pas contenté de cela, j'ai voulu que l'air et la lumière entrassent de tous côtés, et qu'on pût, en combinant l'ouverture des fenêtres et les autres systèmes de ventilation, balayer l'air de toute la salle. La comparaison du vaisseau de Notre-Dame est donc mal choisie; heureusement que cette magnifique cathédrale, qui est sombre et sans grande aération, n'a pas été faite pour recevoir des femmes en couches.

Je ferai remarquer en passant que, pour un homme qui veut rester sur le *terrain des faits..., et qui affirme n'avoir rien écrit qu'il n'ait vu et contrôlé par lui-même,* notre critique doit s'être servi de quelque mètre qui n'a pas été poinçonné par l'administration des poids et mesures : un espace de 2 mètres, en effet, sépare les lits des femmes, et entre deux lits il y a un berceau d'enfant. Or, ces petits lits ont 44 centimètres de large et 90 centimètres de long. En restant sur *le terrain des faits*, je me demande comment en retranchant 44 centimètres de 2 mètres, l'espace qui est entre les deux lits se trouve « réduit à 1m,35 ». Moi qui ne suis pas grand calculateur, je me permets de penser qu'il reste 1m,56. Ce qui fait une différence qu'il est bon de ne pas négliger pour des espaces qu'on trouve si exigus (3). Notons enfin que le berceau, qui n'a que 90 centimètres de longueur, ne correspond qu'à la partie supérieure du grand lit, qui a 2 mètres dans la même direction, d'où il résulte que les 2 mètres existent dans la plus grande partie de l'espace qui se trouve entre les lits des femmes. Ces pauvres berceaux incriminés sont si petits, qu'ils font l'effet d'un point sur un *i*. C'est sans doute pour cela que M. A.-J. Martin ne les a pas bien vus.

Quant à la hauteur de nos plafonds, il aurait accepté qu'elle fût de 5 mètres. Mais 5 mètres et demi constituent pour lui une élévation *inutile*. A cette occasion, il cite M. Le Fort, qu'il dit être de son opinion. J'ai vainement cherché dans l'ouvrage de mon collègue l'expression d'une semblable manière de voir. Il veut bien qu'on donne 5 mètres de hau-

(1) Les citations reproduites sont de M. Depaul lui-même. A.-J. M.

(2) C'est M. Depaul qui a fait intervenir M. Horwitz. A.-J. M.

(3) C'est le chiffre sur plan qu'on calcule d'ordinaire en matière de construction hospitalière. A.-J. M.

teur aux plafonds, mais nulle part, que je sache, il ne dit qu'il trouverait mauvais qu'on ajoutât 50 centimètres de plus. Pour trois lits, il demande des salles de 8 mètres de large sur 7 mètres de long, ce qui donne 73 mètres cubes par malade. Si l'on en mettait quatre, il resterait encore 70 mètres cubes par lit. Voilà donc encore une inexactitude qui s'explique, sans doute, par les besoins de la cause.

Je suis vraiment heureux d'apprendre qu'il n'y a pas de ventilation sans courants. Avec un peu plus de bonne volonté, il aurait été facile de comprendre que je voulais parler de courants *directs* frappant les malades.

Cette épithète, qui était dans ma pensée, ce que tout le monde comprendra d'ailleurs en lisant toute ma phrase, ne s'est pas, sans doute, trouvée dans mon manuscrit, et comme on ne m'a pas fait corriger les épreuves, je n'ai pas pu réparer cette omission insignifiante. Je suis heureux d'avoir fait un peu sourire M. A.-J. Martin. C'est une satisfaction qu'il me procure si souvent quand je lis sa prose, que je lui devais bien cette petite compensation. Il reconnaît d'ailleurs que les questions de ventilation sont difficiles et il demande un sursis pour ne se prononcer que quand l'expérimentation aura duré assez longtemps.

Ce premier succès fourni par une épithète qui manque l'a mis en goût; mais ici, je l'arrête, car il me travestit. Voici la phrase qu'il me prête et qu'il place entre guillemets : « Chaque infirmerie communique du côté opposé aux fenêtres, à volonté, dans presque toute sa hauteur, avec l'avenue de l'Observatoire ». Voici mes paroles : « Chaque infirmerie communique à volonté, dans presque toute sa hauteur, avec l'avenue de l'Observatoire (1). » Cette phrase est correcte, l'autre ne l'est pas, et je la laisse à son auteur, qui profite de l'occasion pour revenir encore à la ventilation après avoir dit qu'il n'en parlerait plus avant d'être mieux renseigné ; comme il n'ajoute rien de nouveau, j'estime qu'il aurait mieux fait d'attendre.

Je maintiens tout ce que j'ai dit à propos de mes trois chambres d'isolement. Je vois avec plaisir, d'ailleurs, que mon contradicteur est forcé d'avouer que, pour des malades il n'y a qu'un isolement relatif, qui varie du plus au moins. Quant à moi, j'ai isolé mes chambres autant que je l'ai pu, et elles m'ont déjà été utiles. J'y ai placé deux éclamptiques: l'une d'elles y est encore, l'autre est guérie ; mais il est absolument faux que j'y ai fait entrer *une fièvre puerpérale*, par la raison bien simple que je n'en ai pas eu un seul cas dans mon service.

Le lecteur remarquera la petite perfidie de cette insinuation, qui me prouverait, si je ne le savais pas, combien on est injuste pour la Clinique ; je commence à croire qu'elle n'est pas aussi mal qu'on le prétend, et pour qu'un petit clan, que je connais, la poursuive ou la fasse poursuivre avec acharnement et sans mesure, il faut qu'elle ait quelques qualités. On ne s'occupe pas autant de ce qui n'a aucune valeur.

Ainsi la nouvelle Clinique est à peine ouverte depuis un mois et on ne serait pas fâché de faire croire qu'elle est déjà envahie par la fièvre puerpérale ! et c'est un jeune homme qui n'est encore qu'étudiant en médecine qui se sert de pareilles armes ! J'aime à croire qu'il n'a été qu'imprudent et il le regrettera, j'espère, quand il aura entendu de ma bouche le récit du cas dont il a parlé. Il comprendra que les agents qui le renseignent (car je ne l'ai pas vu dans mon service) (2) ne sont pas sûrs, et il fera bien d'en changer.

Ce n'est pas que j'espère que je n'aurai jamais de fièvre puerpérale dans le nouvel établissement. Il y en aura, quoi que l'on fasse, là et ailleurs, aussi longtemps que les femmes accoucheront. On peut en diminuer le nombre, on ne la supprimera jamais ; mais il me semble qu'il aurait été équitable d'attendre que ce malheur me fût arrivé pour me le reprocher.

Je demande à rappeler en quelques mots l'observation de la femme à laquelle il a été fait allusion. Une femme de trente-deux ans, primipare, entra dans mon service le 4 mai, très peu de jours après l'ouverture de l'hôpital. Le soir de son arrivée, le travail se déclara et l'accouchement se termina spontanément le lendemain à quatre heures vingt-cinq minutes, après avoir duré dix-neuf heures et demie.

Jusque-là rien d'anormal ne s'était produit ; mais des complications survinrent à l'occasion de la délivrance. Une demi-heure après la sortie de l'enfant, il s'écoula une grande quantité de sang. La femme en fut affaiblie et il fallut procéder à la délivrance. La sage-femme en chef introduisit la main et trouva le placenta adhérant dans une certaine partie de son étendue. L'extraction de la plus grande partie de cet organe fut faite, mais il fut impossible de l'avoir en totalité. Mme De Soyre estima qu'il en était resté à peu près un tiers. Du sang continuant à couler, on fit prendre 2 grammes d'ergot de seigle, en trois doses.

Le 6, l'état général resta satisfaisant. Rien ne s'engageait dans le col, qui était fermé à l'orifice interne. Pouls 72, température 37.

Le 7, la fièvre survient. Pouls 120, température 39°,8.

Le 8, les lochies deviennent fétides. La température et le pouls restent les mêmes. On donne du sulfate de quinine, on multiplie les injections chloralées. Potion au cognac.

Bientôt les injections entraînent des fragments de placenta putréfiés. Le doigt en fait sortir quelques autres ; l'état général reste le même, les frissons se succèdent, et on arrive ainsi jusqu'au 11 du mois de mai, l'état restant grave. Ce jour-là la malade paraît mieux. La fétidité des lochies se diminue.

Le 12, pouls à 104, température 38, mais on constata dans la fosse iliaque gauche un empâtement assez limité, douloureux à la pression.

Le 14, un frisson violent a lieu. Fosse iliaque plus douloureuse. Pouls 116, température 40°,2.

Le 15, un cotylédon putréfié est entraîné avec une portion de membranes. Même état général.

Le 15, le 16 et le 17 nouveaux frissons. Le phlegmon de la fosse iliaque s'accentue.

Les jours suivants il survient du ballonnement du ventre, les frissons se reproduisent, le visage s'altère et la mort survient le 22 mai à neuf heures et demie du soir, par conséquent dix-sept jours après l'accouchement.

Autopsie le 24 mai au matin : Un peu de liquide citrin dans le péritoine, des fausses membranes sur l'intestin grêle. L'iléum, l'utérus et ses annexes, le rectum forment une masse compacte qu'il est presque impossible de séparer. Cette masse est en suppuration ; il en est de même du psoas gauche.

L'utérus, encore gros comme une tête fœtale à terme, faisait partie du phlegmon ; son tissu est mou, mais ne contient pas de pus. Les autres organes sont examinés, à l'exception des poumons et du cœur, et on n'y trouve rien d'anormal.

Je n'entre pas dans de plus longs détails, il me suffit d'avoir établi que cette femme a été atteinte d'*infection putride*, et qu'elle y a succombé. Son histoire clinique, les résultats de l'autopsie, éloignent absolument l'idée d'une *fièvre puerpérale*. Je suis honteux d'avoir à donner de pareilles explications, et je laisse à chacun le soin d'apprécier à leur juste valeur de semblables procédés (1).

Voici encore une autre invention de M. A.-J. Martin contre laquelle je proteste encore ; elle est relative à la salle des morts et à la salle d'autopsie. « Nous nous souvenions, dit-il, que M. Depaul n'avait fait nulle difficulté, dans les débuts de

(1) Le côté opposé aux fenêtres donne sur le couloir longeant l'avenue de l'Observatoire; nous n'avons pas dit autre chose. A.-J. M.

(2) Nous sommes allé quatre fois à la Clinique d'accouchements ; la première fois nous avons accompagné M. Depaul pendant plus d'une heure, et il nous a même fait l'honneur de nous adresser la parole à plusieurs reprises. A.-J. M.

(1) Le lecteur fera de lui-même les réflexions que suggère cette observation au point de vue de l'hygiène hospitalière ; nous nous garderons bien d'insister. A.-J. M.

la construction, de placer cette salle d'autopsie assez près d'un calorifère poussant l'air chaud avec force dans les diverses parties de l'édifice et pas très loin d'un monte-charges. Ces dispositions ayant été abandonnées à la suite de vives protestations, M. Depaul doit conserver le mérite de cet abandon, qui ne paraît pas lui avoir été trop pénible. » Il n'y a rien de vrai dans les paroles que je viens de citer; je n'ai jamais connu que le projet qui a été réalisé par M. Ginain. C'est celui auquel j'ai donné mon assentiment et qui fut présenté à la Faculté réunie qui l'adopta à l'unanimité ainsi que toutes les autres parties du plan. Comment faut-il qualifier de pareilles assertions? Je veux rester calme et je laisse encore au public médical le soin de le faire (1)

Il y a dans tout ce qu'a écrit M. A.-J. Martin quelque chose qui me choque et que je prends la liberté de lui signaler. A l'entendre, rien n'est comparable à ce qui se fait à l'étranger; c'est une manière qui a eu longtemps grand succès chez nous, mais je la croyais jugée. Il est vrai qu'il se contente de phrases vagues; il ne précise rien. Il eût été bien plus démonstratif de prendre un type étranger, puisqu'il les aime tant! Je le convie à le faire et à nous démontrer sa supériorité(2). Jusqu'à ce qu'il adopte ce parti je reste dans la croyance que nous avons fait au moins aussi bien qu'eux. Il voulait pour la salle d'autopsie une couronne de tuyaux amenant l'eau au-dessus de la table. Je lui ai répondu que nous avions un tube métallique avec un ajustage en caoutchouc qui nous permettait de laver toutes les parties du cadavre; s'il n'est pas satisfait, c'est qu'il est bien difficile. J'ai même ajouté que nous possédions une cuve métallique dans laquelle un corps tout entier peut être immergé. Cela existe-t-il en Allemagne? M. A.-J. Martin pourra sans doute me renseigner (3).

Parmi les nombreuses erreurs qu'il a commises, il en était une tellement grossière, qu'après l'avoir maintenue cependant, dans une première réponse (*Gazette hebdomadaire*, 20 mai), il est enfin forcé de venir faire amende honorable et de reconnaître qu'il s'est trompé. S'il y avait eu moyen d'échapper à cette douloureuse nécessité, il n'y aurait pas manqué, sans doute.

Placer un musée à côté de la salle d'accouchements, cela faisait bien dans le récit; être obligé de l'enlever, cela gâte un peu le tableau qu'on avait voulu peindre avec des couleurs sombres.

Que veut-il qu'on pense de ces grandes phrases qu'il se plaît à répéter : Qu'il s'agit d'une question d'ordre exclusivement scientifique, qu'il n'a rien écrit sans l'avoir vu et contrôlé par lui-même; qu'*il s'est renseigné aux bonnes sources*, etc. Je me méfie de ces bruyantes protestations qui sont à la portée de tout le monde, et qu'on reproduit avec d'autant plus de complaisance, qu'on est, par avance, bien décidé à passer outre. Le lecteur en tirera cette conclusion qu'il ne faut pas accepter les assertions de notre critique sans examen *sérieux*.

Après avoir fait son *mea culpa*, il continue son petit système qui consiste à se répéter sans rien ajouter à ce qu'il avait déjà dit, et c'est ce qu'il fait à propos de l'amphithéâtre des cours et du laboratoire. J'ai déjà fait observer que six portes séparaient celui-ci de la salle d'accouchements; outre les six portes, il y a 26 à 27 mètres depuis la salle d'accouchements jusqu'au laboratoire qui ouvre par de larges fenêtres sur l'avenue de l'Observatoire et sur la rue des Chartreux. Il y a 9 mètres environ entre ce même laboratoire et la galerie qu'il faut traverser avant d'arriver au service des femmes accouchées, et trois portes l'en séparent (4).

(1) Voir à ce sujet les procès-verbaux officiels du Conseil municipal, entre autres celui de la séance du 24 juin 1876. A.-J. M.

(2) Nous avons indiqué les types étrangers que nous avions visités; mais pour éviter à M. Depaul toute lointaine comparaison, nous lui avons signalé, près de lui, les Maternités de Cochin et de Tenon, et tout particulièrement le *Pavillon Tarnier*. A.-J. M.

(3) Cela existe même en France. A.-J. M.

(4) Si M. Depaul juge cet éloignement suffisant, nous n'avons plus rien à dire. A.-J. M.

Nous ne pourrons pas nous entendre davantage en ce qui concerne le prix de revient de chaque lit; j'ai montré qu'il n'était que d'environ 12 000 francs, on maintient qu'il est de 25 000 francs. A quoi tient cette énorme différence? A ce fait bien simple, c'est qu'on persiste à confondre une Maternité avec une Clinique d'accouchements qui a des exigences toutes spéciales, ainsi que je me suis efforcé de l'établir depuis l'origine. Sur quel chapitre voulez-vous donc porter les lits des nourrices, de la salle du toucher, de la salle d'accouchements?

En ce qui concerne les nourrices, quelle est donc leur destination? Elles complètent l'allaitement pour un certain nombre d'enfants appartenant à des mères malades ou n'ayant pas de lait; mais en outre, elles me servent à étendre l'instruction des élèves en me permettant de comparer l'allaitement des premiers jours avec celui des mois suivants. Il me paraît superflu d'insister sur ce point, et il ne faudrait avoir aucune notion de l'enseignement spécial qui m'est confié pour le méconnaître. Elles sont d'ailleurs sujettes à des maladies que j'ai parfois intérêt à faire connaître à mes auditeurs. Mais d'ailleurs, est-ce que dans nos familles nous avons l'habitude de traiter les nourrices comme des serviteurs ordinaires? Avouez-le, vous vous êtes trompé dès l'origine dans le compte que vous avez fait des lits, et vous ne voulez pas le reconnaître.

Quant aux lits de la salle des accouchements, il est impossible de les séparer de ceux de nos infirmeries. C'est la première étape par laquelle doit passer toute femme qui vient accoucher, et vous ne voudriez pas en tenir compte! Vous n'êtes ni juste ni raisonnable.

Si, au lieu d'une clinique destinée à former des praticiens, nous avions eu à construire une simple maternité, nous aurait-il fallu une salle du toucher? Si je m'adressais à un homme moins engagé, je n'aurais besoin que d'énoncer le fait pour qu'il fût de mon avis. C'est d'ailleurs ce qui m'est répété de tous les côtés. Qu'importe l'opinion du Conseil municipal à cet égard, et la teneur du budget de l'assistance publique! Ne dites-vous pas vous même que celle-ci compte non-seulement 74 grands lits, mais encore 54 berceaux. Ces deux chiffres réunis forment un total de 128. Nous sommes déjà bien loin des 74 lits dont vous parliez *seulement*, et si vous faites encore un petit effort, nous ne tarderons pas à nous entendre sur ce point. Je suis pour l'économie dans les constructions hospitalières, mais comme elles ont des exigences plus ou moins grandes selon leur destination, ce n'est pas par le prix de revient des lits affectés aux malades qu'on peut juger si on a dépensé trop d'argent. Il est un autre *criterium* plus sûr que j'ai déjà indiqué. En admettant qu'on n'ait construit que ce qui est absolument nécessaire (et vous n'avez rien signalé de ce côté), à combien revient le mètre superficiel du terrain bâti et couvert? Je vous l'ai déjà dit, à 600 francs. Qu'avez-vous à opposer à ce chiffre (1)?

Je m'arrête avec la ferme résolution de ne plus continuer un débat qui me paraît épuisé. Je comprends et je respecte le contrôle vraiment scientifique, mais il ne me conviendrait pas de donner plus longtemps la réplique à un adversaire qui, dès le début, s'est engagé dans la discussion avec le parti bien arrêté de tout critiquer.

DEPAUL.

Nous pensons, comme le dit M. Depaul en terminant, que la discussion est épuisée. Aussi bien, elle nous paraît entrée dans une phase aiguë où nous n'aimerions pas à la poursuivre. Quelques mots de notre éminent confrère et ami nous obligent seulement à le prier de vouloir bien croire que nous

(1) Il s'agit de comparaison, au point de vue budgétaire, avec les autres établissements hospitaliers; cette comparaison maintient le prix de revient du lit de la Clinique d'accouchements à 25 000 francs. Libre à M. Depaul de proposer une autre base budgétaire non admise et qui ne lui permet d'ailleurs aucune comparaison avec ce qui existe. A.-J. M.

ne confions pas l'examen de questions importantes à des écrivains novices. Par ses travaux spéciaux, par la position qu'il s'est faite dans les Congrès et les Sociétés d'hygiène, notre collaborateur, que sans doute M. Depaul n'a pas eu occasion de connaître, a tout particulièrement sur les questions d'hygiène hospitalière une compétence reconnue. Quant à l'insinuation que nous serions l'organe d'un «clan» quelconque, nous ne regardons pas comme utile de nous y arrêter.

Nous devions ces remarques à la considération de la *Gazette hebdomadaire*. A. D.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Sur la rage. Note de M. *L. Pasteur*, avec la collaboration de MM. *Chamberland*, *Roux* et *Thuillier*. (Voy. *Gaz. hebd.*, p. 353.)

Sur les actions vaso-motrices symétriques. Note de MM. *J. Teissier* et *Kaufmann*. — Depuis les recherches de MM. Brown-Séquard et Tholozan, la plupart des physiologistes ont admis en effet que, en déterminant un resserrement capillaire d'un côté du corps, on provoquait une constriction analogue du côté opposé; et qu'au contraire une dilatation vasculaire entraînait une dilatation symétrique. Tout en confirmant l'exactitude de ces données, dans la grande majorité des cas, les expériences suivantes semblent prouver qu'il existe certaines conditions physiologiques dans lesquelles *les phénomènes se passent en sens inverse*, à savoir : une dilatation capillaire produite sur le côté gauche, par exemple, entraînera une constriction vasculaire dans le côté droit, ou réciproquement, une constriction capillaire pourra s'accompagner, dans le point exactement symétrique du côté opposé, d'une dilatation des vaisseaux.

On a opéré (laboratoire de M. Chauveau) sur des chiens de forte taille, de façon à saisir les deux fémorales aussi bas que possible, c'est-à-dire loin de la bifurcation, et éviter ainsi les modifications circulatoires de propagation. Les artères étant liées à leur bout inférieur, on introduisait dans chaque fémorale l'extrémité d'une canule correspondant à l'une des branches supérieures d'un tube en Y, dont la troisième branche communiquait avec un seul sphygmoscope. Grâce à ce dispositif, et en mettant alternativement, à l'aide d'un système de pinces, chacune des deux fémorales en communication avec un même appareil, on pouvait obtenir des tracés parfaitement comparables, et mieux apprécier, en conséquence, les modifications survenues dans la pression et la forme du pouls de chaque artère. Toutefois, dans un certain nombre d'expériences, on s'est servi de deux sphygmoscopes pour enregistrer en même temps les deux pressions fémorales et mieux constater les effets simultanés.

Les mouvements respiratoires et les secondes étaient aussi enregistrés suivant les procédés ordinaires, et les graphiques obtenus à l'aide du grand appareil enregistreur de M. Chauveau. De la sorte, plus de 40 mètres de tracés ont pu être recueillis, et les phénomènes observés suffisamment longtemps pour éviter toute erreur d'interprétation.

Les choses étant ainsi disposées, on appliquait alternativement sur une des pattes de l'animal une vessie remplie d'eau froide, puis une seconde vessie remplie d'eau chaude; on notait exactement sur le tracé le point de l'application, et l'on constatait les modifications circulatoires produites sous cette influence, soit dans le membre siège de l'application, soit dans le membre opposé. Toujours, au début de l'expérience et sur un animal non épuisé, les phénomènes se sont passés comme dans les faits de MM. Brown-Séquard et Tholozan. L'application froide a déterminé dans la fémorale gauche (côté choisi pour les applications) une augmentation notable de pression (resserrement vasculaire) qui s'est accusée très nettement aussi dans la fémorale droite. Au contraire, l'application d'une vessie d'eau chaude entraînait *des deux côtés* un abaissement de pression simultané. Mais, au bout d'un certain temps, temps d'autant plus court que l'animal avait plus souffert ou s'était plus énergiquement débattu, on pouvait noter très manifestement des effets d'un ordre diamétralement opposé. Ainsi, l'application de l'eau froide déterminait bien toujours une augmentation de pression au niveau du membre sur lequel était faite l'application, mais cet effet *n'était plus symétrique;* de l'autre côté, on pouvait voir une diminution très apparente de la pression, ou autrement une augmentation par resserrement capillaire, si c'était de l'eau chaude qu'on avait mise en contact avec la patte explorée.

Dans une seconde série d'expériences, on a pu s'assurer qu'après anesthésie de l'animal par le chloral, le sens des phénomènes rapportés plus haut n'était pas modifié.

Enfin, dans une troisième série de recherches, en joignant aux indications fournies par nos premiers tracés l'enregistrement de la pression carotidienne, nous avons pu nous convaincre que les phénomènes vasculaires notés dans nos expériences *étaient bien des effets locaux*, indépendants des modifications apportées par l'excitant dans la circulation générale.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie, conformément à sa demande, des échantillons avec pièces à l'appui de l'eau minérale de Baracci (Corse). (*Commission des eaux minérales.*)

M. le préfet de police adresse un Rapport du Conseil d'hygiène de la Seine sur *l'usage de l'huile de foie de morue pour les enfants en bas âge.* (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. le docteur *Cosmonei* demande l'acceptation d'un pli cacheté ayant rapport au *Traitement de l'angine diphthérique.* (*Accepté.*) — M. *Bonnewyn*, pharmacien à Bruxelles, se porte candidat dans la section des membres correspondants étrangers. M. *Duval*, pharmacien à Saint-Julien (Haute-Savoie), fait don d'un *Cahier des Leçons de thérapeutique faites par M. Hévin, chirurgien de Madame, en 1778.* — M. *Pascal Duprat*, président de la Commission exécutive du monument Lakanal, envoie une liste de souscription.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° le *Compte rendu de la session de 1881 de la Commission supérieure du phylloxera;* 2° au nom de M. le docteur *Deutsch*, un *Mémoire sur la vaccination obligatoire*; 3° de la part de M. le docteur *J. Laure* (d'Allevard), une brochure intitulée : *Erreurs, omissions, illusions dans le traitement de la phthisie pulmonaire*; 4° au nom de M. le docteur *Janicot* (de Pougues) le 3e fascicule de son *Traité des eaux de Pougues*; 5° de la part de M. le docteur *Brochard* un *Guide des enfants aux bains de mer*; 6° au nom de M. le docteur *Jablonski* (de Poitiers), des *Extraits du registre des délibérations du Conseil d'hygiène de Poitiers depuis 1873 jusqu'en 1881*; 7° de la part de M. le docteur *Lotz* (de Bâle), son *Rapport sur la question de vaccination*, traduit par M. le docteur L. Secrétan (de Lausanne); 8° au nom de M. le docteur Stefano Rossini (de Pise), un livre intitulé : *Della tenia nel corpo umano*; 9° les *Statuts et règlements de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

M. *Jules Guérin* présente, au nom de M. le docteur *Heinrich Rohlfs* (de Leipzig) un ouvrage intitulé : *Ueber den Geist der hippokratischen Medicin.*

M. *Constantin Paul* fait hommage, de la part de M. le docteur *Caulet* (de Saint-Sauveur), d'une brochure sur le *Traitement thermal sulfuré des phlegmasies péri-utérines.*

La séance de l'Académie a été levée en signe de deuil, par suite du décès de Littré, membre associé libre depuis 1858, après l'élection dont nous rendons compte ci-après et un comité secret. En annonçant à ses collègues l'immense perte que la compagnie vient de faire, M. le Président rend hommage « au traducteur, au commentateur qui a fait pour nous des œuvres d'Hippocrate comme un livre contemporain, au savoir universel de ce médecin sans diplôme, à son puissant esprit, à l'honnêteté, à la simplicité et à la mansuétude de son caractère. » Ces paroles sont vivement applaudies.

Élection. — L'Académie procède, suivant les règles accoutumées, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie, d'après la liste suivante de présentation : en première ligne, M. Baudrimont; en deuxième ligne, M. Prunier; en troisième ligne (*ex æquo*), MM. Marty et Petit; en quatrième ligne, M. Vigier. — Votants : 63, majorité : 32. Ont

obtenu : M. Baudrimont, 61 voix; M. Prunier, 1, et 1 bulletin blanc. — En conséquence, M. Baudrimont est élu.

L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Blanche sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres. Les candidats sont : MM. Decaisne, de Ranse, Foville, Krishaber, Legrand (Maximin), Magitot, Marjolin, Mesnet et Worms. Conformément aux propositions de la commission, la liste de présentation est ainsi établie : en première ligne, M. Marjolin; en seconde ligne (*ex æquo*), MM. Foville, Krishaber, Magitot, Mesnet et Worms. Sur la demande de M. Lagneau, appuyée par dix membres, suivant le texte du règlement, M. de Ranse est adjoint à cette liste.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 MAI 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Érysipèle dans la convalescence d'une diphthérie; injection de pilocarpine : M. Lereboullet. — Épanchements chyliformes des séreuses : M. Debove. — Action antipyrétique du salicylate de soude et du sulfate de quinine dans la dothiénentérie : M. Hallopeau.

M. *Lereboullet*, à l'occasion du procès-verbal, donne des renseignements complémentaires sur l'observation de diphthérie, guérie par les injections de pilocarpine, qu'il a communiquée dans la dernière séance. La petite malade, ainsi qu'il l'a rapporté, avait recouvré un état de santé relativement satisfaisant, elle pouvait se lever et s'alimentait assez bien, malgré la paralysie du pharynx et du voile du palais, lorsque le 14 mai la déglutition se montra plus difficile et douloureuse : on constatait une rougeur vive de la gorge avec gonflement des amygdales et engorgement des ganglions du cou, mais on ne voyait en aucun point de plaque diphthéritique nouvelle. En même temps l'albuminurie avait apparu de nouveau. Le lendemain, 15 mai, la face était envahie par une rougeur érysipélateuse indiquant manifestement l'extension d'un érysipèle guttural; les symptômes généraux étaient à ce moment assez sérieux : abattement, pouls fréquent, température élevée, peau sèche, anorexie totale. L'urine, fortement albumineuse, se coagulait presque en masse sous l'influence de l'acide ou de la chaleur; l'analyse qui en a été pratiquée a montré qu'elle renfermait 14 grammes d'albumine et 34gr,50 d'urée par litre, soit 18 grammes d'albumine et 40 grammes d'urée par vingt-quatre heures, la quantité d'urine s'élevant à 1 litre et quart. Elle renfermait en outre 3 grammes d'acide phosphorique et quelques corpuscules de ferment; sa densité était de 1032.

L'érysipèle suivit une marche normale, mais on aurait pu se demander si l'on n'avait pas affaire à une affection rénale aiguë ou à une scarlatine fruste. Pour activer les fonctions cutanées et déterminer une sudation favorable, M. le docteur Lereboullet eut de nouveau recours à l'action de la pilocarpine et pratiqua une injection hypodermique de 5 milligrammes. Une sueur abondante se montra rapidement et devint bientôt excessive, puis la malade fut prise de malaise, de nausées et tomba dans l'abattement. On abandonna alors la pilocarpine pour recourir au sulfate de quinine. Au bout de quelques jours l'érysipèle céda, la desquamation se fit normalement, les fonctions de la peau se rétablirent et la guérison se confirma de nouveau. Aujourd'hui les urines ne renferment plus que 12 grammes d'urée par litre; elle ne sont plus albumineuses. Il faut néanmoins faire certaines réserves au pronostic, car on constate un souffle anémique intense et une arhythmie cardiaque très marquée; enfin la paralysie du pharynx est complète, et des phénomènes de même ordre commencent à se montrer du côté des membres inférieurs. Sans parler de l'intérêt qui s'attache à l'apparition rapide d'un érysipèle secondaire, avec albuminurie et azoturie considérables et à la disparition brusque des accidents, il est curieux de constater la différence presque absolue d'action des injections de pilocarpine au cours de la diphthérie et pendant la convalescence : la sudation, qui n'avait pas été obtenue avec 15 milligrammes, s'est montrée profuse après une seule injection de 5 milligrammes.

— M. *Martineau* offre à la Société ses leçons sur *la sodomie* professées à l'hôpital de Lourcine.

— M. *Debove* lit un mémoire sur *les épanchements chyliformes des séreuses*. Cette variété d'épanchement est caractérisée par la présence d'une grande quantité de graisse en émulsion fine qui lui communique un aspect analogue à celui du chyle. M. Debove a puisé l'idée première de ce travail dans l'observation de pleurésie graisseuse ou pseudo-purulente qu'il a communiquée dans une des dernières séances. (Voy. le numéro du 6 mai). Depuis ce moment il a fait des recherches dans les différents auteurs et est parvenu à réunir un assez grand nombre d'observations analogues d'épanchements chyliformes des diverses séreuses; l'interprétation pathogénique varie suivant les auteurs. Un certain nombre de faits ont trait à des épanchements pleuraux : Quincke a observé un homme de cinquante ans qui, renversé par une voiture, entra huit jours après à l'hôpital avec tous les signes d'un épanchement pleural droit. 1800 centimètres cubes de liquide blanchâtre, lactescent, dans lequel le microscope révélait de la graisse en émulsion, furent extraits par une première ponction. Un œdème rapide, parti du pourtour de la plaie de thoracentèse, envahit les jours suivants la moitié droite du tronc et la partie supérieure de la cuisse du même côté : une canule enfoncée dans le tissu cellulaire laissa écouler en une heure 100 centimètres cubes d'un liquide très analogue à celui de la ponction. L'épanchement se reproduisant, une deuxième puis une troisième ponction furent pratiquées le dix-neuvième et le vingt et unième jour, donnant issue l'une à 200 centimètres cubes, l'autre à un litre d'un liquide tout semblable au premier. Le malade mourut peu après dans le collapsus. Quincke avait diagnostiqué pendant la vie une ouverture du canal thoracique dans la plèvre, mais l'autopsie ne permit pas de la constater : il n'en maintint pas moins son hypothèse. On trouva encore 7 litres de liquide laiteux dans la plèvre droite qui n'était ni épaissie ni recouverte de fausses membranes et 100 centimètres cubes dans le péritoine. M. N. Guéneau de Mussy a publié deux observations du même genre : la première est celle d'un général russe, âgé de cinquante ans, et qui vint le consulter pour une pleurésie gauche datant de quinze ans. Epanchement énorme. Première thoracentèse donnant issue à 1900 grammes de liquide d'aspect puriforme, jaunâtre, sans odeur, contenant de la matière grasse émulsionnée, et pas un seul leucocyte. Deuxième ponction quinze jours après, puis troisième ponction trois semaines plus tard, chacune de 1700 grammes; le liquide offrait le même aspect. Le malade très soulagé retourna en Russie où il mourut d'affection aiguë à quelques années de là. Le second cas est celui d'un homme de vingt-trois ans, qui, entré à l'Hôtel-Dieu en 1869 avec un épanchement pleural gauche énorme, fut ponctionné trois fois en vingt jours : on retira 2 litres 1/2 la première fois, 1600 grammes la seconde et 1500 la troisième. Le liquide jaune, verdâtre, opaque, sans odeur offrait les mêmes caractères que dans le cas précédent et renfermait en outre de la cholestérine. L'épanchement se reproduisit et le malade quitta l'hôpital. M. Debove cite encore une observation analogue de Rokitansky ayant trait à une femme de soixante-deux ans et dont la plèvre et le péritoine renfermaient un épanchement chyliforme; puis le cas rappelé par M. Zuber dans la séance du 22 avril dernier. Trois opinions principales peuvent être produites sur l'origine de ce liquide : Quincke admet avec quelques auteurs la rupture d'un chylifère ou du canal thoracique dans la plèvre; M. N. Gueneau de Mussy pense qu'il

s'agit d'une transformation graisseuse d'un épanchement purulent ancien; enfin M. Debove croit qu'il ne faut voir là qu'une variété spéciale d'épanchement, distincte des épanchements séreux, séro-fibrineux ou purulents, et pouvant se produire dans d'autres séreuses que la plèvre. Il résume en effet des observations nombreuses d'ascite chyliforme : Morton cite un enfant de deux ans de l'abdomen duquel on retira plusieurs litres de liquide laiteux. A l'autopsie on trouva des ganglions comprimant le canal thoracique. Saviard parle d'un épanchement péritonéal analogue qui fournit, en plusieurs ponctions, 294 litres de liquide graisseux. Littre, Marshall Hughes ont observé chacun un cas semblable, et dans lequel des ganglions mésentériques volumineux et crayeux semblaient être la cause de l'affection. D'autres faits identiques sont relatés par Oppolzer, Friedreich, Schmidt, Bergeret, Hoppe-Seiler, Wilhelm et Winckel, mais si l'on a constaté à l'autopsie les lésions les plus diverses, aucun de ces auteurs ne signale la rupture dans le péritoine du canal thoracique ou d'un tronc chylifère. Un seul cas de rupture du canal thoracique dans le péritoine, au niveau du pancréas, avec épanchement de plusieurs onces de liquide lactescent, est dû à Munson. Les compressions du canal thoracique paraissent avoir peu d'influence sur la production de l'ascite chyliforme, puisqu'elle n'est pas signalée dans les observations de Valsalva, de Santorini et de Laënnec dans lesquelles la compression par la dilatation aortique est nettement mentionnée. Des épanchements de même aspect et de même nature dans la séreuse vaginale ont été observés par Vidal de Cassis, Demarquay et Velpeau cité par Després dans sa thèse inaugurale. De même Schönlein, Buchanan, Hilton et Heusen ont fait connaître des écoulements de liquide chyliforme par des plaies des membres ou du tronc sans qu'on puisse admettre un reflux du contenu des chylifères.

En résumé, les caractères du liquide chyliforme sont les mêmes dans tous les cas : il est jaunâtre, lactescent, insipide, se recouvre par le repos d'une couche crémeuse et renferme une fine émulsion de graisse et parfois de la cholestérine; de plus il se conserve longtemps sans altération. La séreuse où il se trouve n'offre pas de néo-membranes, l'épanchement ne renferme pas de flocons fibrineux. Les causes de cette affection paraissent être le froid (Debove), le traumatisme (Quincke), la tuberculose (N. Gueneau de Mussy, Zuber, Friedreich) ou les maladies du cœur (Rokitansky, Oppolzer); elle s'est montrée plus souvent chez l'adulte, cependant on l'a observée à deux ans (Morton) et à six mois (Wilhelm). Le liquide se reforme en général rapidement et oblige à des ponctions répétées par suite de son abondance souvent considérable; enfin presque tous les cas se sont terminés par la mort, soit à bref délai, soit après des guérisons temporaires. M. Debove pense que les observations d'épanchements chyliformes des séreuses se multiplieront aujourd'hui que l'attention est portée sur ce fait curieux.

M. *Hérard* a observé un cas analogue chez un homme de quarante-trois ans, ordinairement bien portant, qui fut atteint, en 1874, d'une bronchite et d'un épanchement pleural droit traité d'abord par les vésicatoires, puis ponctionné à l'Hôtel-Dieu : le liquide avait un aspect purulent, mais ne fut pas examiné au microscope. Une nouvelle ponction fut pratiquée quelques mois après, puis une troisième en décembre 1875 : la santé générale restait bonne, et après chaque thoracentèse le malade soulagé quittait l'hôpital. En 1880 il fut soigné dans le service de M. Moutard-Martin, qui pratiqua également une ponction de l'épanchement pleural : le liquide eut quelque peine à sortir par l'aiguille de l'aspirateur, il était épais et crémeux, l'examen microscopique pratiqué par M. Talamon montra qu'il ne renfermait qu'une grande quantité de graisse émulsionnée. Le malade sortit de nouveau de l'Hôtel-Dieu pour y rentrer le 4 mai dernier; M. Hérard qui le reçut dans son service constata que la santé générale était restée très bonne, mais qu'un énorme épanchement s'était reformé. La thoracentèse évacua 2900 grammes de liquide d'aspect purulent et qui renfermait, ainsi que l'a démontré l'examen histologique, une grande quantité de graisse, mais aussi de nombreux leucocytes plus ou moins altérés. La maladie a été presque tout le temps apyrétique, et ce n'est certes pas là la marche d'une pleurésie purulente qui se serait transformée en pleurésie graisseuse.

M. *Debove* pense qu'on pourrait peut-être admettre, au contraire, qu'il s'agit d'une pleurésie chyliforme qui, à la longue et sous l'influence de ponctions répétées, évolue vers la purulente.

M. *R. Moutard-Martin* signale une observation d'ascite de même nature observée dans le service de M. Bucquoy, et communiquée par M. E. Gaucher à la Société clinique.

— M. *Hallopeau* a, depuis sa dernière communication, réuni quarante-quatre nouvelles observations de l'action antipyrétique du salicylate de soude et du sulfate de quinine dans la dothiénentérie. Le sulfate de quinine à la dose de 1gr,50 à 2 grammes, est en général bien supporté et amène chez les typhiques une chute de la température qui peut atteindre deux degrés et plus; il a paru plusieurs fois avoir empêché des ascensions secondaires de la courbe thermique. S'il détermine des vomissements on l'administre en lavement avec adjonction de laudanum. Le salicylate de soude, à la dose de 3 grammes le premier jour, est continué à cette dose si aucun effet antithermique ne se produit; si l'ascension vespérale est supprimée ou si l'on obtient un abaissement du chiffre thermométrique, on prescrit 2 grammes seulement, pour revenir au sulfate de quinine lorsque la température approche de la normale. Il a l'inconvénient d'occasionner de la dyspnée et de prédisposer aux hémorrhagies lorsqu'on l'emploie à trop forte dose. Dans un certain nombre de cas son action n'a pas été manifeste. Les lavements d'acide phénique sont aussi un puissant moyen antipyrétique, mais ils offrent les mêmes inconvénients que le salicylate de soude. En outre, M. Hallopeau fait prendre à ses typhiques du lait et du bouillon d'une façon soutenue; grâce à cette médication il n'a enregistré que cinq décès sur quarante-quatre malades.

A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Kyste formé aux dépens d'une racine dentaire. — Traitement de la chute de l'utérus. — Hystérectomie par la méthode sus-pubienne; guérison. — Présentation d'un malade.

M. *Berger* présente un kyste formé aux dépens de la racine altérée de la deuxième molaire et ayant rempli le sinus maxillaire. Le malade, pensionnaire à Ivry, était âgé de soixante-dix ans. La tumeur avait le volume d'une grosse noisette : elle était indolente et fluctuante. Aucune déformation des cavités du voisinage. Au niveau du kyste, il restait deux racines qui avaient pu être la cause du développement de la poche. Une ponction avec le bistouri fit sortir un liquide muco-séreux. Le liquide se reproduisit rapidement; écoulement purulent par l'orifice de la ponction; tube à drainage et ablation de la racine malade. Le malade meurt d'hémorrhagie cérébrale.

Le maxillaire est fendu d'avant en arrière en passant par l'alvéole malade; on trouve une cavité occupant toute l'étendue de l'os, à parois osseuses épaisses, tapissées par une membrane tomenteuse rougeâtre, et communiquant librement avec l'alvéole dépouillée de la racine dentaire.

M. Magitot ne crut pas à un kyste du sinus maxillaire et

chercha une autre explication. En effet, on ne trouvait pas un orifice faisant communiquer la cavité avec le méat moyen et les fosses nasales. De plus, on voyait que vers la paroi supérieure la cavité osseuse ne touchait pas le plancher de l'orbite; il y avait donc deux parois osseuses en ce point. Enfin, la paroi était ostéo-fibreuse, de consistance irrégulière, sans analogie avec celle du tissu osseux normal : c'était une paroi de nouvelle formation. La pièce peut être ainsi interprétée : un véritable kyste s'est formé aux dépens de la racine de la deuxième molaire; ce kyste a usé et refoulé le plancher du sinus, et, se développant constamment, a résorbé la paroi antérieure du sinus, d'où la fluctuation perceptible en ce point. Cette pièce vient à l'appui de la théorie des kystes dentaires défendue par M. Magitot.

M. *Magitot* dit que c'est un kyste périostique dentaire, développé aux dépens du périoste d'une racine, et ayant pénétré dans le sinus pour en prendre la forme.

M. *Monod* a pu soutenir, d'après les faits publiés, que l'hydropisie du sinus maxillaire n'existait pas. (*Dictionnaire des sciences médicales*, article Maxillaire.)

M. *Desprès* partage depuis longtemps l'opinion de M. Magitot. Il n'a vu qu'un seul exemple d'abcès du sinus maxillaire à la suite de l'avulsion d'une dent.

M. *Théophile Anger* a opéré une tumeur qui se rattache aux affections du système dentaire. Homme de trente ans; au niveau du sinus maxillaire droit, tumeur molle et fluctuante; ponction; il s'écoule un liquide blanc et filant; mais il reste une tumeur blanche, dure, éburnée. Il ne manquait aucune dent. Opération. On trouve que la tumeur est formée par la couronne d'une petite molaire, couronne qui se dirigeait en haut et en arrière; le kyste entourait la couronne de cette dent. Cette dent supplémentaire fut arrachée.

— M. *Le Dentu* dépose sur le bureau de la Société la deuxième partie du *Traité des maladies des voies urinaires* de Voillemier : maladies de la prostate et de la vessie.

— M. *Eustache* (de Lille) lit un travail sur le traitement de la chute de l'utérus par le cloisonnement du vagin; modification au procédé de M. Lefort (commission composée de MM. Tillaux, Guéniot et Lannelongue).

— M. *Bauregard* (du Havre) lit une observation d'hystérectomie par la méthode sus-pubienne; guérison (MM. Terrier, Périer et Lucas-Championnière).

— M. *Bousquet* présente un malade ayant une rupture musculaire à la partie supérieure et interne de la cuisse.

Société de biologie.

SÉANCE DU 4 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Parasites du sang dans l'impaludisme : M. Laveran. — Persistance des impressions colorées sur la rétine : M. Gillet de Grandmont. — Signification des organes génitaux externes d'un hermaphrodite : M. Mathias Duval. — Culture artificielle des microbes des oreillons : MM. Capitan et Charrin.

M. *Landouzy* communique un travail de M. *Laveran* sur l'évolution d'éléments parasitaires dans le sang des sujets atteints de fièvre palustre, et montre des préparations de ces éléments.

Voici les principales conclusions des recherches de M. Laveran :

Dans le sang des malades atteints de fièvre palustre, on trouve des éléments parasitaires pigmentaires qui se présentent sous trois aspects principaux correspondant probablement à trois phases du développement d'un seul et même parasite. Celui-ci est comparable aux *oscillariées*, qui vivent à l'état d'agglomération ou d'enkystement pendant une partie de leur existence.

Ces éléments n'existent que chez les malades atteints de fièvre palustre; ils disparaissent sous l'influence du sulfate de quinine.

Ils sont de même nature que les corps pigmentés qui existent en si grand nombre dans les vaisseaux des sujets morts de fièvre pernicieuse et qui ont été décrits jusqu'ici comme des *leucocytes mélanifères*. Ils sont la cause directe des accidents de l'impaludisme, et cette maladie doit désormais prendre place parmi les maladies parasitaires.

— M. *Gillet de Grandmont* montre à la Société une expérience très saisissante qui établit que l'œil, après avoir été impressionné un temps suffisant par l'une des couleurs du spectre, est devenu incapable de voir le blanc. Si on fixe quelques instants un point blanc au-dessous duquel est placé une secteur vert, par exemple, au moment où on remplace le secteur vert par un secteur blanc, on ne perçoit que du rose. Pour que cette expérience réussisse, il faut que la rétine n'ait été impressionnée par la première couleur qu'en un seul point : pour cela la fixité complète de l'œil et du corps est indispensable.

Dans ces recherches, l'auteur s'est surtout préoccupé de déterminer l'intensité des couleurs complémentaires, fait qui jusqu'ici n'avait pas été suffisamment établi. On connaissait bien les effets de la fatigue produite par l'impression d'une couleur unique, mais ce qu'on ignorait, c'est que la rétine, impressionnée par l'une des couleurs du spectre, devient incapable de voir le blanc, jusqu'à ce que l'impression première ait eu le temps de disparaître.

M. *Mathias Duval* fait remarquer que cette expérience est comme la contre-partie et le complément de celle de Helmholtz sur les *couleurs saturées*. Dans l'hypothèse de Young-Helmholtz, des trois espèces de fibres rétiniennes affectées, l'une à la vision du rouge, la seconde à la vision du bleu, la troisième à celle du jaune, chaque fibre n'est pas uniquement impressionnée par la couleur à la perception de laquelle elle est spécialement affectée : elle subit aussi un peu l'action de la couleur voisine, du bleu, par exemple, pour le rouge. De sorte que le rouge n'est pas vu à l'état de couleur saturée. Mais si on fatigue la rétine pour la couleur bleue, et qu'on montre la couleur rouge, alors seulement on a la sensation complète du rouge : cette couleur est perçue à l'état de *couleur saturée*.

— M. *Mathias Duval* étudie, dans ses rapports avec le développement des organes génitaux externes, un cas d'hermaphrodisme qu'il vient d'avoir l'occasion d'examiner. Le sujet de cette étude, adressé à M. Duval par le docteur Blachez, a été inscrit comme enfant du sexe féminin à l'état civil, s'est marié, et pendant toute cette première période de sa vie a présenté plutôt les attributs et les goûts de la femme. Puis, avec le développement énorme du clitoris, se sont produits des appétits nouveaux, de telle sorte que le sujet éprouve aujourd'hui un penchant décidé pour les femmes. C'est un homme, en effet, par les organes génitaux internes; il est pourvu de deux testicules qu'on peut facilement explorer dans l'épaisseur des grandes lèvres; son clitoris, qui a le volume d'une verge de petites dimensions, est imperforé, mais au-dessous de lui, on trouve une gouttière muqueuse qui correspond évidemment à l'urèthre de l'homme.

D'après quelques-uns des médecins qui ont examiné ce sujet, il serait pourvu d'un véritable vagin représenté par une dépression infundibuliforme située en avant de l'anus.

C'est contre cette interprétation que s'élève M. Duval, en s'appuyant d'abord sur deux faits physiologiques : 1° l'urine est émise par le fond de cette dépression dite vaginale; 2° à la fin de l'orgasme vénérien produit par un procédé quelconque, c'est encore du fond de cette même dépression que s'écoule un liquide spermatique probablement, du moins d'après les renseignements obtenus, mais qui sera prochainement déterminé d'une façon plus précise. Si donc la vessie et

les canaux déférents s'ouvrent au fond de cette dépression vaginiforme, il y a déjà bien des chances pour que ce ne soit pas un véritable vagin.

Des considérations tirées du développement embryonnaire viennent s'ajouter aux précédentes, avec lesquelles elles concordent assez pour permettre de nier la nature vaginale de la dépression dont il s'agit : dans la *descente* (mot adopté par les classiques, bien qu'il ne s'agisse pas d'une véritable descente) des parties destinées à former les organes génitaux externes de la femme, l'hymen correspond à l'utricule prostatique, le vagin au col de l'utricule, l'utérus au corps prostatique lui-même. Le vagin représente donc le verumontanum. Cela suffit pour dire que l'hermaphrodite dont il s'agit est une femme embryonnaire par ses organes génitaux externes, qui sont restés à l'état de cloaque génito-urinaire.

Ce fait vient à l'appui des conclusions que M. Budin avait tirées de ses recherches sur le développement de l'hymen, et qu'il a présentées l'année dernière à la Société : il avait vu que l'hymen est d'autant plus profond que le développement est moins complet.

M. *Laborde* fait remarquer que c'est un véritable hypospadias que présente ce sujet.

— MM. *Capitan* et *Charrin* ont soumis à des cultures artificielles les microbes qu'ils ont trouvés dans le sang des malades atteints d'oreillons et offrent à la Société d'examiner leurs préparations. A la suite de la séance, on a pu voir, en effet, des microbes arrivés à leur complet développement et animés de mouvements dans le liquide de culture.

REVUE DES JOURNAUX

Du diagnostic du pneumothorax, par M. RIEGEL.

On sait que l'on attache, en Allemagne, une certaine importance à la distinction du pneumothorax en pneumothorax clos, ouvert ou à soupape. Cette distinction, dont l'importance pratique est discutable, a été essayée par Biermer, et l'on indique aujourd'hui un certain nombre de caractères qui peuvent, dit-on, permettre de reconnaître l'existence d'une communication entre le pneumothorax et l'appareil pulmonaire : 1° l'expectoration à pleine bouche; 2° les variations de la masse gazeuse dans la cavité pleurale, variations que l'on peut reconnaître par la percussion; 3° les variations du son, la bouche ouverte ou fermée. Tout récemment, Ewald (*Charité-Annalen*, 1875) a cherché à résoudre la question de l'existence d'une fistule par la proportion d'acide carbonique des gaz contenus dans la plèvre. D'après lui, une proportion au-dessous de 5 pour 100 de CO^2 indique une fistule ouverte; de 5-10 pour 100, une fermeture défectueuse; au-dessus de 10 pour 100, un exsudat enkysté. Tous ces moyens de diagnostic sont ou bien très rares, ou difficiles à exécuter en pratique, comme celui d'Ewald.

L'auteur a constaté en même temps qu'Unversicht (*Zeitsch. für klin. Med.*, t. I, p. 536) un phénomène d'auscultation qu'il propose de nommer *bruit de fistule*, et qui consiste en une succession de râles muqueux donnant la sensation de bulles venant crever à la surface d'un liquide avec un retentissement spécial. Pour qu'il se produise, il faut que l'ouverture fistulaire soit plongée dans l'épanchement pleural.

C'est le *tintement bullaire* de Beau qui se produit dans une circonstance différente. Ce nouveau signe nous paraît, lui aussi, devoir se produire rarement, et n'aidera pas beaucoup à établir une distinction dont nous ne voyons pas d'ailleurs la grande utilité. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 50.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les matières premières organiques : — origine, provenances, caractères, composition, sortes commerciales, altérations naturelles, falsifications, moyens de les reconnaître, usages, par M. PENNETIER, directeur du Muséum d'histoire naturelle. 1 vol. in-8 avec 344 figures dans le texte. Paris, G. Masson. Prix : 18 fr.

En ouvrant le livre du docteur Pennetier, nous n'avons pu nous défendre d'une certaine appréhension. Comment, dans un espace si restreint, mille pages d'un in-octavo ordinaire, a pu être rempli ce cadre si vaste comprenant *toutes les matières premières d'origine organique*, substances alimentaires, épices et aromates, fibres textiles, matières tinctoriales, gommes, gommes-résines, essences, etc., corps gras et huiles, produits fournis par les animaux, substances médicinales, tabacs? Pourtant à force de concision et de méthode, l'auteur est arrivé à s'acquitter à son honneur d'une si lourde tâche. Point de longueurs, et, malgré une concision extrême, point d'omission ni d'oubli graves. Toutes les matières premières se trouvent traitées selon un plan uniforme, parfaitement logique, dont l'auteur ne s'écarte que dans des cas exceptionnels : origine zoologique ou botanique, provenances, caractères, composition chimique, falsifications, usages.

Nous ne ferons pas de reproches à l'auteur de n'avoir pas défini ce qu'on entend par matières premières, attendu que son livre, essentiellement pratique, est destiné à des personnes (commerçants, industriels, droguistes et même médecins) qui ne se préoccupent que d'une chose, c'est de trouver une description exacte des substances qui les intéressent.

L'*origine* de ces substances est toujours indiquée avec toute l'exactitude désirable; presque partout, à la suite des noms de plantes et d'animaux, figurent les noms des auteurs qui les ont dénommés, précaution qui devient de plus en plus indispensable de nos jours, en présence de la confusion qu'ont fait naître nécessairement dans la nomenclature des espèces et des genres, voire même des familles, les découvertes nouvelles et les classifications modernes.

Les *provenances* sont données partout avec le plus grand soin. Citons à cet égard le chapitre très curieux qui traite des graines et des insectes que l'on trouve dans les laines, et qui permettent de reconnaître sûrement les provenances, ainsi que les mélanges souvent frauduleux des diverses laines; le catalogue de ces insectes a été établi sur la collection recueillie par M. Levoiturier, entomologiste distingué d'Elbeuf. Le chapitre des cafés mérite également une mention particulière; le docteur Pennetier s'est procuré avec une peine infinie plusieurs centaines d'échantillons authentiques de café, et s'est efforcé ainsi de déterminer les *sortes* commerciales, encore si peu connues, de ce précieux aliment. Les chapitres relatifs au thé, à l'indigo, au quinquina, etc., ne sont pas moins remarquables.

Mais l'un des plus grands mérites du livre du docteur Pennetier réside dans la description exacte et minutieuse qu'il donne des *caractères microscopiques* des matières premières; il lui a certes fallu une grande patience, une grande persévérance et surtout le désir d'être utile, pour recueillir et coordonner tant de données et de faits épars dans les monographies, les articles de journaux français ou étrangers, etc. C'est avec raison que l'auteur a attaché une si grande importance à l'examen microscopique de substances souvent difficiles à distinguer les unes des autres par les caractères ordinaires et même par les réactions chimiques (fibres textiles, féculents, etc.), sans compter les services que rend le microscope dans la recherche des falsifications. Aussi a-t-il placé en tête de l'ouvrage un résumé succinct sur la technique microscopique. Ajoutons que c'est à lui qu'est due la création, à l'Ecole supérieure de commerce et d'in-

dustrie de Rouen, où il professe avec tant de talent, d'un laboratoire spécial de microscopie.

Quant aux *falsifications*, qui ont été de la part du docteur Pennetier le sujet d'études spéciales, on peut dire qu'elles sont traitées magistralement; signalons à ce point de vue, comme intéressant surtout le médecin, les chapitres relatifs au lait et aux substances alimentaires et tant d'autres qu'il serait trop long d'énumérer.

Enfin, les *usages* et les applications essentielles des matières premières sont indiquées d'une manière suffisante, et l'auteur n'aurait pu les traiter avec plus de détails sans sortir du cadre qu'il s'était tracé et sans empiéter sur les ouvrages spéciaux.

Nous aurions voulu nous étendre davantage sur les mérites de cet excellent livre, qui n'est autre chose que le résumé des leçons que le docteur Pennetier a faites pendant dix ans à l'École supérieure de commerce et d'industrie de Rouen. Quoique écrit spécialement pour les commerçants et les industriels, il n'en offre pas moins un grand intérêt pour le médecin et l'hygiéniste par un grand nombre de ses chapitres (matières alimentaires, épices et aromates, gommes, gommes-résines, etc., matières grasses et oléagineuses, substances médicinales proprement dites, etc.). Un grand nombre d'excellentes figures viennent ajouter aux mérites de l'ouvrage, qui, tout en n'étant qu'un simple manuel, a cependant l'avantage sur tous les ouvrages du même genre, d'être complètement nouveau pour la forme.

L. H.

VARIÉTÉS

MORT DE LITTRÉ.

Littré est mort jeudi dernier 2 juin, trop tard pour que nous puissions annoncer cet événement dans notre précédent numéro. Ses obsèques ont eu lieu samedi 4 juin au milieu d'un grand concours de savants et d'amis. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Renan, Pavet de Courteille, Lenoel, Denormandie, Legouest et Dechambre, délégués de l'Institut, du Sénat et de l'Académie de médecine.

C'est de Littré médecin que nous voulons seulement parler ici; d'autres, mieux que nous, rediront ce qu'il fut comme linguiste, philosophe, etc.

Littré (Maximilien-Paul-Émile) est né à Paris le 1er février 1801; son nom est celui d'un domaine voisin de Combourg (patrie de Chateaubriand). Son père, originaire d'Avranches, était un érudit auquel M. Barthélemy Saint-Hilaire dédia sa traduction de la *Politique d'Aristote*. Sa mère, Sophie Johannot, parente des Boissy d'Anglas, était, dit Sainte-Beuve, « une figure antique » par son courage et ses vertus. Les premières années de Littré furent très pénibles. Sa famille était pauvre. Il fit néanmoins de très bonnes études classiques, qu'il termina en 1819. Il voulait entrer à l'École polytechnique: on dit qu'un accident éprouvé dans une partie de natation le fit changer de dessein.

Il commença à étudier la médecine en 1822, et prit sa première inscription à la Faculté de Paris le 13 novembre de cette année, mais les suivantes ne furent pas prises régulièrement, ainsi qu'il résulte d'une lettre que nous avons sous les yeux, datée du 13 mai 1823, et dans laquelle il demande au grand maître de l'Université, l'autorisation de prendre à Paris sa troisième inscription, qui n'a pu être prise en temps voulu dans une école secondaire. Pourquoi Littré devait-il prendre cette inscription dans une école secondaire? C'est ce que nous ignorons. Cela toutefois ne paraît pas avoir nui à ses études, car il fut nommé interne en 1826, le douzième de sa promotion, en même temps que Danyau, Philippe Rigaud et Duplay père (qui fut le treizième).

L'année suivante son père mourait, laissant à sa charge sa mère et un frère. Déjà secrétaire de Daru, Littré s'adonnait alors à l'étude des principales langues germaniques et néolatines; il connaissait à fond le grec et le latin; il apprenait les sanscrit et bien d'autres choses, se préparant ainsi lestement à cette extraordinaire quantité et diversité de travaux qui lui ont fait une place à part dans la série de ces laborieux que l'usage s'obstine à qualifier de *bénédictins;* mais nous allons droit à ceux qui concernent la science et la profession médicales.

Les deux premières années d'internat de Littré se passérent à l'Hospice des Enfants-Trouvés (1826) et des Vénériens (1827), les deux autres à la Charité.

Dès 1827, il avait toutes ses inscriptions, et aurait pu passer ses examens définitifs, mais il y renonça, ainsi qu'à la pratique, pour des raisons pécuniaires, ainsi qu'il le dit dans la préface de son livre: *Médecine et médecins*.

Littré n'était donc pas docteur, mais les pauvres de Mesnil-le-Roi, où il passait la belle saison, ne songèrent jamais à se plaindre des soins que leur *donnait* le disciple de Boyer, de Roux et de Rayer.

A peine interne, Littré collabora avec Andral et d'autres futures illustrations au *Journal hebdomadaire de médecine*. Cette feuille renferme, de 1828 à 1830, un certain nombre de bonnes observations signées de lui et prises dans les services de Lherminier et de Boyer-Roux. On peut citer comme remarquables pour l'époque celles qui ont trait au *pneumo-thorax dans la tuberculose*, à *la congestion et à l'apoplexie cérébrales* (1828), à *une tumeur fongueuse de la lèvre supérieure*. Chacune est accompagnée de commentaires fort judicieux, entre autres les suivantes:

Hernie crurale étranglée, opération, lésion de l'artère obturatrice, tamponnement; guérison (1829).

Gangrène de la lèvre inférieure; mort. Pus dans les veines, abcès dans les poumons. C'est certainement un des premiers faits bien décrits de pustule maligne avec phlébite et abcès métastatiques (1829).

Amputation du cinquième métatarsien pour carie, suivie de méningo-encéphalite, avec abcès du cerveau et perforation de l'estomac (1829).

On trouve encore dans ce recueil des articles de bibliographie, et de plus importants sur le *système philosophique de Cullen*, sur le *brownisme*, sur les *Éléments de philosophie naturelle* d'Arnott. Il préludait aussi, dès cette époque, aux études philosophiques qui devaient l'envahir tout entier quelques années plus tard, après sa liaison avec Auguste Comte.

En attendant, son bagage de littérature médicale s'augmente. Il écrit un premier article sur l'*état du cœur chez les individus à deux corps et à deux têtes* (*Journal hebd.*, 1830), puis un second sur l'*état du cœur chez les acéphales*, mais s'arrête alors pour prendre part aux événements de 1830, où il fait le coup de feu près du normalien Farcy, qui tombe mortellement frappé près de lui. En 1833, il reprend la plume pour collaborer activement au *Dictionnaire en* 30 *volumes*.

La simple énumération des articles qu'il a fournis à cette publication suffit pour montrer, en même temps que sa laborieuse activité, la tendance de son esprit, qui s'accentue nettement dès cette époque. Presque tous, en effet, ont trait à la pathologie générale: ANATOMIE PATHOLOGIQUE (article non signé), APOPLEXIE, ASTHÉNIE, BILIEUSES (affections et fièvres); BILIAIRES (maladies des voies); BILE, CATARRHALES (affections); CANCER, CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE (bibliographie); CŒUR (pour une partie seulement); DOTHIÉNENTÉRIE, EXPECTATION, FIÈVRE GASTRIQUE (embarras et fièvre); INTERMITTENTES (fièvres); INFLAMMATOIRES (fièvres); HYDROPISIE; JAUNE (fièvre); LARVÉE (fièvre); MALADIE (article reproduit dans l'*Expérience*); PESTE; PERNICIEUSE (fièvre).

A partir de cette date (1838), il commence à délaisser les journaux et le Dictionnaire en 30 volumes. L'*Expérience*, qu'il fonda avec Dezeimeris, ne porta qu'un an son nom (1837)

et il n'y fit paraître que de courtes analyses. Il a écrit, en 1832, un *Traité du choléra oriental*. Il est à remarquer que la bibliographie fort étendue qu'il donne après l'article CHOLÉRA du *Dictionnaire en 30 volumes*, n'en fait nulle mention, non plus que celui qui est reproduit dans son livre *Médecine et médecins*, et qui parut en 1834.

Mais alors commencent les œuvres de plus longue haleine. L'année 1839 vit la publication du premier volume de l'édition des *Œuvres d'Hippocrate*, qui, l'année suivante, suffit à ouvrir à son auteur les portes de l'Académie des inscriptions et belles-lettres. L'ouvrage ne fut terminé qu'en 1861. Dans l'intervalle, en 1844, l'auteur avait donné séparément une traduction des *Aphorismes*. Il ne faut pas séparer de ces deux travaux les études sur une traduction latine inédite du *Traité des Semaines*, livre attribué à Hippocrate dans l'antiquité, et dont l'original grec est perdu, sauf pourtant un fragment retrouvé par Littré lui-même sur le dernier folio d'un manuscrit de la Bibliothèque nationale et que Daremberg retrouva de son côté, quelques années plus tard, à la bibliothèque Ambroisienne de Milan. (Voir t. IX des *Œuvres d'Hippocrate*, p. 431.)

L'*Œuvre hippocratique* de Littré restera certainement comme un des plus beaux monuments élevés à l'histoire de la médecine, bien que la constitution du texte grec, bien remarquable il y a quarante ans, n'ait pas été faite avec toute la rigueur qu'on exige généralement aujourd'hui.

C'est en 1848 que parut, dans la *Collection Nisard*, la traduction de l'*Histoire naturelle* de Pline l'Ancien, traduction aussi heureuse qu'elle était difficile, principalement à raison de l'interprétation qu'il s'agissait de donner aux noms anciens de minéraux, d'animaux et de plantes.

En 1851, il donne une seconde édition, avec notes de la traduction du *Manuel de physiologie* de Müller, par Jourdan.

Enfin, signalons encore son livre intitulé *Médecine et médecins*, réimpression faite en 1872 (3e édition en 1875), d'articles publiés dans diverses feuilles politiques, ayant trait à des sujets de médecine, et surtout à des questions d'histoire médicale. Nous citerons, comme le plus remarquables, les chapitres sur *les grandes épidémies*, *Magendie*, *la mort d'Alexandre le Grand et celle d'Henriette d'Angleterre*.

La collaboration de Littré au *Dictionnaire de Nysten* est sa dernière participation à la littérature médicale. Elle a eu pour premier résultat la suppression du nom du créateur de l'ouvrage. La famille de Nysten, inquiète de l'allure matérialiste qu'on prêtait à son dictionnaire, demanda et obtint un jugement (27 février 1866) en vertu duquel les noms de Littré et Robin parurent seuls sur la couverture à partir de la 12e édition. Le second résultat fut que la vogue de l'ouvrage augmenta considérablement. Mais il faut bien reconnaître que Littré apporta à l'œuvre commune autre chose que des idées positivistes. Il contribua à fixer le sens d'un bon nombre de mots employés jusqu'alors comme synonymes, *léthargie* et *carus* entre autres.

Le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* réclama aussi sa collaboration, qui n'y fut représentée malheureusement que par un seul article : ANIMISME.

Enfin, il paraît que Littré avait un instant songé à rédiger *la Clinique* de ce village de Mesnil-le-Roi, où nous avons dit qu'il avait pratiqué la médecine de bienfaisance.

En face de l'œuvre médicale de Littré on ne peut s'empêcher de songer que si cet homme illustre, avec son esprit d'observation et de généralisation, avec son immense aptitude pour le travail et ses connaissances presque universelles, fût resté fidèle à la médecine, il eût fait faire, sans doute, à la pathologie générale, si peu avancée encore, le progrès considérable, dont la philologie et la philosophie ont bénéficié.

Un dernier mot, rendu nécessaire par les attaques que lui ont values dans ses livres, dans les écoles et dans la chaire, ses tendances philosophiques et sa réputation de libre-penseur. Nul n'a eu la vie plus digne et plus honnête, le caractère plus haut, les sentiments plus nobles. Positiviste, il n'a jamais parlé du christianisme qu'avec sérénité et respect. On en peut citer comme preuve remarquable l'admirable impartialité avec laquelle il jugeait, dans le *Journal des savants*, l'histoire de Constantin et de l'Église chrétienne au quatrième siècle par le prince, aujourd'hui duc de Broglie. Personne non plus ne se plaisait autant que lui, à encourager les jeunes savants qui continuaient et quelquefois corrigeaient ses propres travaux. Témoins Charles Daremberg, traducteur de plusieurs livres d'Hippocrate et de Galien, M. Pétrequin, nouvel éditeur et traducteur de la *Chirurgie d'Hippocrate*, et d'autres encore qui ne s'en sont pas toujours souvenu. Littré n'a jamais accepté aucune distinction honorifique, aucune place rétribuée. Il n'a vécu que des produits de sa plume et de ses modestes indemnités ou traitements d'académicien.

L. H. PETIT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Société de médecine de Paris, par une faveur toute exceptionnelle, vient de décerner, à l'unanimité des votants, le titre de *membre honoraire* à M. Georges Masson, éditeur de la *Gazette hebdomadaire*.

MALADIES DES FEMMES. — M. le docteur Chéron reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des femmes à sa clinique, rue de Savoie, 9, le lundi 13 juin, à midi et demi, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

MORTALITÉ A PARIS (22e semaine, du vendredi 27 mai au jeudi 2 juin 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1228, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 21. — Rougeole, 22 — Scarlatine, 14. — Coqueluche, 16. — Diphthérie, croup, 58. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 65. — Phthisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 92. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchite aiguë, 38. — Pneumonie, 111. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 48; au sein et mixte, 29; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 105; de l'appareil circulatoire, 62; de l'appareil respiratoire, 69; de l'appareil digestif, 58; de l'appareil génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 44. — Causes non classées, 5.

Bilan de la 22e semaine. — Les décès manquant à cette semaine, par suite de la fête de l'Ascension (voy. le *Bulletin* précédent), ayant dû être reportés à la 22e, on ne saurait dire si la mortalité s'est aggravée dans celle-ci. Il est pourtant à présumer que la variole, la scarlatine et peut-être la diphthérie sont vraiment en voie d'accroissement : ainsi, pour la variole, il y a 62 cas nouveaux d'invasion; 16 d'entre eux se rencontrent dans le même quartier, celui de *la Roquette*. Bon nombre de cas d'invasion se sont produits chez des vaccinés. La rue Keller paraît être le noyau de cette épidémie que nous signalons à la mairie du XIe arrondissement. Cependant, d'après les morts, c'est le 72e quartier (la Chapelle) qui compte le plus de décès varioleux!

Il a été enregistré 5 décès par diphthérie dans ce même quartier de *la Roquette*, 4 dans celui de la *Maison-Blanche*, et 3 dans ceux de *Sainte-Marguerite*, des *Quinze-Vingts*, de *Necker*, de *la Chapelle*. En outre, 4 cas d'invasion me sont signalés pour le même quartier de la *Maison-Blanche*; 3 pour le quartier *Saint-Lambert*, etc.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 16 juin 1881.

Académie de médecine : Le vaccin du charbon : M. Pasteur. — Rapport sur un travail de M. Collin : M. Woillez. — Les ptomaïnes : MM. Brouardel, Boutmy et Gautier.

Nous ne pouvons apprécier ici, comme elle mériterait de l'être, l'importante communication faite à l'Académie de médecine par M. Pasteur. Il faut lire en entier, au *Bulletin de l'Académie*, ce résumé si précis, si concluant d'une expérience dont les résultats ne sauraient plus être contestés et dont les conséquences auront un immense retentissement. Répondant aux sollicitations de la Société d'agriculture de Seine-et-Marne, M. Pasteur a pratiqué, sur une série de 24 moutons, 6 vaches et 1 chèvre, les inoculations d'un virus atténué qu'il affirmait, à l'avance, capable de préserver du charbon. Un nombre égal d'animaux de chaque espèce n'avait reçu aucune inoculation. Le 31 mai dernier, M. Pasteur inoculait le charbon aux soixante animaux; le 2 juin, il constatait et faisait reconnaître à un auditoire, aussi compétent que peu disposé à un enthousiasme de complaisance, la parfaite exactitude de ses prévisions. Tous les animaux non vaccinés étaient morts ou mourants. Tous les animaux soumis aux inoculations préventives, à l'exception d'un seul, se portaient parfaitement bien. Il résulte évidemment de ces faits que pour le charbon, aussi bien que pour le choléra des poules, il est désormais possible d'atténuer l'activité des virus et d'obtenir des liquides conférant à l'individu auquel ils sont inoculés l'immunité par rapport à un virus supérieur en puissance. Cette atténuation du virus n'est point le résultat d'un accident; elle n'a pas été obtenue par l'effet du hasard. M. Pasteur démontre qu'en maintenant la bactéridie du charbon à une température de 43 degrés, il entrave son évolution, l'empêche de se reproduire par germes ou corpuscules brillants, et que par conséquent il atténue sa virulence. Il prouve ainsi qu'il est possible de reproduire avec un degré déterminé, aussi bien que de conserver, de transporter, de manier des virus atténués ou virus vaccins qui toujours conféreront l'immunité aux animaux que l'on viendrait plus tard à inoculer avec un liquide plus virulent. En quatre ou cinq jours, ces nouvelles cultures peuvent être obtenues. Point n'est besoin d'insister pour faire ressortir les applications pratiques d'une aussi admirable découverte. Aussi l'Académie de médecine a-t-elle accueilli par d'unanimes applaudissements la lecture qui lui a été faite.

Une seule objection a été adressée à M. Pasteur; car nous ne pensons pas devoir nous arrêter, plus que ne l'a fait M. Pasteur lui-même, aux observations présentées par M. Colin (d'Alfort). Une brebis vaccinée a résisté à l'inoculation du virus atténué et a succombé à la suite des inoculations du virus le plus virulent. Or, cette brebis était sur le point de mettre bas, et le fœtus qu'elle portait était mort depuis quelque temps déjà; il était macéré; et deux vétérinaires en ont conclu que la mort de cette brebis était accidentelle et ne pouvait être attribuée au charbon. MM. Blot et Depaul ont tenu à faire remarquer que la mort du fœtus ne devait pas entraîner celle de la mère, s'il n'y avait ni déchirure des membranes, ni par conséquent putréfaction du fœtus et septicémie. Nous reconnaissons que, dans ce cas exceptionnel, la cause qui a déterminé la mort de l'animal n'a pu être bien établie. Il eût fallu, pour la mieux faire comprendre, lire un procès-verbal complet de l'autopsie. Mais ce détail importe peu. Comme l'a bien dit M. Pasteur, ce qu'il ne croit pas, en admettant même que cette brebis fût morte du charbon, on en pourrait conclure qu'un accident quelconque, encore mal déterminé, l'a rendue réfractaire à l'inoculation du virus atténué. Les 23 autres sujets sont là pour prouver toute l'exactitude des conclusions que M. Pasteur était en droit de déduire de cette mémorable expérience. Il reste maintenant à constater quelle sera, chez les animaux vaccinés, la durée de l'immunité charbonneuse. C'est là une question que le temps seul peut juger.

— Dans son rapport sur un travail adressé à l'Académie par M. Collin (de Saint-Honoré), M. Woillez a fait quelques réserves sur lesquelles il nous paraît utile d'insister. M. Collin dit avoir constaté sur un certain nombre de pleurétiques, et même à l'auscultation d'individus atteints d'affections pulmonaires, diverses un bruit de frottement ou de froissement pleurétique dont le siège habituel est la région axillaire et qui ressemble assez bien, suivant lui, aux râles crépitants de la pneumonie ou même aux craquements secs du début de la tuberculose pulmonaire. Ce signe, M. Collin le considère comme symptomatique de toutes les affections pulmonaires de nature arthritique. Il va plus loin: il regarde comme ar-

thritiques tous les malades chez lesquels on l'observe, alors même qu'ils n'auraient jamais eu d'accidents rhumatismaux. Ces conclusions nous paraissent susceptibles de bien des objections. Le frottement ou le frôlement pleurétique de la région axillaire est relativement fréquent. Nous l'avons constaté chez les tuberculeux, si souvent atteints de pleurites sèches occupant parfois les régions inférieures du poumon et laissant à leur suite des craquements, des frottements ou des froissements pleuraux très appréciables alors même que les sommets paraissaient encore indemnes ; dans ce cas, les signes stéthonopiques étaient très persistants. Nous l'avons entendu chez les pleurétiques, même dans des cas de pleurésie avec épanchements, assez longtemps encore après la résorption totale du liquide. Enfin, il arrive fréquemment que, chez les emphysémateux, les asthmatiques, etc., et même chez des individus sains en apparence, le déplissement brusque des vésicules pulmonaires produit un râle crépitant passager. Nous reconnaissons qu'il est relativement fréquent dans les cas de pleurite rhumatismale, mais ce bruit de crépitation pleurale, comme d'ailleurs *tous* les signes perçus à l'auscultation de la paroi thoracique, ne saurait indiquer qu'un état anatomique transitoire ou permanent de la plèvre ou d'une lame pulmonaire superficielle. Qu'il soit pleural ou pleuro-pulmonaire, — la distinction est des plus difficiles, — il s'observe dans les maladies les plus diverses; il présente des caractères variables de durée, d'étendue et d'intensité, en raison même des modifications que peut présenter d'un jour à l'autre, à l'état de santé relative aussi bien que dans l'état de maladie, une plèvre ou un poumon qui ont été malades. Considérer comme un signe pathognomonique d'une maladie déterminée, et à plus forte raison d'une diathèse aussi complexe et aussi difficile à définir que la diathèse arthritique, un craquement, un frottement ou un râle perçu à l'auscultation, c'est, à notre avis, commettre une de ces erreurs d'interprétation clinique contre lesquelles il importe de prémunir le praticien. C'est dans ce but que nous avons cru devoir signaler le travail de M. Collin.

— Nous ne ferons que signaler la nouvelle communication de MM. Brouardel et Boutmy sur *les Ptomaïnes* et les observations qu'elle a suggérées à M. Gautier. La question des alcaloïdes cadavériques et surtout de leur formation est des plus importantes. Nous y reviendrons.

L. Lereboullet.

Maladies épidémiques. — Scarlatine.

Depuis quelques mois les fièvres éruptives, et particulièrement la rougeole et la scarlatine, sévissent à Paris d'une façon inusitée. Nous avons eu, pour notre part, à observer un nombre assez considérable de scarlatines, tant à l'hôpital que dans la clientèle de la ville. La pratique hospitalière ne permet pas toujours une observation aussi complète qu'on le désirerait. En dehors des cas contractés à l'hôpital, les malades ne réclament pas nos secours pour les scarlatines légères, dans lesquelles le mal de gorge est peu douloureux, l'éruption à peine prononcée. Ceux qui demandent l'admission donnent peu de renseignements sur la façon dont ils ont contracté la maladie. Souvent il est difficile de les garder à l'hôpital, lorsque la fièvre et l'éruption ont disparu, et ils se soucient peu de recommandations dont ils ne reconnaissent pas l'utilité. Il n'en est pas de même en ville. Les conséquences de la scarlatine y sont connues et redoutées, et dans les familles intelligentes on ne marchande pas sur les précautions que le médecin croit devoir imposer. C'est là le véritable champ d'observation, celui où les moindres symptômes sont signalés, étudiés, commentés. C'est dans ce milieu que nous avons relevé quelques faits qui nous ont paru intéressants ; non pas qu'ils soient véritablement nouveaux, mais parce qu'ils empruntent à leur rapprochement une valeur particulière.

De toutes les fièvres éruptives, la scarlatine est peut-être celle qui se présente sous les formes les plus variées. La gravité de certains cas, la bénignité de certains autres, tiennent à des conditions tout à fait inexplicables et indépendantes des complications auxquelles on peut habituellement les rapporter. Telle scarlatine s'annonçant par une fièvre vive, avec céphalalgie violente, délire, s'accompagnera d'une angine légère et se traduira le lendemain par une éruption à peine indiquée. Telle autre n'aura que des prodromes insignifiants, à ce point que l'éruption sera le premier symptôme qui attirera l'attention. Cette éruption suivra d'ailleurs sa marche habituelle et aboutira à une desquamation prolongée, sans que le patient en paraisse le moins du monde affecté. Ce sont ces formes frustes qui défient toute description didactique commune, et que Trousseau avait si bien signalées, qui ont principalement attiré notre attention dans la dernière épidémie.

Voici un exemple remarquable des allures capricieuses que peut prendre la maladie dans certains cas :

Le 25 avril dernier, j'eus à donner des soins à une enfant de cinq ans, d'une excellente constitution, et qui paraissait un peu languissante depuis une huitaine de jours. Le 25 avril, on lui trouve le soir un léger mouvement fébrile. Le 26 au matin, j'observe une éruption très caractérisée sur le cou, la poitrine et les cuisses. La gorge, absolument indolore, est rouge et piquetée. Le pouls est à 96, la température à 37 degrés. L'enfant est vive, gaie, joue sur son lit et demande à manger; la langue est cependant un peu sale. Le lendemain, l'éruption commençait à pâlir, bien qu'elle se fût étendue au dos et aux membres ; l'apyrexie est complète. L'enfant mange avec appétit. Je l'ai fait tenir à la chambre pendant trois semaines. Les urines examinées chaque jour ont été constamment normales; il n'y a pas eu de desquamation; des examens répétés portant sur les points d'élection ont été faits avec soin. En résumé, l'enfant n'avait guère eu que quelques heures de fièvre. On se demandait si l'éruption méritait véritablement le nom de scarlatine, malgré l'évidence des caractères objectifs.

Le 30 avril, le frère de cette enfant, beau nourrisson de onze mois, élevé au sein, n'ayant jamais été malade, est pris de malaise dans la soirée. Il couchait dans une chambre voisine de celle de sa sœur. Je le vois le soir même, quelques heures après le début du malaise. Il n'a pas de fièvre, bien qu'il crie et s'agite incessamment comme un enfant en dentition. Je constate avec surprise qu'il est couvert de la tête aux pieds d'une éruption scarlatineuse occupant le cou, la poitrine, le ventre et les cuisses. La main s'y imprime toute entière. L'éruption est de couleur assez vive. Il n'a rien dans la gorge. Le lendemain, l'éruption persiste sans le moindre malaise. Elle disparaît le matin du troisième jour. L'enfant n'a pas eu un moment de fièvre depuis l'apparition de la rougeur. Cependant je lui ai fait garder la chambre, et, au bout de dix jours, il n'y avait pas trace de desquamation.

J'ajoute que ces deux enfants, observés pendant un mois, n'ont jamais présenté traces d'albumine. Je ne pouvais que

difficilement faire accepter dans leur entourage l'idée d'une véritable scarlatine, lorsque le 3 mai, la mère, jeune femme de vingt-huit ans, est prise de frisson et de mal de gorge; fièvre vive, pouls à 104. Gorge rouge et piquetée. L'amygdale droite est très vivement prise. Le lendemain, la fièvre tombe; aucune trace d'éruption ne se manifeste. Le 5 mai la malade reprenait ses occupations.

Huit jours après, le père, âgé de trente-cinq ans est pris d'une angine violente. La gorge est pourpre; l'amygdale gauche touche la luette et est couverte d'un enduit pultacé. Le malade peut à peine ouvrir la bouche. La fièvre, très vive au début, tombe dès le lendemain. Mais le mal de gorge persiste et dure une dizaine de jours sans qu'il y ait eu trace d'éruption.

Ce n'est pas tout. Les deux enfants sont partis pour la campagne : la fillette, au bout d'un mois, à dater de l'éruption; le nourrisson, au bout de trois semaines. Ils n'avaient pas trace de desquamation et avaient été baignés tous les deux. Leur grand'mère, femme de soixante ans, qui les avait emmenés à cinquante lieues de la capitale, est prise, chez elle, et deux jours après l'arrivée des enfants, d'une scarlatine parfaitement caractérisée, ainsi que la jeune femme de chambre qui les avait accompagnés. J'ignore quelle a été la marche de la scarlatine chez ces deux dernières malades. L'éruption a été reconnue par le médecin très distingué de la grand'mère.

Je ne crois pas qu'on puisse mettre en doute la nature scarlatineuse de l'angine chez le père et la mère. J'oubliais de dire que tous deux avaient été atteints dans leur enfance de la scarlatine et ont probablement dû à cette circonstance l'immunité partielle dont ils ont joui.

L'observation suivante montre une autre forme de scarlatine, d'une bénignité extrême, mais évoluant avec une parfaite régularité. Il s'agit d'un garçon de douze ans, élève du lycée de Vanves, alors infesté de scarlatine. On l'avait, pour ce fait, licencié le 10 avril.

Le 13, il avait déjeuné de grand appétit. Vers trois heures, sa mère, femme attentive et intelligente, remarque des rougeurs sur le cou. Elle prend la température, qui marquait 37 degrés et ne s'en préoccupe plus. L'enfant dîne bien, dort toute la nuit et déjeune comme d'habitude. Quand je le vois, le 14 dans l'après-midi, il joue dans la chambre et ne paraît pas malade. Il est cependant couvert d'une éruption scarlatineuse occupant le cou, le tronc et la partie antérieure des jambes. La gorge, absolument indolore est à peine colorée, la langue est sale. Le pouls est à 98, la température axillaire à 37°,9. L'enfant est mis au lit et dès le lendemain le pouls tombait à 80 et la température à 36°,8. Il garde le lit jusqu'au 27. La langue s'est dépouillée dès le troisième jour et a pris l'aspect lisse et vernissé caractéristique. La desquamation a commencé le 22 et a persisté pendant plus d'un mois. Les urines, examinées tous les deux jours, n'ont pas donné trace d'albumine.

Le 17 mai, l'enfant n'est pas encore sorti; le 23, la desquamation n'est pas terminée aux mains. Il prend un bain à 35 degrés avec les précautions nécessaires. La température atmosphérique est élevée. Il doit partir pour la campagne. Depuis le début de la scarlatine on peut dire qu'il ne s'est jamais senti malade, et l'affection à peine marquée à la face eût pu passer inaperçue s'il eût été l'objet d'une surveillance moins intelligente de la part de la mère. Supposons maintenant, et cela n'a rien que de très vraisemblable, que la scarlatine eût été méconnue à sa période d'éruption, et que ce malade laissé à lui-même, eût présenté pendant la longue période de la desquamation quelque accident urémique, on voit combien le diagnostic étiologique eût été difficile. En pareils cas, on ne saurait examiner avec trop de soin l'état de la peau et la moindre desquamation pourra permettre, en l'absence des renseignements et même en dépit des renseignements contradictoires, de remonter à la véritable cause des accidents. L'examen de l'urine lève tous les doutes.

Mais la scarlatine peut encore présenter une forme plus bénigne, à tel point, qu'on se demande de quel nom on doit caractériser la maladie.

Voici deux faits intéressants à cet égard. Le premier est relatif à un jeune homme de vingt ans, ayant déjà eu, à l'âge de cinq ans, une scarlatine franche en même temps qu'un de ses frères, et pour laquelle on l'a retenu à la chambre pendant un mois. Le 17 avril, ce jeune homme passe la nuit au bal et se couche sans aucun malaise. La fièvre débute dans la soirée du 18, dure toute la nuit et se termine par une sueur qui oblige le malade à changer de linge. Le 19 au matin, il est couvert d'une éruption d'un rouge pourpre sur le cou, la poitrine et les aines, plus pâle sur le ventre et le dos; à peine indiquée sur les membres. Il n'y a pas trace de miliaire ou de sudamina. La gorge, absolument indolore, est très rouge, les piliers sont gonflés, la luette un peu œdématiée; la langue est très sale et rouge sur les bords. Le malade n'a pas de fièvre. Le 20, l'éruption a singulièrement pâli. La gorge est moins rouge. Le 21, l'éruption a disparu. Le malade a gardé la chambre pendant quatre ou cinq jours avec un embarras gastrique qui a cédé à un purgatif. Il n'a pas eu de desquamation et a repris aussitôt ses occupations. Ici, j'aurais pensé à un simple érythème; mais la rougeur pourprée de la gorge était tout à fait caractéristique d'une éruption scarlatineuse.

Le cas suivant est encore plus remarquable au point de vue de sa bénignité. Il s'agit d'un enfant de quinze jours nourri au sein. Le jeudi 27 mai, il est pris de malaise, crie toute la journée, vomit son lait. Placé dans son berceau, il est plus calme; mais dès qu'on le prend, il crie incessamment. Il n'a pas de fièvre, le pouls est à 110. La face présente une légère rougeur pointillée, plus marquée au cou. Je le fais déshabiller. Toute la peau est d'un rouge pourpre, sur lequel la main se dessine tout entière. Les membres présentent la même teinte, la gorge est normale. La langue un peu blanche. Constipation.

Le lendemain, la face est beaucoup plus rouge, et, sur le corps, l'éruption est presque effacée. Les vomissements ont cessé. L'enfant est tranquille. Tout est terminé au bout de deux jours. Pas de desquamation.

Ces exemples suffisent pour montrer à quel degré de bénignité la scarlatine peut, en quelque sorte, descendre. Je pourrais citer bien d'autres faits intermédiaires où le doute n'était pas possible sur la nature de l'éruption et où la maladie ne s'accompagnait que d'un léger malaise, bien que les différentes périodes, y compris celle de la desquamation, aient été franchement indiquées. De pareils cas décrits sous le nom de scarlatines bénignes, mériteraient plutôt celui de scarlatinoïdes. La dénomination de scarlatines frustes a été principalement appliquée aux cas où l'éruption fait défaut; bien que les autres symptômes et en particulier l'angine et la desquamation linguale aient été caractérisées.

Ces cas de scarlatines bénignes, ou, si l'on veut, de scarlatinoïdes, ne sont pas sans présenter quelques difficultés, tant au point de vue du diagnostic qu'à celui de la conduite à

tenir pendant la convalescence. Doit-on soumettre ces malades à toutes les précautions rigoureuses qui sont de règle dans les scarlatines ordinaires? Dans les premiers cas que j'ai eu à traiter, je n'ai pas hésité. Tous mes malades ont été condamnés à une réclusion de cinq à six semaines. J'ai su plus tard que plusieurs d'entre eux ne s'étaient pas conformés à l'ordonnance, même parmi ceux qui avaient présenté une desquamation franche. Il n'en est résulté aucun inconvénient. Je me suis contenté depuis de recommander la réclusion pendant un mois au minimum, à dater du début de le maladie, chez ceux qui avaient offert de la desquamation. Quant aux autres, après les avoir tenus en observation pendant une huitaine de jours et leur avoir prescrit un bain, je les rendais à la vie commune, et je n'ai jamais eu à m'en repentir, soit au point de vue des accidents ultérieurs, soit sous le rapport de la contagion.

Je ne voudrais pas contester ici l'influence fâcheuse que le contact de l'air peut avoir sur les scarlatineux convalescents. Je crois cependant qu'il y a dans ces craintes un peu d'exagération, et que les accidents qu'on attribue si volontiers au froid, en pareil cas, peuvent reconnaître de toutes autres causes. Ces doutes se présentèrent pour la première fois à mon esprit dans le service des fièvres éruptives organisé à Bicêtre pendant l'hiver de 1870-71. Au mois d'octobre et de novembre, les scarlatines et les rougeoles étaient presque aussi nombreuses que les varioles. L'encombrement, l'insuffisance du personnel, l'absence de chauffage, exposaient à toutes sortes de dangers les malades que nous rencontrions à peine vêtus dans les couloirs glacés, assiégeant la porte des latrines. J'affirme avoir observé dans ces conditions désastreuses fort peu d'anasarques albuminuriques, et je n'étais pas le seul à m'en étonner. Par contre, et dans l'été torride de 1871, j'eus à soigner une jeune fille de 13 ans, prise d'une scarlatine franche dans une pension où l'épidémie sévissait. La chaleur était extrême. Dans la chambre de la malade, toutes portes et fenêtres fermées, le thermomètre montait à 34 degrés centigrades et ne descendait pas au-dessous de 30 degrés. Vers le 12ᵉ jour de la scarlatine, cette jeune fille fut transportée en voiture fermée, dans les heures les plus chaudes de la journée, à un moment où le thermomètre atteignait 36 degrés à l'ombre, dans une maison voisine. Les précautions les plus minutieuses avaient été prises. Tout refroidissement était impossible et cependant cette jeune fille eut, quelques jours après, une albuminurie aiguë avec anasarque, vomissements, anémie très intense, état qui persista près de trois semaines, pendant lesquelles le thermomètre ne descendit jamais, à l'intérieur de l'appartement, au-dessous de 28 degrés.

Comment invoquer l'influence d'un refroidissement dans ces conditions de température véritablement exceptionnelles?

Je constate souvent dans le service de l'hôpital que les malades ne tiennent aucun compte des recommandations qui leur sont faites, et que des scarlatineux en pleine desquamation, sortent des salles, vont dans les latrines ouvertes à tous les vents, descendent dans les promenoirs ou dans les cours. Ils ne ressentent aucun malaise et ne prennent aucune précaution. Je ne vois pas que ces imprudences leur soit préjudiciables, et depuis trois ans je n'ai observé que très exceptionnellement l'albuminurie chez les scarlatineux de mon service. Ce qui ne m'empêche pas d'ailleurs de persister dans mes recommandations. Il me paraît probable que l'influence des refroidissements sur la production de l'anasarque a été exagérée. Chez les scarlatineux, le rein se prend, ainsi que le cœur chez les rhumatisans; mais la complication ne m'a pas paru plus fréquente en hiver qu'en été, et je l'ai observée maintes fois chez les malades entourés des plus grandes précautions et dans la saison chaude.

En résumé, les scarlatines qu'il m'a été donné d'observer dans la dernière épidémie, qui dure encore, m'ont paru remarquables, le plus souvent, par leur entière bénignité et l'absence de toute complication. Je suis convaincu que ces scarlatinoïdes passent souvent absolument inaperçues, surtout dans la classe pauvre. J'ai suivi, quand cela m'a été possible, plusieurs malades qui n'avaient pris aucune précaution à la suite de la maladie et s'étaient exposés à l'air quelques jours après la disparition de l'exanthème. Leurs urines fréquemment éprouvées ne contenaient pas d'albumine et la convalescence était rapide. Par contre, la néphrite albumineuse et ses complications plus ou moins graves se sont montrées à la suite de scarlatines franches chez des malades entourés de toutes les précautions, et, dans certaines conditions exceptionnelles où aucun refroidissement n'était admissible. Je suis donc porté à croire que la complication rénale fait habituellement défaut dans les formes en quelque sorte avortées de la scarlatine et que dans les cas où elle survient, à la suite d'éruptions fébriles légitimes, on a fait jouer au refroidissement un rôle trop exclusif.

Cette question a été bien des fois examinée par les auteurs qui ont étudié la scarlatine. La plupart admettent que le refroidissement n'est pas exclusivement responsable des albuminuries scarlatineuses. On peut considérer la néphrite comme une phase secondaire de la maladie, une sorte de manifestation viscérale et beaucoup plus commune dans les scarlatines à réaction vive, à symptômes bien caractérisés, que dans ces formes effacées, incomplètes, pour lesquels nous voudrions voir adopter cette dénomination de scarlatinoïdes qui indique bien leur physionomie clinique.

BLACHEZ.

TRAVAUX DE LABORATOIRE

Collège de France.

Phénomènes d'inhibition et de dynamogénie : M. Brown-Séquard.

M. Brown-Séquard vient de terminer le cours du second semestre. Il a exposé dans la dernière séance de la Société de biologie les principaux faits expérimentaux qu'il a mis en lumière dans ses démonstrations. Nous sommes heureux de pouvoir ici résumer non seulement la communication faite à la Société, mais aussi plusieurs des conclusions générales des expériences qui ont été pratiquées au laboratoire de médecine du Collège de France. Celles-ci, formant plusieurs séries, ont eu pour but l'étude des conditions et des causes d'irritation, soit centrale, soit périphérique, qui peuvent déterminer l'inhibition ou la dynamogénie des nerfs et des muscles. Ces expériences démontrent qu'en effet les nerfs et les muscles eux-mêmes peuvent être inhibés ou dynamogéniés comme les centres nerveux.

M. Brown-Séquard, dès l'année dernière, avait appelé l'attention sur l'inhibition de l'excitabilité du nerf phrénique et de l'irritabilité musculaire du diaphragme, d'un côté, et sur l'augmentation d'énergie et de durée *post mortem* de l'excitabilité de ce nerf et de l'irritabilité du diaphragme, de l'autre côté, lorsqu'on a appliqué du chloroforme ou du chloral anhydre sur une moitié du thorax. Il avait aussi signalé

l'inhibition et la dynamogénie des nerfs et des muscles des membres après l'application de l'un ou de l'autre de ces poisons sur une portion de peau.

Des expériences très nombreuses ont considérablement élargi le domaine des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie, et ont montré qu'ils se produisent dans les circonstances les plus variées, on peut même dire les plus inattendues. Il ne nous serait pas possible d'exposer ici toutes ces expériences par le détail; mais nous pouvons les résumer sous une forme aphoristique en une série de conclusions comme il suit :

1° L'injection sous-cutanée d'acide prussique, faite dans le creux axillaire, détermine presque toujours bien plus d'inhibition du nerf phrénique et du diaphragme du côté opposé que du côté correspondant;

2° L'injection, dans le même point, d'une solution condensée de digitaline cristallisée peut produire de la dynamogénie dans les nerfs sciatique et phrénique du côté correspondant et de l'inhibition dans ces nerfs du côté opposé, le diaphragme et les muscles de la jambe étant influencés comme leurs nerfs;

3° Un froid intense (obtenu à l'aide de chlorure de méthyle), appliqué à la peau du thorax, produit souvent de l'inhibition, d'un côté, et de la dynamogénie de l'autre, dans les nerfs phréniques et les nerfs moteurs des membres, et dans les muscles auxquels ces nerfs se rendent;

4° L'application des vapeurs de chlorure de méthyle à une des narines peut produire de l'inhibition, d'un côté, et de la dynamogénie de l'autre, dans les nerfs et les muscles déjà désignés;

5° La section du nerf sciatique d'un côté peut aussi produire dans les nerfs et dans les muscles déjà désignés de l'inhibition et de la dynamogénie;

6° La section d'une moitié latérale de la base de l'encéphale et surtout de la protubérance ou du bulbe rachidien, ou aussi de la partie de la moelle cervicale sous les deux premières vertèbres, produit presque toujours de la dynamogénie à un très haut degré dans le nerf phrénique d'un côté (en général le côté correspondant à la lésion) et dans la moitié du diaphragme animée par ce nerf, en même temps qu'une inhibition plus ou moins notable dans le nerf phrénique et la moitié du diaphragme de l'autre côté;

7° Cette même lésion dans les diverses parties désignées, produit aussi dans les nerfs sciatiques et dans les muscles où ils se rendent, et à un moindre degré dans les nerfs et les muscles brachiaux, de la dynamogénie d'un côté et de l'inhibition de l'autre;

8° Dans ces diverses expériences il est arrivé, en général, que les nerfs phréniques et les deux moitiés du diaphragme, d'une part, et le nerf sciatique et les muscles qu'il anime, d'une autre, ont éprouvé des effets inverses, c'est-à-dire que lorsque la dynamogénie se montrait d'un côté pour le phrénique et le diaphragme, elle apparaissait dans le côté opposé pour le sciatique et les muscles qu'il anime;

9° L'acide prussique, si capable de produire l'inhibition de l'excitabilité des nerfs moteurs et de l'irritabilité musculaire, par une action sur les centres nerveux, est souvent, au contraire, capable de produire de la dynamogénie dans ces nerfs et dans ces muscles, lorsque les communications entre ces parties et les centres nerveux sont supprimées par la section des nerfs.

En somme, tous ces faits ont démontré à M. Brown-Séquard et à ses élèves que les nerfs moteurs et les muscles peuvent, sous l'influence d'une irritation du système nerveux, perdre en partie et quelquefois complètement leurs propriétés motrices ou, au contraire, gagner plus ou moins soudainement une puissance motrice bien plus énergique et souvent bien plus durable après la mort, que si l'état normal existait. Les détails de nombre de ces faits font voir que ce n'est pas sous l'influence de changements dans la circulation ou dans la nutrition que se produisent ces diminutions ou ces accroissements de puissance, et que ces phénomènes si remarquables ne peuvent être expliqués que par une influence purement dynamique exercée par les parties irritées sur celles dont les propriétés se modifient: de là pour les diminutions de puissance le nom d'*inhibition*, et pour les augmentations de puissance le nom de *dynamogénie*.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

DU RÔLE DES MUSCLES DANS LES LUXATIONS TRAUMATIQUES, par feu M. le professeur RIGAUD.

Je pensais avoir tout lieu de croire que cette question se trouvait implicitement, si ce n'était tout à fait explicitement, résolue dans les mémoires que j'ai publiés en 1858 et 1873, sur les luxations, et que les faits catégoriques qu'ils renferment en avaient donné la solution. Depuis lors, et dans diverses occasions, j'ai vu qu'il n'en était pas tout à fait ainsi; je crois donc devoir exposer et faire connaître péremptoirement la vraie doctrine scientifique de ce sujet important de la chirurgie. Pour cela, je diviserai en trois sections l'ensemble de mon sujet :

1° De l'*intervention* des muscles dans la production des luxations.

2° De l'*influence* des muscles sur les changements consécutifs que les os luxés éprouvent dans leurs rapports anormaux.

3° De l'*action* des puissances musculaires dans la réduction des luxations.

En débutant, je déclare que tous les principes que je vais poser sont absolus et qu'ils ne comportent aucune exception, et qu'ainsi la doctrine scientifique sera rigoureusement établie; je vais le démontrer, j'espère.

Première section : *De l'intervention des muscles dans la production des luxations.* — Les muscles interviennent-ils dans le moment de la production des luxations? Non, ils n'interviennent jamais *directement* dans aucun cas. Les luxations sont toutes et toujours le résultat d'une action purement mécanique, où le blessé peut être considéré toujours comme passif. Les os sont toujours alors des leviers soumis à des actions externes plus ou moins violentes. Dans tout traumatisme qui produit une luxation, la puissance effective va chercher la partie qui sera luxée; ou bien c'est cette partie elle-même, c'est le corps humain qui va trouver cette puissance, active ou passive; le plus souvent, il la trouve au dehors, mais pourtant, quelquefois, il la trouve en lui-même; pour que ce dernier point de la doctrine, qui semblerait lui venir en contradiction, soit tout à fait éclairé et compris, je veux immédiatement la discuter, et montrer quelle solution doit lui être donnée.

A l'objection qu'on va me faire ici, que cette action que le corps trouve en lui-même est une puissance musculaire propre, je réponds : c'est, il est vrai, une puissance musculaire, mais cette puissance est tout à fait indirecte; c'est une action musculaire, mais cette action est tout à fait indirecte et ne produit pas un autre effet dans la production d'une luxation que celui que produirait une action extérieure quelconque. Que l'on veuille bien me suivre et nous nous entendrons, j'aime à le croire. Quand un être vivant, homme ou animal, dans une lutte aussi bien que dans toute autre circonstance, a subi une action violente et se trouve atteint de luxation, direz-vous que c'est à la puissance musculaire propre de l'individu blessé que la luxation est due? Certainement non, car c'était bien une action extérieure, celle de l'antagoniste, qui a agi sur le levier, dont une des extrémités a été arrachée de ses rapports articulaires normaux; c'est absolument la

même chose que si, dans une chute, notre malade était venu s'appuyer violemment contre un corps résistant quelconque.

Voyons d'abord, pour que la question puisse être bien éclaircie, comment les chirurgiens qui admettent l'intervention musculaire personnelle et directe dans la production des luxations, l'ont comprise; l'école de Desault, et auparavant Fabre et Lafaye, qui n'ont fait que reproduire les doctrines de l'Académie de chirurgie (et nous pourrions, certes, remonter bien plus haut encore si nous voulions), admettaient, pour les luxations du bras, par exemple, que, dans une chute, la main ou le coude, moyennement écartés du tronc et formant un angle de 45 degrés environ, viennent appuyer sur le sol, et qu'alors les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond entrent en puissante contraction pour rapprocher le bras du corps, afin d'empêcher que le tronc n'arrive jusqu'à terre; qu'agissant ainsi sur la *partie supérieure de l'humérus*, dont l'extrémité inférieure est rendue absolument immobile, parce qu'elle appuie sur un corps absolument résistant, ils entraînent en bas et en dedans la tête humérale, qui, soulevant alors la capsule fibreuse, la distend et la déchire; à ce moment, la tête osseuse s'échappe de la cavité à travers cette ouverture et vient en état de luxation axillaire, ou *antéro-interne* inférieure, pour employer l'excellente expression de Velpeau.

Pour qu'un tel effet eût lieu, il faudrait supposer qu'une force musculaire prodigieuse cherchât à se produire; or, l'os qui devra être luxé est appuyé et pressé, de plus en plus, contre le fond de la cavité glénoïde par l'action même des muscles indiqués, qui s'y épuise, car la direction de cette pression est perpendiculaire au plan du fond de cette cavité; et, dans ce cas, si la force était suffisante, une fracture, à la rigueur, serait possible, mais non pas une luxation; je n'ai pas besoin d'en exposer davantage la raison, après ce que je viens de dire.

Avant d'aller plus loin, je ne saurais me dispenser de rappeler ici, comme je l'ai déjà fait dans mon premier mémoire (1858, et à la page 9), que Boyer s'est assez notablement éloigné de Desault dans l'analyse qu'il a donnée du mécanisme de la production de la luxation du bras dans l'aisselle; il dit : « Les luxations de l'humérus sont presque toujours produites par une chute dans laquelle le coude, étant écarté du corps, appuie sur un plan solide. Dans cette circonstance, le *mouvement d'élévation du bras est porté aussi loin que la disposition des surfaces articulaires peut le permettre, et beaucoup plus loin que ne peut jamais le faire l'action des muscles destinés à cet usage; l'humérus s'incline fortement sur la surface articulaire de l'omoplate et forme avec elle un angle aigu, dont le sinus* (l'ouverture) *est tourné en haut;* la tête de l'os est poussée contre la partie inférieure de la capsule articulaire, et si l'effort est assez violent pour rompre ce ligament, le déplacement en bas arrive. » Ici, Boyer est dans l'erreur; dans ces conditions, la luxation n'a pas lieu, parce que l'humérus n'a pas encore trouvé le point d'appui sur lequel il doit basculer pour que la luxation soit possible, comme nous l'exposerons tout à l'heure. Et je dois ajouter que nous voyons Boyer retomber dans les erreurs de l'école de Desault, car il ajoute aussitôt : « Mais ce dernier effet aurait *rarement* lieu si les muscles qui rapprochent le bras du corps ne joignaient leur action à celle de la violence extérieure; or, voici comment ces organes contribuent, etc., » comme Desault et son école. Et il finit en disant : « Ils (les muscles) déterminent la tête de l'os à sortir de la cavité, parce que le coude, qui porte à terre, est appuyé sur un point fixe, tandis que la tête de l'os devient le point mobile. » On le voit, Boyer, comme ses prédécesseurs, admet ici l'action directe des muscles grand dorsal, grand rond et grand pectoral pour produire la luxation; là est l'erreur de tous ces illustres chirurgiens.

Malgaigne avait entrevu que les choses ne pouvaient pas se passer, comme on le dit généralement, dans la production de cette luxation, mais la vraie théorie fut à peine entrevue par cet habile critique; il croyait, ce qui est vrai, que, pour que le bras se luxe dans l'aisselle, il faut qu'il soit élevé au-dessus de la position horizontale, ou, si l'on veut, au-dessus de la perpendiculaire au plan latéral du corps; alors, pensait-il, la grosse tubérosité humérale vient s'appuyer sur la partie supérieure du pourtour glénoïdien, et le mouvement d'élévation continuant, c'est là qu'elle bascule; alors la tête de l'os s'éloigne du fond de la cavité, la capsule est distendue à sa partie inférieure, elle se rompt, et la tête osseuse passe à travers la déchirure et gagne l'aisselle, enfin, lorsque le bras retombe, il reste en état de luxation en bas; malheureusement, cet aperçu de Malgaigne, qui l'eût dû mettre sur la voie de la solution de la question, n'est pas acceptable en lui-même, et le mécanisme exposé par lui est faux. En voici la raison : que les faits justifient à chaque nouvelle occasion où il nous est donné de pouvoir bien analyser les détails de l'accident.

En premier lieu, la grosse tubérosité de l'humérus ne peut pas prendre son point d'appui sur le pourtour supérieur de la cavité glénoïde, parce que le tendon de la longue portion du biceps brachial, s'enroulant au-dessus de la tête humérale, vient garnir le sourcil glénoïdien en se divisant pour former la partie la plus élevée du bourrelet fibreux qui l'entoure et le garnit, et qui force toujours ainsi cette extrémité articulaire, à glisser dans la cavité, lorsque le bras sera élevé au-dessus du niveau de l'épaule; donc, la grosse tubérosité, elle aussi, glisse de haut en bas, plonge en quelque sorte dans la cavité en refoulant la capsule devant elle, pendant que la tête gagne la partie tout à fait inférieure de la circulation, et distend en ce point cette capsule fibreuse : c'est là que Boyer s'était arrêté; moi, j'ajoute, elle ne peut pas encore la rompre; il faut, pour cela, que l'humérus, encore plus élevé, vienne s'appuyer par son col chirurgical sur le sommet de la voûte acromio-claviculaire, y trouve son point d'appui et bascule en s'élevant de plus en plus jusqu'à l'état de renversement complet en haut; c'est alors qu'agit le levier du premier genre, dont le point d'appui est peu éloigné de la résistance, l'acromion, soit la capsule fibreuse, tandis que le levier de la puissance est mesuré par la longueur du bras, si ce n'est même pas celle du membre supérieur tout entier, lorsque c'est la main qui appuie sur le sol; je puis rigoureusement m'exprimer ainsi, car les forces antagonistes, puissance et résistance, sont ici parallèles et à peu près perpendiculaires au levier, *l'os à luxer*, condition nécessaire pour pouvoir apprécier, comme nous le faisons, la longueur d'un bras du levier; celui-ci peut alors surmonter toutes les résistances; les muscles grand pectoral, grand dorsal, grand rond, petit rond, sous-scapulaire, sus-épineux, sous-épineux, dont les attaches à l'humérus sont renversées vers le haut, voient leurs puissances annulées, bien loin de produire ainsi le déplacement, comme le pensait l'école de Desault; voilà pour la luxation axillaire.

Pour les luxations primitives de l'humérus en avant et en arrière de la cavité glénoïde, la vraie doctrine est absolument la même que pour la précédente; le bras étant poussé violemment en avant, le col chirurgical de l'humérus ou bien la petite tubérosité vient appuyer sur le pourtour de la cavité; là il bascule; la tête humérale, portée en arrière et soulevée, déchire la capsule et vient s'établir en état de luxation sous-épineuse ou sous-acromio-épineuse. Dans le cas contraire, lorsque le bras est violemment rejeté en arrière, l'humérus trouve son point d'appui sur le bord postérieur de la cavité articulaire, bascule, et la tête humérale, distendant la capsule en avant, la déchire et s'échappe pour venir se placer sous l'apophyse coracoïde ou sous la clavicule (luxation sous-coracoïdienne ou sous-coraco-claviculaire). Ce n'est que dans la double circonstance que nous venons d'exposer que le bras peut se luxer pour constituer les luxations *primitives* de ces deux derniers genres; je laisse de côté le cas où une violence

énorme sera venue frapper directement, soit en avant, soit en arrière, l'extrémité supérieure de l'os, et aura pu la chasser devant elle en déchirant la capsule et en produisant ainsi le déplacement; j'avoue que la chose ne me semble guère possible, et, dans tous les cas, je pense que, dans une pareille occasion, les parties environnantes de l'articulation seront profondément contusionnées, brisées, broyées, et la lésion accompagnée de délabrements tels, que nous n'aurons plus affaire réellement à une luxation véritable.

Je ne fais aucun doute que les choses se passent toujours de la façon que je viens d'exposer tout à l'heure, et cela pour la production de toutes les luxations. C'est encore ce que je veux montrer pour celle d'entre elles dont le mécanisme de production a toujours été ignoré ou mal compris et mal analysé, je veux dire la luxation du coude en arrière. Partout et à peu près toujours, on a dit que cette luxation se produisait dans une chute sur la main, l'avant-bras étant dans une demi-flexion plus ou moins grande; or, ceci est tout simplement impossible, en supposant l'intégrité des parties osseuses, car cette luxation ne pourrait s'effectuer, dans les conditions indiquées, sans que préalablement l'apophyse coronoïde du cubitus, qui embrasse en dessous la poulie articulaire de l'humérus, fût fracturée, et cette fracture ne s'observe que tout à fait exceptionnellement, et encore n'est-ce pas dans les cas de luxation qu'on l'a trouvée. Déjà Bichat (œuvres de Desault, note de la page 384, Ier vol.) avait insisté sur ce fait, et il avait ajouté que la luxation du coude en arrière ne peut se produire que *dans l'extension forcée* de l'avant-bras. Malheureusement, ce que Bichat ajoute ensuite est très obscur; toutefois, en le lisant avec attention, il semble, en effet, que Bichat avait suivi le mécanisme de cette luxation du coude. Malgaigne sentit aussi qu'il y avait dans l'ancienne doctrine quelque chose d'obscur; il pensa cependant que la luxation du coude pouvait se produire lorsque, dans une chute sur la main, l'avant-bras était légèrement fléchi, mais avec un certain degré de torsion; c'est une erreur. Nélaton insiste sur l'impossibilité de se rendre compte de la production de cette luxation, l'apophyse coronoïde restant intacte.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

DU RÔLE ET DE L'ORIGINE DE CERTAINS MICROZYMAS. Note de M. *A. Béchamp*. — 1° *Des microzymas et bactéries des marais.* — Dans les lieux où des détritus végétaux et animaux s'accumulent sous l'eau, on trouve des infusoires nombreux, bactéries, etc., et souvent des microzymas isolés. Il en est ainsi de la vase des marais, des plantes aquatiques du Jardin des plantes de Montpellier : il s'en dégage, avec de l'azote, de l'acide carbonique et de l'hydrure de méthyle. J'ai distillé environ 50 litres de cette vase, et j'en ai retiré assez d'alcool et d'acide acétique pour les nettement caractériser.

2° *Des microzymas de la terre de garrigue.* — La terre de garrigue des environs de Montpellier contient des microzymas visibles au microscope.

3° *Microzymas et bactéries de la terre de bruyère.* — La terre de bruyère que l'on emploie au Jardin des plantes de Montpellier contient une foule de microzymas mêlés de bactéries.

4° *Microzymas des poussières calcaires des rues de Montpellier.* — L'auteur a déjà publié que ces poussières constituent à volonté le plus puissant des ferments lactique ou butyrique.

5° Dans tous les phénomènes de combustion lente, appelés par Liebig *crémacausie*, on peut constater la présence de granulations moléculaires analogues aux microzymas.

6° *Sur les microzymas de la totale destruction d'un petit chat enterré dans du carbonate de chaux.* — L'auteur conclut de cette expérience que les microzymas que l'on retrouve dans la craie, dans les roches, dans la terre, dans le terreau, dans la poussière des rues, dans la vase des marais, n'ont pas d'autre origine que les microzymas qui font partie intégrante de tout organisme vivant, et dont le rôle physiologique, après la mort, est la totale destruction de cet organisme.

SUR LA NON-EXISTENCE DU « MICROZYMA CRETÆ ». Note de MM. *Chamberland* et *Roux*. — Les auteurs, se fondant sur leurs expériences, contestent absolument l'existence de microzymas géologiques.

SUR LE MÉCANISME DES TROUBLES PRODUITS PAR LES LÉSIONS CORTICALES. Note de M. *Couty*. — Un singe ou un chien a une lésion frontale, une autre une lésion occipitale; celui-ci est paralysé des mouvements ou de la sensibilité du côté opposé, celui-là paraît très agile et sent parfaitement; mais tous présentent une diminution très nette ou une suppression de l'excito-motricité médullaire du côté opposé à la lésion corticale. Ce trouble unilatéral du fonctionnement médullaire ne reste pas borné à l'excito-motricité; et la coordination des mouvements est, elle aussi, atteinte. Il y a de l'ataxie, ou des tremblements plus ou moins amples, ou des phénomènes de rotation. Sur tous les animaux qui présentent des troubles de la direction ou de la coordination des mouvements, il suffit de fermer les deux yeux pour augmenter considérablement tous ces phénomènes, et pour rendre paralytiques des singes ou des chiens qui auparavant couraient et marchaient parfaitement. Leur moelle présente aussi d'autres troubles plus complexes. Ainsi, beaucoup de singes ou de chiens ont paru moins agiles du côté opposé à la lésion corticale. De même, assez souvent, il y a eu un retard notable de la transmission des excitations sensitives, quand elles portaient sur la peau du côté opposé à la lésion.

Sur les mêmes animaux, les fonctions vaso-motrices médullaires ont été constamment modifiées. Les pattes du côté opposé étaient plus chaudes, et assez souvent la conjonctive opposée s'est vascularisée et enflammée pendant plusieurs jours. Enfin, presque toutes les autopsies ont fait voir des lésions congestives ou hémorrhagiques, ou de l'infiltration purulente des deux poumons, et surtout du poumon du côté de la lésion.

En somme, les lésions corticales unilatérales et limitées entraînent toujours des modifications profondes des diverses fonctions du bulbe et de la moelle opposés, tandis qu'elles laissent relativement intactes les fonctions du cerveau. Le bulbe et la moelle ne seraient donc pas seulement des lieux de passage, des intermédiaires obligés entre le cerveau resté intact et la périphérie, et ils interviendraient activement dans la production des phénomènes. La destruction d'une circonvolution, sans action par elle-même, agirait à distance, sur les organes nerveux sous-jacents, par un mécanisme probablement analogue à celui que M. Brown-Séquard a si bien étudié sous le nom d'*inhibition*.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie la collection des mémoires couronnés aux concours universitaires en ce qui concerne les sciences médicales et naturelles.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des épidémies observées en 1880 dans les départements suivants : Ain, Hautes-Alpes, Ariège, Aveyron, Creuse, Haute-Garonne, Gers, Ille-et-Vilaine, Jura, Landes, Manche, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Nord, Pas-de-Calais, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Belfort, Rhône, Vienne, Haute-Vienne (*Commission des épidémies*); 2° les tableaux des vaccinations pratiquées dans les départements dont les noms suivent : Ain, Ardennes, Aude, Bouches-du-Rhône, Charente-Inférieure, Corrèze, Côtes-du-Nord, Drôme, Finistère, Gard, Gers, Gironde, Indre-et-Loire, Jura, Landes, Loire, Haute-Loire, Lot-et-Garonne, Lozère, Manche, Marne, Mayenne,

Morbihan, Nièvre, Basses-Pyrénées, Belfort, Rhône, Savoie, Seine-et-Oise, Deux-Sèvres, Vendée, Vienne et Vosges (*Commission de vaccine*); 3° les rapports des médecins-inspecteurs des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, Bagnoles, Rennes, Bagnols, Ax, Saint-Alban et Andinac pour l'année 1879 (*Commission des eaux minérales*); 4° la formule d'un remède contre la rage présentée par M. Longuc (de Chambéry). (*Commission des remèdes secrets.*)

M. le préfet de la Seine-Inférieure adresse l'état des vaccinations pratiquées par le Bureau municipal d'hygiène du Havre en 1880. (*Commission de vaccine.*)

M. le secrétaire du Comité central des congrès et conférences de l'Exposition universelle de 1878 envoie les comptes rendus des congrès n°s 3, 9, 28, 31 et 32.

M. le docteur *Liron*, médecin aide-major au 120° de ligne, adresse le relevé des vaccinations qu'il a fait dans le cercle de Fort-National (grande Kabylie) pendant l'année 1880. (*Commission de vaccine.*)

Mme *Bauduin*, sage-femme, à Vannes, envoie un rapport sur les vaccinations qu'elle a pratiquées de 1867 à 1880. (*Même commission.*)

M. le docteur *Bernard* adresse un rapport sur les vaccinations pratiquées par lui à Cannes, du 28 février 1881 au 30 mai de la même année. (*Même commission.*)

L'Académie inscrit sous le n° 1 pour le prix Capuron (1881) un mémoire manuscrit portant l'épigraphe suivante : « C'est des faits que vient la lumière. »

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. *Lavocat* (de Toulouse), un mémoire sur les *Homoptysies musculaires des membres thoraciques et pelviens*; 2° au nom de M. le docteur *Laissers* une brochure sur *Les eaux thermales de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers*; 3° de la part de M. le docteur *Ch. Pigeon* (de la Nièvre) une *Lettre à MM. les députés relativement au projet de loi sur les vaccinations obligatoires*; 4° au nom de M. le docteur *Wasseige* (de Liège) une observation d'*Ablation d'une tumeur kystique d'une partie de l'utérus et de l'ovaire gauche, opération très compliquée; guérison*; 5° de la part de M. le docteur *Ceccherelli* (de Florence) une brochure intitulée : *Osservazioni sulla resezione delle stomaco.*

M. *Duplay* présente le fascicule 3 du tome VI de son *Traité de pathologie interne*. Ce fascicule est consacré à la maladie de l'anus et du rectum.

M. *Depaul* fait hommage, de la part de la Société française d'hygiène, d'un *Guide du vaccinateur*, et dépose, au nom de M. le docteur *Duboué* (de Pau) un pli cacheté, qui est accepté.

Élection d'un membre titulaire. — L'Académie procède à l'élection du successeur de M. Peisse dans la section des associés libres, d'après la liste suivante de présentation : en première ligne, M. Marjolin: en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Foville, Krishaber, Magitot, Mesnet, Worms; candidat adjoint par l'Académie : M. de Ranse. — Votants : 77, majorité : 39. Ont obtenu : M. Marjolin, 45 voix; M. Worms, 13; M. Mesnet, 7; M. Magitot, 6; M. Krishaber, 4; M. de Ranse, 1; M. Maximin Legrand, 1.— En conséquence, M. *Marjolin* est proclamé membre titulaire de l'Académie.

Frémissement pleurétique dans les affections arthritiques. — M. *Woillez* donne lecture d'un rapport dont il avait été chargé, avec M. Pidoux, sur un mémoire présenté par M. le docteur *E. Collin* (de Saint-Honoré) et ayant pour titre : « Note sur un bruit particulier de frémissement pleurétique comme signe diagnostique des affections pulmonaires de nature arthritique ». D'après ce dernier, si l'on tire par la pensée une ligne perpendiculaire du creux axillaire à la base de la cage thoracique, on entendra dans ces affections, habituellement à la rencontre du tiers inférieur avec le tiers moyen, un bruit qui ressemble au râle crépitant du premier degré de la pneumonie; ce bruit (froissement arthritique, comme il l'appelle) ne se produit que pendant l'inspiration, et il a quelquefois besoin pour être entendu d'une inspiration longue et prolongée. On le constate des deux côtés, soit en même temps, soit alternativement, plus généralement, il est perçu seulement à droite. Tels sont les caractères donnés définitivement à ce bruit par M. Collin, M. Woillez a pu examiner deux malades guéris d'une ancienne manifestation rhumatismale pleuro-pulmonaire, et qui paraissaient justifier à M. Collin sa description; il a, de plus, recherché et rencontré assez souvent ce bruit arthritique d'auscultation, qui ne lui semble pas rare, car il en a constaté 39 observations en 1876, 53 en 1877, 145 en 1878; cependant il ne l'a pas observé chez tous les rhumatisants souffrant du côté droit de la poitrine et notamment de l'épaule et du bras correspondant. Ce bruit dépend, au moins dans la plupart des cas, du rhumatisme, déclare M. Woillez; il a tantôt une marche aiguë, tantôt il est transitoire, se montre accidentellement pour disparaître ensuite; il est chronique ou permanent. Il peut être attribué d'ordinaire à la congestion lorsqu'il est passager, à la pleurésie guérie lorsqu'il est permanent. Il est souvent difficile de décider s'il y a râle ou frottement; il faut aussi constater sa limitation dans le lieu d'élection signalé, limitation constatée par un certain nombre d'observateurs, et bien qu'il puisse y avoir coïncidence avec d'autres manifestations congestives des organes respiratoires. Le fait principal qui ressort de ces recherches, c'est, d'après M. Woillez, le pronostic favorable des hémoptysies qui surviennent chez les rhumatisants présentant en même temps ce bruit anormal. Si le bruit indiqué se localise ou se montre plus accentué à l'union des deux tiers inférieurs de la région axillaire chez les arthritiques, c'est sans doute que ce point est le plus fatigué par suite d'une amplitude plus considérable du mouvement costal, en raison de l'écartement plus étendu des côtes en ce point, et la perception du frottement peut alors se limiter à cette portion plus dilatable de la cage thoracique. Quoi qu'il en soit, et en résumé, ce signe pourrait révéler au médecin la nature arthritique de manifestations pathologiques paraissant d'abord étrangères au rhumatisme. — L'Académie accueille favorablement le travail de M. Collin.

Ptomaïnes. — En son nom et au nom de M. *Boutmy*, M. *Brouardel* fait une nouvelle communication sur les réactifs des ptomaïnes et sur leurs caractères. Après avoir rappelé que les ptomaïnes réduisent le cyanoferride de potassium, et que cette propriété ne leur appartient pas exclusivement, il ajoute à ce caractère cependant assez général une autre réaction particulière à ces composés organiques, la réduction du bromure d'argent, qui permet ainsi de ne pas les confondre avec les bases similaires, et aussi de signaler une ptomaïne dans un mélange avec un alcali végétal. Ils ont également institué des expériences pour se rendre compte des conditions dans lesquelles se forment les ptomaïnes, pour reconnaître leurs variétés et comprendre leurs réactions. C'est ainsi qu'avec l'aide de M. *Descoust* chaque jour les bases, les acides, les corps gras, les gaz simples qui se forment par la putréfaction d'un cadavre renfermé dans une caisse hermétiquement close, à parois transparentes, sont analysés et dosés; cette caisse reposant sur le plateau d'une bascule, on constate l'équivalence de la perte de poids quotidienne avec celle du poids des produits dégagés. Des résultats jusqu'ici obtenus, et qui doivent être poursuivis sur des cadavres d'adultes, de nouveau-nés et surtout de mort-nés, n'ayant ni ingéré ni respiré, il résulte que : les ptomaïnes naissent surtout lorsque la putréfaction s'opère à l'abri du contact de l'air, et qu'elles résultent de l'union de certains hydrogènes carbonés avec l'azote provenant des tissus ou des liquides animaux quand l'oxygène de ces matières et leur carbone disparaissent à l'état d'acide carbonique. Car l'on constate : la disparition de l'oxygène à mesure que la putréfaction avance, la diminution de 50 pour 100 dans les proportions de l'azote et des hydrogènes carbonés, et la formation des ptomaïnes au fur et à mesure. Or, si les hydrogènes carbonés (phényle, méthyle, toluyle, etc.) entrent dans la composition des ptomaïnes, les alcalis végétaux dans lesquels on introduira ces radicaux hydrocarbonés pourront bien, à leur tour, réduire le réactif indiqué comme les ptomaïnes; c'est ce qui a été confirmé avec dix-huit alcalis végétaux ainsi préparés. De plus, comme moyen de contrôle, plusieurs alcaloïdes artificiels contenant des hydrogènes carbonés ont été reconnus posséder le pouvoir réducteur reconnu aux ptomaïnes; celles-ci renferment donc ces radicaux dans leur composition. M. Brouardel pense enfin, d'après une expertise médico-légale, que les ptomaïnes ou des alcaloïdes analogues peuvent se développer pendant la vie sous l'influence de certains processus morbides qui sont d'ailleurs à déterminer.

M. *Armand Gautier* rappelle qu'à la même époque que M. Selmi (de Bologne) il annonçait la découverte des alcaloïdes dus à la putréfaction. Il pense avoir été le premier à

annoncer que ces alcaloïdes provenaient d'un dédoublement des matières albuminoïdes; car c'est en 1878 que M. Selmi a confirmé cette observation. M. G. Pouchet ayant reconnu dans les urines l'existence d'une matière alcaloïde, M. Gautier vient de démontrer que cette substance était une véritable ptomaïne, matière stupéfiant et tétanisant les animaux, offrant la réaction caractéristique. Il s'est même demandé si certains alcaloïdes végétaux ne seraient pas des ptomaïnes; ici encore l'expérience a résolu affirmativement la question en montrant que la muscarine appartenait à la classe des ptomaïnes par ses diverses propriétés, en particulier par celle de réduire le mélange ferricyanure de potassium et de perchlorure de fer. Enfin, M. Gautier a recherché si les produits de certaines glandes, chez les animaux, des glandes à venin par exemple, ne présenteraient pas des alcaloïdes analogues aux ptomaïnes, et il a trouvé ces analogues dans le venin du Trigonocéphale et du Cobra capello.

La question de la production des alcaloïdes organiques semble donc, d'après M. Gautier, devoir être généralisée et ne pas être limitée à leur formation sur le cadavre.

VACCINATION CHARBONNEUSE. — On sait que M. *Pasteur*, assisté de ses collaborateurs habituels, MM. *Chamberland* et *Roux*, avait, il y a quelques mois, fait connaître qu'il était parvenu à atténuer le virus du charbon et du choléra des poules par l'action de l'oxygène, en empêchant intégralement la formation des spores; avant l'extinction de sa virulence, le microbe passe par divers degrés d'atténuation, chacun de ces états peut être reproduit par la culture, et, comme le charbon ne récidive pas, chacun des microbes charbonneux atténués constitue pour le microbe supérieur un vaccin, c'est-à-dire un virus propre à donner une maladie plus bénigne. — La Société d'agriculture de Melun, prenant aussitôt une initiative qui lui fait grand honneur, s'empressa d'offrir à M. Pasteur le moyen d'appliquer cette donnée expérimentale sur une grande échelle, et celui-ci, avec MM. Chamberland et Roux, rédigea le programme suivant :

1° La Société d'agriculture de Melun met à la disposition de M. Pasteur 60 moutons ; 2° 10 de ces moutons ne subiront aucun traitement ; 3° 25 de ces moutons subiront deux inoculations vaccinales, à douze ou quinze jours d'intervalle, par deux virus charbonneux inégalement atténués; 4° ces 25 moutons seront, en même temps que les 25 restants, inoculés par le charbon très virulent, après un nouvel intervalle de douze ou quinze jours ; les 25 moutons non vaccinés périront tous; les 25 vaccinés résisteront, et on les comparera ultérieurement avec les 10 moutons réservés ci-dessus, afin de montrer que les vaccinations n'empêchent pas les moutons de revenir à un état normal; 5° après l'inoculation générale du virus très virulent aux deux lots de 25 moutons vaccinés et non vaccinés, les 50 moutons resteront réunis dans la même étable, on distinguera une des séries de l'autre en faisant, avec un emporte-pièce, un trou à l'oreille des 25 moutons vaccinés; 6° tous les moutons qui mourront charbonneux seront enfouis un à un dans des fosses distinctes, voisines les unes des autres, situées dans un enclos palissadé ; 7° au mois de mai 1882, on fera parquer dans l'enclos dont il vient d'être question 25 moutons neufs, n'ayant jamais servi à des expériences, afin de prouver que les moutons neufs se contagionnent spontanément par les germes charbonneux qui auraient été ramenés à la surface du sol par les vers de terre; 8° 25 autres moutons neufs seront parqués tout à côté de l'enclos précédent, à quelques mètres de distance, là où l'on n'aura jamais enfoui d'animaux charbonneux, afin de montrer qu'aucun d'entre eux ne mourra du charbon.

De plus, 10 vaches furent offertes aux expérimentateurs, qui les acceptèrent, mais en déclarant que les 4 animaux qui ne seraient pas vaccinés ne succomberaient probablement pas aux inoculations, mais seraient tout au moins fort malades. Deux des moutons furent également remplacés par des chèvres; les animaux étaient d'âge, de sexe et de race différents.

Le 5 mai, 24 moutons, 1 chèvre, 6 vaches furent inoculés, à l'aide d'une seringue de Pravaz, avec cinq gouttes d'une culture de virus charbonneux atténué; le 17 mai, ils furent réinoculés par un second virus également atténué mais plus virulent. Le 31 mai enfin, tous les animaux, sans exception, furent inoculés avec un virus très virulent régénéré des corpuscules-germes du parasite charbonneux conservé dans le laboratoire de l'École normale depuis le 21 mai 1877. Quarante-huit heures après, le 2 juin, devant une assistance nombreuse, M. Pasteur trouvait : d'une part, tous les animaux vaccinés présentant les apparences de la plus parfaite santé, et, d'autre part, les moutons et les chèvres non vaccinés morts charbonneux, à l'exception de trois moutons, qui succombèrent dans la journée même; quant aux animaux de l'espèce bovine, les quatre vaccinés étaient en bonne santé, les six autres présentaient de volumineux œdèmes et étaient manifestement malades.

M. Pasteur affirme que les autres prévisions qui doivent se réaliser à longue échéance seront confirmées d'une façon tout aussi éclatante.

« Nous possédons maintenant, dit-il en terminant, des virus-vaccins du charbon, capables de préserver de la maladie mortelle, sans jamais être eux-mêmes mortels, vaccins vivants cultivables à volonté, transportables partout sans altération, préparés enfin par une méthode qu'on peut croire susceptible de généralisation, puisque, une première fois, elle a servi à trouver le virus du choléra des poules. Par le caractère des conditions que j'énumère ici, et à n'envisager les choses que du point de vue scientifique, la découverte des vaccins charbonneux constitue un progrès sensible sur le vaccin jennérien, puisque ce dernier n'a jamais été obtenu expérimentalement ».

Cette découverte, « la plus considérable peut-être de la médecine en ce siècle », comme le déclare M. *Bouley*, est accueillie par l'Académie au milieu d'une profonde émotion et au bruit d'applaudissements nombreux et réitérés. Cependant une discussion assez confuse s'engage de suite. L'une des brebis vaccinées, qui était à terme, étant morte le 3 juin, et les vétérinaires chargés de son autopsie ayant cru pouvoir attribuer sa mort à celle de son fœtus, qui avait dû succomber dix jours environ auparavant, MM. *Blot* et *Depaul* ont rappelé qu'un fœtus ne pouvait infecter sa mère, tant que les membranes étaient restées intactes.

M. *Pasteur*, qui n'avait pas sur lui le procès-verbal d'autopsie, n'a pu indiquer les lésions trouvées par les vétérinaires. Cette mort n'infirme en rien d'ailleurs ses prévisions expérimentales, puisque cette brebis était dans des conditions toutes particulières, qu'il ignorait. Elle ne présentait, d'ailleurs, aucun caractère bien manifeste du charbon. — Il en a profité pour déclarer qu'il lui semblait imprudent de vacciner contre le charbon des animaux prêts de mettre bas, et qu'il ne supposait pas qu'on pût vacciner contre la variole des femmes sur le point d'accoucher. Mais MM. *Blot* et *Depaul* ont fait remarquer qu'ils le faisaient tous les jours sans inconvénients.

M. *Pasteur*, a, en outre, incidemment montré la différence et la supériorité du virus charbonneux atténué sur le vaccin jennérien, malgré les circonstances scientifiquement défectueuses à ce point de vue de ses expériences, car on n'oserait pas inoculer la variole grave à des individus qui viennent d'être vaccinés, tandis qu'on inocule avec un virus tuant 100 fois sur 100 des animaux préalablement inoculés avec un virus atténué. M. *Depaul* a déclaré qu'il ne ferait nulle difficulté d'inoculer une variole confluente à un vacciné.

Notons encore une intervention *in extremis* de M. *G. Colin* (d'Alfort), protestant de la priorité de ses découvertes sur

celles de M. Pasteur, maintenant ses doutes sur la durée de l'immunité contractée et sur les résultats présentés, tant qu'on n'aurait pas examiné le sang des animaux ayant résisté. Cet examen a été fait, déclare M. Pasteur, qui s'empresse d'inviter son contradicteur à le faire lui-même; ce que M. *Colin* s'empresse également de refuser, comme d'habitude.

— La séance est levée à six heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DESNOS.

Éclampsie à la suite d'une rougeole (M. Sorel) : M. Lereboullet. — Rein amyloïde sans albuminurie : M. Strauss. — Action thérapeutique de l'acide silicique (M. Champouillon) : M. Desnos. — Bactéries de la lèpre : M. Cornil.

M. *Lereboullet*, à l'occasion du procès-verbal, remet à la Société, au nom de M. Sorel, une observation de convulsions éclamptiques avec aphasie et paralysie fugace, survenues dans la convalescence d'une rougeole sous l'influence de troubles gastriques et guéries par l'administration d'un vomitif. Cette observation est à rapprocher du fait analogue cité par M. Guyot, d'après M. Lépine, dans la séance du 8 avril.

— M. *Strauss* a observé récemment un cas remarquable de *rein amyloïde sans albuminurie*. L'un des symptômes les plus constants, d'après les auteurs classiques, de la dégénérescence amyloïde du rein serait la présence de l'albumine dans l'urine; cependant, M. Lécorché pense qu'elle peut faire défaut, s'il n'y a pas coexistence de lésions inflammatoires du tissu cellulaire de l'organe. Ces deux opinions seraient également exagérées; les premières observations concluantes, avec le contrôle de l'autopsie sont dues à Littel, qui, en 1878, a publié quatre faits de dégénérescence amyloïde des reins sans albuminurie : trois chez des tuberculeux et le quatrième chez un syphilitique. Le cas observé par M. Strauss est tout analogue; il s'agit d'une malade âgée de trente-neuf ans, entrée il y a deux ans dans le service de M. Grancher pour un épanchement pleural du côté droit, dont la nature séreuse fut reconnue par plusieurs ponctions successives. Il y avait en même temps des signes non douteux de tuberculose pulmonaire du même côté. Un an plus tard environ, vers la fin de 1880, il se produisit un pneumothorax à début insidieux et l'épanchement devint purulent; c'est à cette époque que la malade fut soumise à l'observation de M. Strauss. Il pratiqua presque journellement l'examen des urines sans jamais y rencontrer la moindre trace d'albumine et cependant le foie et la rate étaient notablement augmentés de volume et la diarrhée était abondante. La mort survint le 5 mai; on trouva à l'autopsie 1 litre environ de liquide purulent dans la plèvre droite et des tubercules à diverses phases d'évolutions aux deux sommets des poumons. Dans le foie, la rate et l'intestin, on constatait à l'œil nu, au moyen de la réaction de la teinture d'iode iodurée, l'existence non douteuse de la dégénérescence amyloïde. Les reins n'étaient pas augmentés de volume, la substance corticale offrait une teinte gris rosé, et la substance parenchymateuse paraissait saine. Le réactif iodique faisait apparaître des lignes brunâtres vers la base des pyramides. L'examen histologique fut pratiqué et les coupes colorées par le violet de méthylaniline : on put alors constater que les glomérules de Malpighi étaient atteints par la lésion amyloïde dans quelques points seulement et non dans la totalité de leur volume, il en était de même pour leurs artérioles afférentes; au niveau des faisceaux des *vasa recta* de la substance parenchymateuse, l'altération était, au contraire, complète, massive. On s'explique, par suite de l'intégrité relative des glomérules, l'absence de filtration de l'albumine constatée pendant la vie. On trouvait également quelques lésions minimes de néphrite interstitielle et un peu de dégénérescence granulo-graisseuse de l'épithélium trouble, mais trop peu marquées pour avoir dans l'espèce la moindre importance. Dans trois observations de Littel la répartition des lésions amyloïdes était identique; dans la quatrième, au contraire, les glomérules étaient envahis en bloc, mais l'auteur pense que, dans ce cas, l'absence d'albuminurie était due à la suppression de toute espèce de filtration au niveau des glomérules dégénérés. M. Strauss conclut de ces faits que l'albuminurie n'est pas un symptôme absolument constant dans le rein amyloïde; que les glomérules peuvent être atteints jusqu'à un certain point sans que l'albumine passe dans les urines; enfin que, chez les individus menacés de dégénérescence amyloïde par l'évolution de la tuberculose, de la syphilis ou par une longue suppuration, la constatation de l'hypertrophie du foie et de la rate, surtout si elle s'accompagne de diarrhée, peut suffire à déceler l'affection, même en l'absence de l'albuminurie. Il fait, en outre, remarquer qu'il n'est pas exact de fixer le début de la lésion au moment où l'albumine sera constatée dans l'urine, puisque le rein peut être atteint sans que l'albuminurie se produise.

M. *Cornil* accepte entièrement l'explication fournie par M. Strauss de la non-filtration de l'albumine lors de lésions amyloïdes localisées principalement aux vaisseaux de la substance tubuleuse.

— M. *Desnos* lit une note de M. Champouillon sur les effets thérapeutiques de l'acide silicique et en particulier des eaux de Luxeuil dans le traitement de l'acné et de la couperose.

— M. *Cornil* fait connaître le résultat des recherches histologiques qu'il a entreprises sur l'anatomie pathologique de la lèpre. Il a pu examiner un tubercule cutané lépreux et diverses autres pièces anatomiques provenant d'une léproserie espagnole. Le tubercule cutané est recouvert d'un épiderme aminci, lisse, non ulcéré; l'aspect uni de cette couche superficielle tient à ce que les papilles dermiques sont atrophiées au niveau de la lésion. Le derme est infiltré d'abondantes cellules globuleuses plus ou moins aplaties renfermant un noyau ovoïde, quelquefois deux noyaux; on remarque, en outre, dans l'intérieur de ces cellules de nombreuses petites granulations dont la nature est difficile à déterminer si l'on n'a recours qu'à la coloration par le carmin. Si l'on emploie, au contraire, pour colorer la préparation, le violet de méthylaniline, on reconnaît très nettement l'existence d'une grande quantité de bâtonnets ou bactéries qui apparaissent avec une couleur bleue plus ou moins foncée; un certain nombre de ces bactéries sont isolées, d'autres sont réunies en faisceaux parallèles. Dans les autres pièces, plus anciennes et moins bien conservées, M. Cornil a retrouvé les mêmes bâtonnets, mais ils sont moins évidents. On sait que les bactéries de la lèpre ont été d'abord étudiées en Suède, les préparations placées sous les yeux de la Société viennent confirmer leur existence; on les retrouve dans les divers viscères atteints de lésions lépreuses, et entre autres dans une coupe pratiquée sur une portion de parenchyme hépatique présentant en outre des altérations très analogues à celles de la cirrhose hypertrophique. Dans la moelle, rien de semblable, mais on pourrait sans doute incriminer le liquide de Muller dans lequel elle avait longtemps séjourné. Certains auteurs ont signalé des *boules colloïdes* dans les tissus lépreux; M. Cornil n'en a rencontré en aucun point, et il pense que ces prétendues boules ne sont que la coupe d'un vaisseau dont les parois, très hypertrophiées, sont infiltrées de cellules renfermant des bactéries. La présence des bactéries est un puissant argument en faveur de la contagiosité de la lèpre; mais il faut remarquer que ces microbes, ne pénétrant pas dans l'épiderme, la contagion directe ne paraît possible que lors d'ulcération des lésions cutanées.

M. *E. Labbé* soigne en ce moment un jeune homme de seize ans atteint de lèpre. Se basant sur l'existence des bactéries dans cette maladie, il a tenté de la combattre au moyen de l'acide phénique en injections hypodermiques et à l'intérieur; il a administré concurremment l'iodure de potassium et a fait appliquer des emplâtres de Vigo sur les points où les tubercules étaient le plus développés. Sous l'influence de ce traitement, la maladie, datant de trois ans, a été considérablement améliorée; la tuméfaction de la face et des membres, les tubercules de la gorge, qui entravaient la déglutition, ont diminué d'une façon surprenante et semblent devoir disparaître. Ayant remarqué que la formation de nouveaux tubercules était précédée de l'apparition de taches ecchymotiques avec induration, M. E. Labbé circonscrivit plusieurs de ces taches par des injections phéniquées et les vit disparaître sans avoir donné naissance à des tubercules. Il tiendra la Société au courant des résultats ultérieurs du traitement.

— A cinq heures, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Correspondance. — Anévrysme de l'artère fémorale; ligature de l'iliaque externe; guérison. — Corps étrangers de l'urèthre; fistule uréthro-pénienne. — Inutilité des pessaires. — Hermaphrodite. — Présentation d'un malade.

La correspondance comprend deux observations de fracture de l'extrémité inférieure de la jambe par adduction du pied, par M. *Dieu* (de Sétif), et une étude sur la grenouillette sus-hyoïdienne, par le même auteur.

— M. *Polaillon* complète une observation adressée à la Société par M. Comballat (de Marseille) : anévrysme de l'artère fémorale traité avec succès par la ligature de l'iliaque externe. Cette observation a déjà été l'objet d'un rapport; mais, depuis, le malade est mort d'une affection cardiaque, dix mois après l'opération.

Le sac n'était plus qu'un amas de tissu fibreux; il était oblitéré par le tissu conjonctif. L'artère iliaque externe était oblitérée à partir de 2 centimètres de son origine; l'artère fémorale était oblitérée jusqu'à 10 centimètres au-dessous de la naissance de l'épigastrique. La circulation s'était rétablie par les anastomoses. La ligature faite au catgut était résorbée; le catgut avait agi comme le fil de soie.

— M. *Poncet* (de Cluny) lit une observation de corps étrangers de l'urèthre, fistule uréthro-pénienne. Un homme entre à l'hôpital militaire de Philippeville avec un hypospadias; il s'était introduit dans la fistule des chaînes en or et divers corps étrangere. Phimosis du prépuce. Pas de corps étrangers dans la vessie.

M. Poncet enlève les divers corps étrangers, et, pour combler la fistule, fait un avivement, des sutures profondes et superficielles; sonde à demeure; guérison. Le malade déchira la cicatrice, et quitta l'hôpital pour s'exhiber dans un but de lucre. Condamné à la prison, il avait consenti à se laisser opérer pour obtenir le régime de l'hôpital.

M. *Théophile Anger* croit que la sonde à demeure aurait de grands inconvénients chez des individus dont le canal ne serait pas habitué à des manœuvres spéciales. M Verneuil est également opposé à l'usage des sondes à demeure après les uréthroplasties.

M. *Desprès* est partisan de l'introduction d'une sonde à demeure après les opérations uréthroplastiques, pourvu que la sonde ne soit pas trop grosse.

M. *Poncet*. C'est parce que le malade avait l'habitude de s'introduire des corps étrangers dans le canal de l'urèthre qu'on a eu recours à la sonde à demeure.

— M. *Desprès* présente une femme qui a une chute de l'utérus; l'utérus est hors de la vulve, et le pessaire se trouve dans le vagin. M. Desprès condamne absolument les pessaires, qui sont des objets parfois dangereux, toujours inutiles et malpropres.

M. *Trélat*. Si l'on venait raconter ici qu'un appareil à fractures n'a pas maintenu les fragments réduits, qu'un bandage herniaire ne maintient pas une hernie, qu'est-ce que cela prouverait? Cela ne prouverait pas que les bandages herniaires sont inutiles, et que les appareils à fractures sont insuffisants. Si l'on avait mis un pessaire suffisant, peut-être aurait-on obtenu la contention.

M. *Guéniot*. La malade dit que, quand elle n'a pas son pessaire, elle ne peut faire aucun mouvement; quand elle a son pessaire, elle peut travailler; le tout est de bien l'appliquer.

M. *Verneuil* a assisté au début des recherches de Huguier sur les allongements du col utérin et les chutes de l'utérus. 95 fois sur 100 les prolapsus utérins sont des allongements hypertrophiques, et depuis vingt-cinq ans M. Verneuil n'a pas eu l'occasion d'appliquer un procédé qu'il avait inventé pour remédier au prolapsus utérin; les pessaires ont toujours suffi.

— M. *Magitot* présente un sujet né en 1840, et qui fut enregistré à la mairie sous le nom d'Ernestine. C'était l'enfant unique de parents bien conformés. A treize ans et demi, cette prétendue fille eut un écoulement de sang par les parties génitales; trois mois plus tard, autre écoulement; trois mois après, encore un écoulement, mais plus faible. Les seins se développèrent vers l'âge de quinze à seize ans. Alors, Ernestine avait un grand penchant pour les garçons; mais il n'y eut pas de rapprochements sexuels. On la maria à dix-huit ans; les rapports avec le mari furent toujours incomplets et imparfaits. En 1871, le mari meurt.

A partir de cette époque, Ernestine éprouve un grand penchant pour les femmes, les recherche, et se livre sur elles à un coït qui s'exécute normalement.

Cet individu a une taille qui mesure $1^m,78$; les cheveux sont noirs et assez courts; la barbe est bien fournie; le cou est masculin; la voix est féminine. Les seins sont volumineux, mous et couverts de poils. Le bassin est peu développé. Le pubis est couvert de poils; il existe un véritable pénis ressemblant à celui d'un enfant de douze ans; il est imperforé; il double de volume par l'érection. Dans chaque grande lèvre on trouve un testicule. Au-dessous du pénis on trouve un infundibulum et l'orifice uréthral. L'éjaculation se fait par l'infundibulum; on ne trouve pas de spermatozoïdes dans le liquide séminal.

Pour Geoffroy Saint-Hilaire, cet individu rentrerait dans la classe des hermaphrodites bisexuels imparfaits. Pour M. Magitot, c'est un homme anormal, un hypospade, ayant des testicules normaux dans un scrotum bifide.

M. *Pozzi*. Cet individu a toutes les apparences de l'hypospade scrotal complet : c'est un homme. Les règles n'ont pas été des règles; ce sont des fluxions qui peuvent se produire chez les hommes à l'époque de la puberté. Les testicules sont très atrophiés, ce qui explique l'absence des spermatozoïdes.

M. *Trélat*. Ce fait rappelle l'histoire d'Hermann Dorothée, qui fut réglé pendant longtemps.

M. *Tillaux*. L'hermaphrodisme existe-t-il, oui ou non? Dans sa *Physiologie*, Liégeois en décrit des exemples; Godard aussi a établi le fait de l'assemblage des ovaires et des testicules sur le même individu. Les cas d'hermaphrodisme sont rares; le sujet de M. Magitot en est-il un exemple?

M. *Pozzi*. L'individu est un hypospade, cela est évident. Le genre hermaphrodisme tend à se restreindre de plus en

plus; dans les autopsies récentes, on n'a pas trouvé les ovaires et les testicules réunis sur le même sujet.

— M. *Delens* présente un malade sur lequel il a fait la résection du cal d'une fracture de la clavicule; ce cal avait déterminé une paralysie qui disparut après l'opération.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Étude d'ensemble des conditions qui provoquent les phénomènes de dynamogénie et d'inhibition : M. Brown-Séquard. — Culture des bactéries dans le sang des lépreux : M. Gaucher. — Recherches de calorimétrie : M. d'Arsonval. — Veines vertébrales comme agents de transmission de l'aspiration thoracique aux canaux veineux du crâne : M. François-Franck. — Ferment soluble de la levûre de bière : M. Onimus.

M. *Brown-Séquard* expose à la Société les résultats de plusieurs séries de recherches sur les variations de l'excitabilité nerveuse et de l'irritabilité musculaire produites par les lésions ou irritations centrales et périphériques. Ces travaux sont indiqués, en même temps que plusieurs autres, dans le compte rendu des expériences faites par M. Brown-Séquard (voy. *Travaux originaux*).

— M. *Gaucher* communique à la Société le résultat des cultures qu'il a faites des bactéries trouvées dans le sang des lépreux. Dans quatre cultures successives, il a retrouvé ces bactéries avec les mêmes caractères, tantôt sous forme de bâtonnets, tantôt agglomérées en chapelets. Les inoculations qu'il a tentées jusqu'ici sur l'animal qui est apte à contracter la lèpre, sur le porc, sont restées infructueuses.

—M. *d'Arsonval* a créé une méthode calorimétrique qui lui permet de mesurer à chaque instant *la quantité* de chaleur dégagée par un être vivant. Armé de ce précieux moyen d'investigation, M. d'Arsonval recherche les conditions physiologiques et pathologiques qui modifient la production de chaleur chez les êtres vivants. La thermométrie, tant clinique que physiologique, nous renseigne sur la *répartition* de la chaleur, mais elle est absolument muette sur la question de *production* qui intéresse pourtant à un si haut degré la physiologie et la pathologie.

M. d'Arsonval fait connaître aujourd'hui à la Société les différences qui existent entre les mammifères et les oiseaux : 1° au point de vue de la production spécifique de chaleur; 2° au point de vue de la résistance individuelle de ces animaux à l'inanition. La température ambiante étant de 12 degrés, 1 kilog. de cobaye dégage *en moyenne* 9 calories à l'heure; 1 kilog. de lapin dégage *en moyenne* 6,5 calories à l'heure; 1 kilog. de chat dégage *en moyenne* 7,6 calories à l'heure; tandis que : 1 kilog. de pigeon dégage *en moyenne* 5,5 calories à l'heure; 1 kilog. de poule dégage *en moyenne* 4,6 calories à l'heure.

Tous ces animaux étant en digestion et le rapport de la surface au volume aussi semblable que possible pour les rendre comparables, on voit que, *à poids égal*, les oiseaux dégagent moins de chaleur que les mammifères; la thermométrie seule eût fait présumer le contraire, puisque la température centrale des oiseaux est de près de 4 degrés supérieure à celle des mammifères. Les oiseaux sont donc mauvais producteurs, mais bons conservateurs du calorique; c'est l'inverse pour les mammifères. La différence n'est pas moins tranchée en ce qui regarde la résistance à l'inanition. Au bout de quarante-huit heures d'abstinence, un mammifère dégage à très peu près la même quantité de chaleur qu'au début; tandis que chez le pigeon dès la onzième heure la production est tombée à la moitié de sa valeur initiale, et chez la poule *au tiers* au bout de la quinzième heure. Tout étant à faire dans la voie nouvelle, M. d'Arsonval s'abstient jusqu'à nouvel ordre de toute explication et se borne à réunir des faits.

— M. *François-Franck* expose le résultat de ses recherches sur les voies par lesquelles l'aspiration thoracique se fait sentir jusque dans les canaux veineux des os du crâne. On sait, surtout depuis les expériences de Barry (1825) et les faits anatomiques révélés par Bérard (1830), que l'aspiration thoracique exerce son influence sur le sang veineux à une distance assez peu considérable des orifices supérieur et inférieur du thorax. Les limites de la *zone dangereuse* des chirurgiens ne dépassent guère la base du cou et la région de l'aisselle pour le système de la veine cave supérieure; elles ne s'étendent pas au delà de la région hépatique de la veine cave inférieure, pour la partie inférieure du thorax (Rosapelly, 1873).

Comment expliquer avec ces notions que l'air puisse s'introduire dans les veines à la suite des plaies du crâne qui mettent à nu les canaux veineux et spécialement ceux de l'occipital? Les physiologistes savent très bien que souvent les animaux trépanés meurent à la suite de l'entrée de l'air dans les veines. Ce que nous savons de l'action de la pression atmosphérique sur les veines jugulaires à la partie moyenne et à la partie supérieure du cou empêche d'admettre que ces veines soient les agents de transmission d'une aspiration s'étendant du thorax jusqu'aux canaux veineux du crâne. En effet, au-dessus de la *zone adhérente* de ces veines, leurs parois non fixées s'affaissent par la pression de l'air.

Mais si l'on se reporte à la disposition anatomique des *veines vertébrales* dans les différents points de leur parcours, on voit que ces veines réalisent pleinement les conditions voulues pour servir de moyens de transmission de l'aspiration thoracique jusqu'au crâne. Dans leur partie inférieure, entre leur embouchure dans le tronc brachio-céphalique et leur point d'entrée dans le canal osseux des apophyses transverses cervicales, ces veines sont, comme les jugulaires, au même niveau, et, pour des raisons analogues, soustraites à l'action de la pression atmosphérique. Plus haut, dans toute la longueur du canal ostéo-fibreux qu'elles parcourent, elles sont encore, mais à l'inverse des veines jugulaires, disposées pour résister à la pression atmosphérique et pour permettre à l'aspiration du thorax d'agir sur le sang qu'elles contiennent jusqu'à leur extrémité céphalique.

Or, dans tout leur trajet elles reçoivent les veines rachidiennes, protégées, elles aussi, contre la pression extérieure, et en haut elles s'anastomosent avec les sinus occipitaux et les veines occipitales.

Sans insister pour le moment sur les autres détails anatomiques qui seront développés ailleurs, M. François-Franck admet que ces considérations suffisent déjà pour autoriser l'hypothèse que l'entrée de l'air dans le système veineux à la suite de l'ouverture des canaux veineux du crâne peut se faire par l'intermédiaire des veines vertébrales soumises à l'aspiration du thorax.

L'expérience démontre la justesse de cette hypothèse : 1° si on lie les jugulaires interne et externe chez un animal dont on ouvre largement les canaux veineux occipitaux, on voit se produire les accidents de l'entrée de l'air dans les veines, à la condition que l'animal exécute des mouvements inspiratoires d'une énergie suffisante : ici l'introduction de l'air n'a pu se faire par les jugulaires liées; 2° si les jugulaires sont laissées libres, les veines vertébrales étant liées, ou l'entrée de l'air ne se produit pas, ce qui est le cas le plus habituel, ou ne se produit que beaucoup plus difficilement! (Pour expliquer ce dernier fait, M. François-Franck invoque le rôle des sinus et des veines rachidiennes dont il étudiera plus tard la fonction à propos du système azygos; 3° quand on place une canule dans le bout supérieur d'une veine vertébrale après avoir fait une plaie à l'occipital, si on vient à aspirer dans une seringue à paroi de verre le sang contenu dans le bout supérieur de la veine, on voit qu'il s'introduit en même temps des bulles

d'air. L'entrée de l'air est supprimée par l'occlusion des canaux veineux de l'occipital avec de la cire à modeler, par exemple.

De ces recherches anatomiques et physiologiques, il résulte ce premier point que les veines vertébrales peuvent permettre à l'aspiration thoracique de se transmettre, non seulement aux plexus veineux rachidiens de la région cervicale, mais encore aux canaux osseux du crâne.

Les veines vertébrales jouent donc un rôle important dans les conditions circulatoires normales des parois rachidiennes et crâniennes, et, accidentellement, peuvent permettre l'introduction de l'air dans le système veineux à la suite des plaies intéressant le diploé des os du crâne.

A d'autres points de vue, que M. François-Franck développera dans une prochaine communication, on doit considérer le système de veines vertébrales comme faisant partie du grand système azygos qu'il complète à la région du cou.

— M. *Onimus* a fait, il y a quelques années et répété récemment, une expérience qui vient à l'appui des résultats obtenus par M. d'Arsonval et communiqués à la Société, au sujet du *ferment soluble* de la levûre de bière. En suspendant dans une solution de sucre de canne (ne donnant pas la moindre réaction de glycose) un entonnoir formé par du papier parchemin et contenant de la levûre de bière, on trouve, au bout d'un temps très court, que « le sucre de canne a subi la transformation que lui fait éprouver le ferment ». Il n'y a pas à ce moment la moindre trace de cellules de levûre de bière dans le liquide extérieur et « la transformation n'a pu avoir lieu évidemment que sous l'influence d'un ferment soluble et dialysable ».

— A cinq heures et demie, la Société se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à une place vacante de membre titulaire.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 7 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Traitement de la phthisie par le séjour dans les étables. — Guérison du tremblement par les bains galvaniques: M. C. Paul. (Discussion). — Élections.

M. *C. Paul*, à propos des recherches publiées dans le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique* sur le traitement du coryza aigu et de la bronchite par les inhalations de carbonate d'ammoniaque, rappelle qu'il a depuis longtemps préconisé le séjour dans les étables à vache des malades atteints de phthisie pulmonaire avec fièvre et éréthisme nerveux. La température constante de l'atmosphère chargée de vapeurs ammoniacales a déterminé dans plusieurs cas une atténuation notable des symptômes morbides. Il ne faut pas cependant que la température soit trop élevée, ni la proportion d'ammoniaque trop considérable et pour cela il faudra choisir une étable ne renfermant pas plus de 6 à 7 vaches, bien aménagée et entretenue avec soin; les malades devront y séjourner de six heures du soir à onze heures du matin et seront en même temps soumis à l'alimentation lactée. Sous l'influence d'un semblable traitement, M. C. Paul a vu un de ses malades augmenter en fort peu de temps de 17 kilogrammes, tandis que son état général s'améliorait très sensiblement. Le séjour dans une bergerie, bien que la température y soit plus élevée, a donné également de bons résultats.

M. *Trasbot* redouterait le séjour dans les étables de Paris à cause de la phthisie dont sont atteintes la plupart des vaches qui s'y trouvent; la contagion d'une espèce à l'autre peut être mise en doute, mais le lait fourni par les animaux malades est certainement de mauvaise qualité; en outre, ces étables sont ordinairement mal entretenues, la température y est très élevée et les fumiers y séjournent trop longtemps; il n'en est pas de même dans les fermes situées à la campagne. Le même reproche peut s'adresser à presque toutes les bergeries, dont l'atmosphère est très chaude et fortement chargée de vapeurs ammoniacales.

— M. *C. Paul* lit une note sur *la guérison du tremblement par les bains galvaniques*. Il cite deux cas de tremblement mercuriel dans lesquels il a employé ce mode de traitement; dans le premier, il s'agissait d'un homme de trente-deux ans, dont les membres supérieurs et inférieurs étaient animés d'oscillations assez considérables augmentant pendant les mouvements volontaires. La marche était sautillante et presque impossible. Pas de troubles de la sensibilité; polyurie; 4 grammes d'albumine par litre. Les bains galvaniques furent administrés sous les deux jours en même temps qu'on prescrivait l'iodure de potassium. Douze bains suffirent à amener une notable amélioration de l'incoordination motrice, ainsi que la disparition de l'albuminurie. La seconde observation est relative à un malade atteint depuis sept semaines de tremblement mercuriel revenant pour la troisième fois; l'affection avait débuté par la mâchoire inférieure, puis avait gagné les bras et les jambes; la marche était néanmoins possible encore, mais offrait une grande ressemblance avec celle de l'ataxie. Quatre bains galvaniques administrés dans l'espace de quinze jours firent entièrement cesser les accidents. Dans le tremblement alcoolique qui offre un début lent, une marche irrégulière, paroxystique, et n'entraîne que tardivement l'exercice des diverses professions, six à huit bains suffisent, en général, pour amener la guérison. M. C. Paul cite également plusieurs cas de chorée, dont l'un compliqué de phénomènes de stupeur et de troubles intellectuels et dans lesquels la guérison a constamment été obtenue après un nombre variable de bains galvaniques : de 20 à 30 en moyenne. Un malade atteint d'hémiplégie syphilitique avec ataxie, au cours d'une syphilis remontant à douze ans, et guéri une première fois deux années auparavant par le traitement spécifique, a vu céder tout phénomène d'incoordination après 19 bains. Dans les cas de crampe des écrivains on a obtenu une amélioration assez considérable, mais la guérison n'a été complète qu'après l'emploi de la faradisation. Le tremblement de la sclérose en plaques a été très atténué dans un cas, mais l'effet des bains galvaniques ne s'est produit avec toute son intensité qu'assez longtemps après la cessation de tout traitement. En résumé, c'est là un puissant agent thérapeutique qui, dans 24 cas, a permis d'obtenir la guérison complète de différentes variétés de tremblement.

M. *N. Gueneau de Mussy* a employé les bains galvaniques avec succès pour combattre la toux hystérique; il a vu disparaître les accidents à la suite de trois ou quatre séances.

M. *C. Paul* a également expérimenté ce moyen contre les manifestations de l'hystérie et en a obtenu quelques succès passagers; mais il a échoué dans de nombreux cas, l'imitation constituant un puissant mode d'entraînement pour les hystériques réunies dans un même lieu; il pense qu'il faudrait avant tout isoler les malades pour arriver à une cure sérieuse.

M. *N. Gueneau de Mussy* reconnaît que la jeune fille hystérique qu'il a soignée sortait d'un couvent dans lequel onze de ses compagnes étaient atteintes de la même affection et que c'est loin de ce foyer qu'elle a été guérie.

M. *H. Gueneau de Mussy* a vu employer les bains galvaniques dans un établissement spécial de Londres et a constaté leurs bons effets dans un cas d'arthrite sèche et chez une femme hystérique atteinte de contracture avec flexion des deux jambes sur les cuisses; cette dernière malade a été guérie après 12 bains. Il a constaté à la suite des bains l'apparition de pustules d'ecthyma au niveau des jointures; il pense que l'on peut attribuer cette éruption à l'acide chlorhydrique que l'on mélange à l'eau pour acidifier le bain.

M. *Féréol* croit qu'il est bien difficile de tirer des conclusions certaines des résultats obtenus chez les hystériques. Il soignait dans son service, depuis plus d'un an, une femme hystérique, présentant de la contracture des membres inférieurs et ayant de fréquentes attaques convulsives; d'autres malades, dans la même salle, entraînées par l'exemple, offrirent des symptômes analogues. Cette femme pouvait encore marcher, malgré la raideur de ses membres inférieurs, bien qu'avec la plus grande difficulté : renvoyée de l'hôpital, elle cessa tout traitement et cependant la plupart des accidents qui avaient résisté à tous les efforts cédèrent rapidement; si bien que quinze jours plus tard, il lui fut possible de faire une longue course à pied sans trop de fatigue. Ce fait et bien d'autres analogues doivent commander la plus grande réserve dans l'appréciation des résultats thérapeutiques obtenus chez les hystériques.

M. *N. Gueneau de Mussy* rappelle à ce sujet l'influence de l'imagination chez les malades de ce genre, qui guérissent parfois après l'ingestion d'*aqua simplex* ou de pilules de *mica panis*, vantées comme des remèdes énergiques.

M. *C. Paul* a vu dans le service de Briquet une hystérique, soignée auparavant chez Nonat, et à laquelle on avait pratiqué 144 saignées et posé 400 sangsues. Elle présentait une paralysie des membres inférieurs; on lui prescrivit l'extrait de noix vomique et elle arriva progressivement à la dose quotidienne de 50 centigrammes, mais elle fut un jour prise, tout à coup, de phénomènes graves d'intoxication strychnique. Ces accidents furent conjurés, et le lendemain la malade, qui ne pouvait jusque-là quitter le lit, se levait et marchait pendant plus d'une heure sans aucune difficulté. Cinq ou six jours après, à la suite d'une discussion avec la religieuse du service, réapparut une paralysie complète et cette fois persistante.

Élections : Sont nommés membres titulaires de la Société, pour la médecine MM. Durand-Fardel, Gouguenheim et Guyet; et pour la pharmacie, M. Tanret.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Calculs pancréatiques observés dans un cas de diabète maigre, par M. le docteur L. BAUMEL.

Le rôle du pancréas dans le diabète est loin encore d'être déterminé. Il est certain qu'on trouve quelquefois cette glande altérée chez les glycosuriques, et M. le docteur Cyr, médecin inspecteur adjoint de Vichy, a rappelé l'année dernière les principaux cas de ce genre dans la *Gazette hebdomadaire.* C'est spécialement au *diabète maigre* qu'on rattache l'existence des altérations du pancréas. Or, M. Baumel vient d'en observer dans le service de M. le professeur Combal, à Montpellier, un nouvel exemple dont il donne la relation. Il s'agit d'un nègre âgé de cinquante-cinq ans, alcoolique, d'une maigreur prononcée, entré à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi le 24 juillet 1880, et chez lequel on constata les jours suivants de la polydipsie avec polyurie; les urines de vingt-quatre heures renfermaient 400 grammes de glycose. L'urée recherchée le 1er août était en proportion normale. Le sujet mourut tuberculeux le 9 août.

Des tubercules à l'état caséeux existaient dans les deux poumons. Le cœur était petit, le foie de volume normal, la rate petite et sclérosée, le rein droit congestionné, le gauche, au contraire, pâle et décoloré, et enfin voici quel était l'état de la glande pancréatique.

Le *pancréas*, d'apparence normale, est rempli de calculs de la tête à la queue, aussi bien dans le canal de Wirsung que dans les culs-de-sac glandulaires. Tandis que les premiers sont à peu près sphériques ou ovoïdes, plus volumineux, les autres, plus petits, ont la forme des cavités qui les logent. Volumineux dans la partie qui correspond au cul-de-sac glandulaire, ils s'effilent vers le canal central, où on les voit faire une saillie plus ou moins prononcée. Ces calculs, en nombre infini, paraissent susceptibles non seulement d'obstruer le canal pancréatique, mais aussi d'entraver considérablement l'action de la glande, laquelle toutefois paraissait avoir son volume normal. Ces calculs, de volume variable, pèsent ensemble 1gr,20. L'analyse chimique, faite par M. Ville, chef des travaux pratiques de physique et de chimie à la Faculté, montre qu'ils étaient formés exclusivement de carbonate de chaux.

L'examen histologique du pancréas, fait par M. Carrieu, professeur agrégé, a donné les résultats suivants :

Les vaisseaux du pancréas se font remarquer tout d'abord par leur nombre, l'épaississement de leurs parois et leur dilatation anormale. Leurs parois externes portent des travées conjonctives très dures, qui se subdivisent en enserrant les tubes glandulaires. Ceux-ci ont été étouffés par le développement du tissu conjonctif, et ils sont séparés les uns des autres par des trabécules épaisses du même tissu.

Les canaux excréteurs sont aussi le siège, dans leurs parois, d'une active prolifération et d'une transformation conjonctive manifeste, peut-être plus considérable encore que celle des vaisseaux sanguins. Les culs-de-sac glandulaires apparaissent çà et là entourés de leurs travées fibreuses et remplis de cellules assez petites, ayant pris avec assez de vigueur le carmin; ces petites cellules obstruent quelquefois complètement la lumière du canal. Le plus souvent ces culs-de-sac sont presque atrophiés, ou réduits tout au moins à des proportions plus petites qu'à l'état normal. Dans d'autres régions leurs dimensions sont normales; les cellules glandulaires jaunes paraissent normales aussi. En résumé, la lésion paraît consister en une hypertrophie du tissu conjonctif adulte, ayant pour point de départ les vaisseaux et les canaux excréteurs, et qui s'est propagée de là jusqu'aux plus fines ramifications glandulaires. Ces dernières, par le fait même de cette prolifération, auraient subi une régression atrophique,

(*Montpellier médical.*)

Guérison d'un cas de lymphome malin par l'arsenic, par M. ISRAEL.

Sous le nom de lymphome, l'auteur entend le lympho-sarcome de Virchow, ou le sarcome glandulaire d'autres auteurs. Ces néoplasmes ont un caractère de malignité bien accusé et sont cependant susceptibles de guérir par l'emploi de l'arsenic.

Une femme de soixante-cinq ans fut prise de symptômes gênants du côté du nez, du pharynx et même de la respiration, en même temps que de gonflement de la région sous-maxillaire droite. Au bout de neuf mois, une faiblesse générale se joignit à la surdité, à l'obstruction du nez, à la difficulté d'avaler, à la tuméfaction sous-maxillaire. Teint cachectique. L'examen décela une tumeur implantée sur la paroi postérieure du pharynx, remplissant toute la cavité nasale et pharyngée, déformant les organes. En outre des ganglions sous-maxillaires, les glandes de l'aisselle étaient dures et gonflées.

Or, tout cet appareil pathologique a disparu, et la femme peut être considérée depuis cinq mois comme guérie. Ce beau résultat a été obtenu par la combinaison de la liqueur de Fowler à l'intérieur, avec des injections parenchymateuses du même liquide. A l'intérieur : liqueur de Fowler, 5 grammes, teinture de fer pommée, 20 centigrammes; 10 gouttes trois fois par jour, monter progressivement jusqu'à 30 gouttes. En injections : liqueur de Fowler et eau distillée, parties égales; injecter chaque jour 1/10 à 3/10 du contenu d'une seringue de Pravaz. Quantité consommée : à l'intérieur, 28 grammes; en injection, 3gr,8 de liqueur arsenicale. Peu de réaction de l'organisme, à part une accélération assez marquée du pouls. Localement, les tumeurs grossissaient beaucoup aux premières injections, puis diminuaient rapidement dès la seconde semaine. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 52.)

Cette méthode, au dire de la *Wien. med. Woch.* (1881,

n° 2), avait été d'abord recommandée par Billroth. Czerny, en employant le même procédé que ci-dessus, a guéri de même des lymphomes glandulaires. En six mois, il a obtenu la guérison complète d'une malade qui avait pris à l'intérieur 746 gouttes, et à laquelle il avait fait 76 injections de 10 gouttes.

Mossler va plus loin dans l'emploi de la liqueur de Fowler (*Deutsche med. Woch.*, 1880, n° 47). Dans les tumeurs chroniques de la rate, il injecte la solution dans la rate elle-même. Il n'est pas dit très exactement avec quel résultat; en tous cas, les malades ne sont pas morts.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de chimie organique, par MM. BERTHELOT et E. JUNGFLEISCH. 2e édition. 2 vol. in-8. — Paris, Dunod.

Il y aura bientôt dix ans qu'a paru la première édition de cet ouvrage, en un seul volume, dû uniquement à la plume de M. Berthelot. A cette époque, ce savant chimiste, professeur au Collége de France, l'était aussi à l'Ecole supérieure de pharmacie. Devenu depuis lors membre de l'Institut, inspecteur général de l'Université, livré à des travaux considérables dont les *Etudes de mécanique chimique*, analysées l'année dernière dans ce journal (1880, p. 270), sont un témoignage assez significatif, il a dû abandonner sa chaire de chimie organique à l'Ecole de pharmacie, où il a été remplacé par son collaborateur d'aujourd'hui, M. E. Jungfleisch. De cette façon, l'ouvrage continue à être un résumé de l'enseignement de cette Ecole, conformément aux termes de la préface de la première édition. Ajoutons que M. Berthelot n'eût pas trouvé aisément ailleurs un chimiste mieux pénétré de ses idées et mieux préparé, par sa propre capacité, à cette flatteuse collaboration. M. Berthelot le proclame d'ailleurs dans la nouvelle préface : « La plupart des améliorations sont dues au concours de M. Jungfleisch. »

Les améliorations et additions sont nombreuses. Les auteurs eux-mêmes les rangent sous deux chefs : le point de vue général et le point de vue particulier.

Les premières concernent : des développements concernant les notions pratiques et les préparations usuelles; l'indication sommaire de l'historique des principales découvertes et du nom des auteurs de travaux spéciaux; des notions sommaires de thermo-chimie. Ajoutez à cela de nombreuses figures, dont la plupart ont été exécutées pour cet ouvrage.

Les secondes se rapportent principalement à l'analyse quantitative des éléments, qui est l'analyse chimique proprement dite; aux appareils pour la mesure des densités gazeuses, d'après les méthodes les plus anciennes et d'après les plus récentes; à un exposé des relations entre les quatre carbures d'hydrogène fondamentaux qui servent à former tous les autres (protohydrure de carbone ou *acétylène*, bihydrure de carbone ou *éthylène*, trihydrure de carbone ou *diaméthyle*, quadrihydrure de carbone ou *formène*); à l'analyse des gaz hydrocarbonés; à des hypothèses sur la constitution de la benzine; aux relations entre les phénols et la matière colorante; à l'étude des quinons; à des développements sur l'étude des acides organiques; enfin à une étude spéciale des alcalis naturels.

Dans tout le cours de l'ouvrage on a conservé la notation des équivalents, à l'exclusion de la notation atomique, comme s'écartant moins des données positives de la science.

Nous n'avons pas à recommander ici un traité déjà si unanimement apprécié dans sa première forme et amélioré, comme nous venons de le dire. Nous rappelons seulement aux médecins qu'ils pourront y trouver de précieux enseignements pour l'étude aujourd'hui si répandue et si utile de la chimie animale, et de ses rapports avec la physiologie et la pathologie.

Index bibliographique.

OPHTHALMOSCOPIE CLINIQUE, par MM. L. DE WECKER et J. MASSELOT. — Paris, 1881. O. Doin.

Ce livre, qui renferme quarante photographies reproduisant les principales lésions ophthalmoscopiques du fond de l'œil, a pour but de fournir aux étudiants et aux praticiens une série d'images, faciles à interpréter et permettant de reconnaître les états physiologiques et pathologiques qui se constatent à l'aide de l'ophthalmoscope. Ces images sont très fidèles et très utiles à bien connaître. Toutefois, bien que les reproches qui leur sont adressées par les auteurs ne soient pas sans valeur, les reproductions chromo-lithographiques des lésions du fond de l'œil donnent aux débutants une idée plus précise encore des lésions qu'ils sont appelés à apprécier. La photographie ne reproduit guère que le contour et l'apparence générale de la papille ou des exsudats que l'on observe à l'examen ophthalmoscopique. Toutes les modifications déterminées par les congestions vasculaires ne peuvent être représentées que par des images coloriées. Mais, cette réserve faite, il faut reconnaître le soin avec lequel ont été reproduites les images qui donnent à ce manuel d'ophthalmoscopie une valeur incontestable. Il faut louer aussi le soin avec lequel ont été indiquées les méthodes d'exploration du fond de l'œil. Les maladies du nerf optique, de la rétine et de la choroïde ne peuvent être reconnues que si l'on possède une notion très précise de l'état dans lequel s'observent physiologiquement les membranes et les milieux de l'œil. On trouvera, à c t égard, dans le livre de MM. de Wecker et Masselot, toutes les indications nécessaires, et l'on pourra aisément le prendre pour guide dans tous les examens cliniques. Nous n'hésitons pas à recommander ce nouvel ouvrage à tous nos confrères de province, persuadé qu'ils s'en serviront avec fruit et qu'ils le liront avec intérêt.

VARIÉTÉS

M. MAILLOT. — Le *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, qui s'est tenu à Alger au mois d'avril dernier, a, sur la proposition de M. Verneuil émis le vœu que l'on donnât à une des rues d'Alger le nom du docteur Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées. Dans sa séance du 3 mai, le Conseil général d'Alger a formulé un vœu analogue. Nous applaudissons à cet hommage rendu à l'un des plus méritants et des plus modestes de nos médecins militaires. C'est, en effet, à M. Maillot que l'on doit les premières et les plus importantes recherches sur le mode d'évolution et sur le traitement des maladies d'origine tellurique. En 1836, alors que l'influence autoritaire de Broussais régnait encore sans partage, alors que l'on prescrivait, que l'on ordonnait de saigner tous les malades atteints de fièvres pernicieuses, M. Maillot eut le mérite de protester contre cette doctrine et d'instituer, en Algérie, le traitement spécifique de la fièvre pseudo-continue. « Administrer le sulfate de quinine aussitôt que la marche de la maladie et sa nature en indiquent la nécessité, et proportionner ses doses à la violence des symptômes qui menacent la vie, telles sont, disait-il, les deux règles fondamentales du traitement des fièvres. » Il ajoutait « que la perte d'un instant précieux peut être plus funeste que les inflammations Ces inflammations d'ailleurs « cèdent presque toujours, comme par enchantement », à la médication spécifique. Et, comme pour s'excuser de son audace, M. Maillot terminait par les paroles suivantes : « Il y a dans cette manière de faire quelque chose de si extraordinaire et de si opposé à nos doctrines médicales, que nous avons besoin de toute l'autorité des faits pour en concevoir l'utilité. » Cette utilité ressort des chiffres suivants : en 1833, à l'hôpital militaire de Bone, il mourait 1 malade sur 3; en 1834 et 1835, on n'en perdait plus que 1 sur 20. M. Maillot, durant ces deux dernières années, avait eu dans son service 836 malades de plus que les deux années précédentes, et il avait eu 1437 morts en moins. De semblables résultats se passent de commentaires. Ils justifiaient les prévisions qu'une étude clinique attentive et un ferme bon sens médical avaient

dictées. Les études de M. Maillot sur les fièvres d'Afrique sont l'un des plus beaux titres de gloire que puisse ambitionner un médecin; et l'on ne doit point s'étonner dès lors que la ville d'Alger tienne à honneur de lui rendre un témoignage public de sa respectueuse gratitude.

Académie royale de médecine de Bruxelles. — Programme des questions mises au concours :

1879-1882. — « Déterminer la nature de l'influence de l'innervation sur la nutrition des tissus. » Prix : une médaille de 1000 francs.— Clôture du concours : 1er janvier 1882.

1880-1882-1883.— « Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal » (question reprise du programme 1876-1879). Prix : une médaille de 600 francs.— Clôture du concours : 1er février 1882. « Exposer le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies, en s'appuyant sur des expériences nouvelles. » Prix : une médaille de 2000 francs.— Clôture du concours : 1er janvier 1883.

1881-1883 (prix fondé par un anonyme).— « Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie. » Prix : 8000 francs.— Clôturé du concours : 31 décembre 1883.

Des encouragements, de 300 à 1000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25 000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Programme du concours pour les années 1881-1882. — Prix Seutin. Trois questions de chirurgie :

Première question. — De la rétention d'urine étudiée dans sa plus large expression, au point de vue de ses causes et de son traitement curatif ou palliatif. Discuter les indications, les contre-indications, les avantages et les inconvénients de chaque manœuvre opératoire. Prix : une somme de 500 francs.

Deuxième question. — De la valeur comparée des différents pansements actuellement appliqués aux grands traumatismes chirurgicaux. Prix : une somme de 500 francs.

Troisième question. — Etablir les indications et les contre-indications des diverses manœuvres chirurgicales applicables aux étranglements herniaires inguinaux et cruraux quelconques en les déduisant de l'étude anatomo-pathologique et étiologique de ces étranglements et en se basant sur une discussion critique, raisonnée, de tous les modes de traitement aujourd'hui connus. Montrer les avantages de ces différentes méthodes, ainsi que les perfectionnements dont elles ont été les points de départ. Prix : une somme de 2000 francs.

— Dans sa séance du 30 avril dernier, l'Académie royale de médecine de Belgique a ouvert le nouveau concours ci-après, aux conditions ordinaires du programme : « Déterminer par de nouvelles expériences et de nouvelles applications le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale. » Prix : 1200 francs. — Clôture du concours : 31 décembre 1882.

Concours. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 11 juillet 1881, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints.

Bienfaiteurs de l'Association. — M. le docteur Auguste Brun, trésorier de l'Association générale, a encaissé les dons suivants : De MM. Henri Roger, 1500 fr.; Cazeneuve (de Lille), 500 fr.; Piogey et Guénébaud, 100 fr.; Auguste Brun, 200 fr.; Félix Guyon, 200 fr.; Sandras, 500 fr.; Robert Wickham, 12 fr. de rente; Krishaber, 8 fr. de rente; Gasté, 12 fr. de rente; E. Vidal, 6 fr. de rente; Mme veuve Broca, 20 fr. de rente; Mlle Delpech, 20 fr. de rente.

Bourses du doctorat. — Les concours pour l'obtention des bourses du doctorat en médecine et de pharmacien de 1re classe sont fixés au 25 juillet prochain. Les candidats pourront s'inscrire au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident jusqu'au samedi 23 juillet.

Mortalité a Paris (23e semaine, du vendredi 3 au jeudi 9 juin 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1098, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 23. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 15. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 44. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 12. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 49. — Phthisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44.— Bronchite aiguë, 28.— Pneumonie, 79.— Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 53; au sein et mixte, 39; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 107; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 62; de l'appareil digestif, 69; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 10.

Bilan de la 23e semaine. — Ainsi qu'il arrive le plus souvent en cette saison, la mortalité générale reste à peu près stationnaire. En effet, les deux dernières semaines prises ensemble ont donné comme *moyenne* hebdomadaire 1117 décès, et cette 23e semaine en compte 1093. Il y a néanmoins aggravation manifeste des décès par maladies des organes digestifs, surtout par athrepsie enfantine, ce qui est l'apanage ordinaire de la saison chaude (100 décès au lieu de 70 environ).

Au sujet des maladies épidémiques, je ne puis signaler que la tendance à la hausse de la variole, et encore bien moins accusée par les décès à peine augmentés (23 au lieu de 21) que par les entrées dans les hôpitaux (70 cette semaine au lieu de 39 à 59 les semaines précédentes). Comme distribution locale, je noterai 4 décès par variole et 3 par diphthérie dans le quartier de la *Roquette*, dans lequel 3 nouveaux cas d'invasion de variole me sont encore indiqués. *Belleville* a eu cette semaine 4 décès par diphthérie et 2 par variole. Les quartiers *Saint-Avoie* et *Folie-Méricourt* ont aussi compté chacun 3 décès par diphthérie; il y en a eu 2 dans chacun des quartiers du *Palais-Royal* et de *Notre-Dame-des-Champs*.

En ce qui concerne la morbidité, 12 cas d'invasion de la variole me sont indiqués dans les quartiers de la *Goutte-d'Or*, et 6 dans celui, presque contigu, de *Rochechouart*, où il s'est rencontré en même temps 5 cas nouveaux d'invasion de diphthérie.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons sur les maladies de la peau, par M. Moritz Kaposi (de Vienne), traduites et annotées par MM. Ernest Besnier et A. Doyon, et précédées d'une introduction par les traducteurs. 2 vol. grand in-8, avec 64 figures et 1 planche en couleur. Paris, G. Masson. 25 fr.

Traité des maladies des voies urinaires, par MM. L. Voillemier et A. Le Dentu. Seconde partie : *Maladies de la prostate et de la vessie*. 1 vol. grand in-8 avec 120 figures dans le texte. Paris, G. Masson. 16 fr.

— La première partie : *Maladies de l'urèthre*, par M. Voillemier. 12 fr. 50

Traité des maladies de l'oreille, par M. le docteur V. Urbantschitsch, traduit et annoté par M. le docteur R. Calmettes. 1 vol. gr. in-8 avec 75 figures et 8 planches. Paris, G. Masson. 15 fr.

Leçons sur les maladies des enfants, par M. Charles West, traduites et annotées par M. le docteur Archambault, 2e édition française entièrement revue. 1 vol. gr. in-8. Paris, G. Masson. 12 fr.

L'œuvre de Claude Bernard. Introduction par Mathias Duval. Notices par E. Renan, Paul Bert et Armand Moreau. Table alphabétique et analytique des œuvres complètes de Claude Bernard, par le docteur Roger de la Coudraie. Bibliographie des travaux scientifiques, mémoires, lectures et communications aux Académies et aux Sociétés savantes, par G. Malloizel. In-8 de 384 pages avec un portrait de Claude Bernard. Paris, J. B. Baillière et fils. 7 fr.

Traité des eaux de Pougues (fascicule 3), par M. le docteur Janicot. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-HUITIÈME ANNÉE N° 25 24 JUIN 1881

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 16 juin 1881.

LES VIRUS-VACCINS. — LE REIN SÉNILE.

Académie de médecine : Les virus-vaccins.

En entendant mardi, à l'Académie de médecine, un membre demander la parole *à l'occasion du procès-verbal*, en d'autres termes (le nom seul de ce membre le disait), à l'occasion de la dernière communication de M. Pasteur; voyant d'ailleurs que ce dernier était absent, et qu'il n'y aurait pas de débat contradictoire, nous nous attendions à une séance peu fructueuse. Nous avions compté sans M. H. Bouley, le confident et l'interprète juré du célèbre expérimentateur. Avec un entrain, une précision, une clarté dont il n'avait peut-être jamais fait preuve au même degré, il a expliqué, dans ses principes comme dans sa réalisation expérimentale, toute l'œuvre de M. Pasteur relative au vaccin du choléra des poules et à celui du charbon. En même temps, et pour répondre à une question de M. J. Guérin, il a montré en quoi la méthode de M. Toussaint diffère de celle de M. Pasteur, et comment l'une et l'autre, loin de s'exclure, comme paraissait le craindre M. J. Guérin, tendent au même but et aboutissent, quoique à des degrés différents, au même résultat (1). Ni les revendications de priorité de M. Colin, ni ses dénégations de fond ne peuvent tenir contre l'exposé saisissant de M. Bouley, que nous reproduisons plus loin avec beaucoup de développements. Nous devons pourtant reconnaître que le physiologiste d'Alfort n'en a pas paru le moins du monde ébranlé. Quant à M. J. Guérin, nous avons été frappé du ton réservé avec lequel il avait formulé ses doutes et sollicité des explications. Il est trop perspicace pour ne s'être pas fait à lui-même cette remarque : que si les conditions de virulence de la liqueur charbonneuse sont liées aux conditions de génération et de développement du microbe, ce fait tue absolument la doctrine qui est la sienne et qui attache la virulence non au microbe, mais au liquide qui le contient. Tout le monde n'a pas su voir cette conséquence des expériences de M. Pasteur.

On se rappelle que, dans la dernière séance, un court débat s'était établi entre MM. Pasteur, Blot et Depaul sur la cause de la mort du seul animal (une brebis) qui, sur 25, ait succombé après l'inoculation du virus atténué. Cette brebis était grosse. Les vétérinaires avaient attribué sa mort à celle du fœtus, qui avait été trouvé *macéré*. Avec grande raison MM. Blot et Depaul avaient regardé cette interprétation comme inexacte; à leurs yeux comme aux nôtres, elle reste insuffisante, même en présence des détails d'autopsie envoyés par M. Rossignol. Cette question en amène une autre : l'ino-

(1) Voir sur le vaccin du *charbon symptomatique*, p. 399.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Suite et fin de la première observation de gastrectomie de Billroth. — A propos du prochain Congrès médical international de Londres. — Un poète grincheux. — Un hôpital pour les épileptiques à Saint-Pétersbourg. — Un appendice au chapitre des chapeaux : diminution de la circonférence des crânes anglais.

La malade sur laquelle Billroth avait pratiqué sa première résection de l'estomac pour cancer, le 29 janvier dernier, a succombé le 23 mai à une récidive du mal. Celui-ci était un cancer colloïde, né probablement des ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux, et qui s'était étendu sur la surface péritonéale de l'abdomen. La face externe de l'estomac, le côlon transverse, et les parties voisines du duodénum et du jéjunum, étaient aussi recouvertes de cancer colloïde; aussi fut-il difficile d'isoler l'estomac et le duodénum. L'estomac avait conservé sa forme normale, de sorte que personne, à moins d'être prévenu qu'une opération avait été pratiquée, ne se serait imaginé qu'on en avait enlevé une tranche de 14 centimètres de long. Ses dimensions étaient celles d'un estomac très rétracté, comme on en rencontre souvent dans les nécropsies.

Dans le cas actuel, le duodénum était fixé à la petite courbure, et on avait pensé, d'après certains signes, qu'on trouverait un large diverticulum à la grande courbure. L'autopsie démontra, en effet, l'existence d'une dilatation sacciforme de la grande courbure au point correspondant à l'incision; mais elle n'était nullement suffisante pour produire des troubles dans la digestion. Il n'y avait pas de rétrécissement au niveau de la jonction de l'estomac et du duodénum, qui admettait facilement le pouce. Dans les points où les sutures furent appliquées, la réunion avait été si parfaite, qu'il n'y avait pas de cicatrice, et on ne pouvait voir que difficilement la ligne de réunion.

culation d'un virus vaccin est-elle dangereuse chez une femelle pleine? Il est certain, comme le dit M. Depaul, qu'on vaccine souvent des femmes enceintes sans produire le moindre accident. M. Rossignol affirme néanmoins que la clavelisation a de tout autres résultats chez les animaux, et produit fréquemment la mort de la mère et celle du fœtus. C'est une question de fait qui échappe à notre appréciation.

Le rein sénile.

Il n'est aucun sujet en pathologie, à part les maladies du système nerveux, qui ait autant préoccupé nos contemporains que les affections du rein. Et cependant si certains faits capitaux sont définitivement acquis, nous sommes loin d'être fixés sur la plupart des problèmes que cette étude soulève. Pour nous en tenir aux scléroses rénales, trop nombreuses et trop importantes sont les divergences entre les auteurs pour qu'une conception d'ensemble et surtout une classification nosologique soit dès à présent possible.

Est-ce dans les canalicules urinifères ou dans les artérioles qu'il faut chercher le point de départ des lésions du tissu conjonctif? Quelle part, dans la pathogénie des troubles de l'urination, faut-il attribuer aux altérations du rein ou aux perturbations circulatoires concomitantes? La néphrite interstitielle doit-elle être considérée comme une maladie circonscrite, ou n'est-elle que la détermination sur le rein d'un processus morbide portant sur tout le système artériel? Autant de questions dont la solution ne nous a pas encore été fournie. L'enquête sur le « rein sénile » entreprise dans ces dernières années de plusieurs côtés à la fois, à la lueur des théories actuellement régnantes, met, d'une manière indirecte, en relief toutes ces divergences.

Sous cette dénomination on entend, non tous les processus morbides qui frappent le rein à une période avancée de la vie, par suite d'une altération des canaux excréteurs, non le rein des « vieux urinaires », mais cette atrophie lentement progressive, lésion si fréquente dans la vieillesse, qu'on doit la considérer comme la caractéristique rénale de la sénilité.

Jusque dans ces derniers temps, le rein sénile avait été confondu, surtout par les auteurs anglais, avec les autres variétés de sclérose rénale, celles en particulier qui relèvent de la goutte et du saturnisme. Toutefois, en France MM. Charcot, Lancereaux, Cornil et Ranvier, en Allemagne Bartels, avaient fait voir que cette assimilation n'était pas exacte en nosologie. Mais, sauf quelques lignes consacrées au rein sénile, « à la néphrite interstitielle sans albuminurie, » par MM. Cornil et Ranvier, les traités classiques de pathologie rénale, les ouvrages même consacrés aux maladies des vieillards en font à peine mention. M. Lemoine a essayé de combler cette lacune dans sa thèse (*Du rein sénile*. Paris, 1876). Mais, il faut bien le reconnaître, loin d'apporter quelque lumière dans la question, cet auteur est tombé dans une confusion qui diminue la portée de son travail d'ailleurs fort consciencieux. Ce qu'il a décrit, c'est moins le rein sénile que la néphrite interstitielle chez le vieillard. Aussi lui a-t-il assigné comme manifestations habituelles une albuminurie légère, de l'œdème, etc., tous symptômes qui, comme nous le verrons, n'appartiennent pas au rein sénile, mais seulement au mal de Bright avec sclérose rénale. En d'autres termes, c'est une erreur analogue à celle que commettaient Gull et Sutton lorsque, attribuant à la néphrite interstitielle vraie toutes les cirrhoses du rein, ils considéraient cette forme du mal de Bright comme à peu près constante dans la vieillesse. Erreur pour ainsi dire fatale, du moment où l'on demande à l'anatomie pathologique seule la définition des processus morbides.

Il nous faut arriver à la thèse de Sadler et au travail de son maître Demange (*Revue médicale de l'Est*, 1880) pour avoir des notions précises sur le rein sénile. Tout récemment Gilbert Ballet a repris cette question au point de vue clinique et surtout anatomique (*Revue de méd.*, 1881) et nous a donné une description histologique complète, pendant que H. Martin (même journal, 1881) consacrait, dans son article sur les scléroses dystrophiques, quelques lignes intéressantes à la physiologie pathologique du rein sénile. L'accord semble établi sur le terrain clinique, mais non sur les autres points, notamment sur la genèse de cette variété de sclérose rénale.

I

Les altérations macroscopiques du rein sénile sont trop connues pour qu'il soit utile de les décrire ici. Ratatinement et induration de l'organe, aspect plus ou moins granuleux de la surface, adhérence parfois assez accusée de la capsule; à la coupe, atrophie de la substance corticale et congestion de la région médullaire, en un mot tous les caractères du rein rouge contracté, voilà ce qu'on voit à l'œil nu.

C'est aussi ce qu'on observe à l'examen histologique; en certains points de l'écorce on constate, en outre d'une néoformation conjonctive se présentant sous forme de traînées

---

— Le nombre des médecins qui comptent assister au Congrès médical international de Londres au mois d'août prochain, dépasse déjà 1000. M. Maurice Raynaud a été prié, comme médecin français, de présenter une *adresse*, et il a choisi pour sujet: *Le scepticisme en médecine au temps passé et au temps présent*. — Il continue à arriver au secrétariat, pour les différentes sections, un grand nombre de mémoires d'Angleterre et de l'étranger, dont on fait la traduction, destinée à être publiée au moment du Congrès.

Le *British medical journal* rapporte que, dans la séance de la Société médico-chirurgicale du 10 mai dernier, il n'y eut aucune communication, fait unique dans les annales de la Société. Ce journal ajoute plaisamment qu'on attribue ce fait au désir qu'ont les membres de réserver leurs forces pour le prochain Congrès. On n'est jamais mordu que par les siens!

Le général Farre, notre ministre de la guerre, a désigné M. Gaujot, professeur de clinique chirurgicale à l'école du Val-de-Grâce, et M. F. Poncet, médecin de l'hôpital Saint-Martin, pour représenter au Congrès le corps de santé militaire français. On a fait de nombreuses démarches pour obtenir des différentes compagnies de chemins de fer une réduction du prix de transport pour les personnes qui se rendront au Congrès, mais avec peu de succès, bien que lord Granville soit intervenu lui-même à ce sujet auprès des ambassadeurs des diverses puissances de l'Europe. Il faut toutefois faire exception en faveur de la South-Eastern Cie et de la London, Chatam and Dover Cie, et celle du chemin de fer du Nord, en France, qui ont généreusement accordé une réduction de moitié aux voyageurs de Paris à Londres. La compagnie de steamers de Christiania en Angleterre a accordé la même faveur à nos confrères scandinaves.

— La presse médicale anglaise s'est fortement émue tout récemment à propos d'une pièce de poésie de M. Tennyson, contenue dans son nouveau volume, intitulé *Ballads and other Poems*. On reproche à ce poète éminent » d'avoir blessé

scléreuses, une dégénérescence atrophique des glomérules et de la partie voisine des *tubuli contorti;* c'est donc bien, tout le monde est d'accord sur ce point, une sclérose atrophique diffuse. Mais quel est le point de départ des lésions, quel rôle joue l'athérome dans la pathogénie de la cirrhose? ici les divergences commencent.

Tandis que, pour Demange, pour H. Martin, la dégénérescence athéromateuse des grosses artères ne fait jamais défaut, G. Ballet dit avoir plusieurs fois rencontré des reins sclérosés sans qu'il existât des lésions de cet ordre, « du moins marquées » dans les artères rénales. Mais il ajoute : « Le fait qui nous a paru à peu près constant, c'est le rétrécissement par des plaques ou des foyers athéromateux de l'origine des rénales dans l'aorte. »

G. Ballet ne conteste pas davantage l'existence de lésions dégénératives ou inflammatoires dans les artérioles péri ou intraglomérulaires, fait sur lequel insistent Demange et Martin; mais, contrairement à ces auteurs, il ne leur attribue qu'une importance secondaire dans l'évolution morbide. Ici deux théories absolument opposées sont en présence.

Celle que défend G. Ballet repose sur la localisation des lésions scléreuses à leur début. Les traînées conjonctives suivent, comme il l'a parfaitement montré, non pas le trajet des vaisseaux, mais celui des tubes urinifères atrophiés; d'où il conclut que c'est dans la dégénérescence atrophique de ces canaux qu'il faut voir le point de départ de tout le processus et que la périartérite est, non la cause, mais la conséquence de l'irritation formative qui porte sur le tissu conjonctif. Il s'agit donc ici, non d'une cirrhose vasculaire, mais d'une cirrhose épithéliale, qui peut être comparée, qui doit même être assimilée à la néphrite interstitielle des goutteux et des saturnins. Reste à expliquer la genèse de l'atrophie tubulaire. A défaut de preuves directes, G. Ballet fait appel aux analogies. S'appuyant sur les recherches classiques de MM. Charcot et Gombault sur la néphrite interstitielle expérimentale, il invoque, à titre d'hypothèse, deux causes productrices. Peut-être se forme-t-il, chez le vieillard, par suite de la production de cylindres colloïdes ou d'amas épithéliaux, des obstructions partielles de certains groupes de tubes, favorisant leur atrophie, ou bien l'altération épithéliale pourrait être attribuée à certains principes de l'urine, exerçant une action irritative analogue à celle du plomb.

En résumé, dans cette conception, le rein sénile est une « néphrite interstitielle épithéliale, anatomiquement identique, à l'intensité près, à celle des goutteux ou des saturnins. »

Toute différente est l'interprétation des autres auteurs, en particulier de Demange et de H. Martin, que ce dernier surtout a formulée d'une manière fort nette et fort séduisante, au moins en apparence.

Le rein sénile appartiendrait aux scléroses vasculaires, en ce sens que la lésion artérielle est l'origine de tout le processus. Toutefois, elle ne joue pas le rôle qu'on lui attribuait autrefois; il ne faut pas voir dans l'endartérite ou la périartérite une sorte d'épine inflammatoire qui déterminerait, par action de contiguïté, la prolifération du tissu conjonctif ambiant. Non, la sclérose débute, comme l'a montré Ballet, loin des vaisseaux; mais elle n'en est pas moins la conséquence de l'altération vasculaire. Du fait de l'athérome, la circulation, la nutrition languit dans certains départements du rein; partout où le sang n'arrive plus en quantité normale, les éléments nobles, les cellules, atteintes dans leur vitalité, subissent une dégénérescence progressive. Si cette atrophie est surtout accusée dans une région éloignée des vaisseaux, cela tient à ce que là surtout l'apport sanguin est insuffisant. Pendant ce temps, un travail inverse s'accomplit dans le tissu conjonctif qui, absorbant presque tous les matériaux disponibles, prolifère lentement. En somme, le rein sénile, comme toutes les cirrhoses de la vieillesse, doit être considéré, non comme une néphrite interstitielle, au sens strict du mot, mais comme une altération dégénérative, une sclérose non inflammatoire, mais dystrophique.

En faveur de quelle théorie faut-il se prononcer? Nous n'avons pas les éléments d'une solution définitive. Mais, quand on songe à la constance de l'athérome chez les vieillards, n'est-on pas porté à adopter, au moins provisoirement, cette dernière conception, si conforme à toutes les données de pathologie générale. En tous cas, au lieu d'assimiler, de par l'anatomie pathologique seule, l'altération rénale de la vieillesse aux néphrites interstitielles, ne vaut-il pas mieux conserver cette dénomination excellente, puisque, s'appliquant bien à l'objet défini, elle ne préjuge pas la nature inflammatoire, fort contestable au moins, ni l'origine épithéliale aussi douteuse, du processus pathologique. Les enseignements de la clinique plaident d'ailleurs contre cette assimilation, en montrant que, sous peine de tomber dans une inextricable confusion, il faut envisager le rein sénile comme une entité nosologique spéciale.

II

Le rein sénile semble, au dire de tous les auteurs, n'avoir qu'une symptomatologie absolument négative, ou, si l'on ob-

---

profondément une profession à laquelle les poètes et les orateurs se sont plu jusqu'ici à décerner la palme de l'abnégation, de la compassion, du dévouement et de la charité. La pratique de la médecine, privée de ces vertus, serait fausse à sa mission et traître à son histoire. Que tous les membres de la profession soient des modèles de toutes ces vertus, il serait difficile de s'y attendre et l'on ne peut vraiment émettre une pareille prétention. On ne peut trop profondément regretter que le poète lauréat de notre époque ait consacré son génie à créer, dans un langage à la vérité plein de beauté et de pathétique, une figure dont le type, nous ne craignons pas de le dire, est inconnu dans tous nos hôpitaux, et qu'il ait mieux aimé employer ses vers à reproduire une calomnie cruelle et déjà trop répandue, qu'à glorifier le modèle vivant qu'on trouve dans tous les hôpitaux de la Grande-Bretagne et qui dément celui que les vers de M. Tennyson ont la prétention de vouloir dépeindre.

« Ce serait un malheur pour l'humanité si la calomnie à laquelle il donne un corps était justifiée et si, dans n'importe quel pays civilisé, on pouvait trouver dans un hôpital d'enfants un chirurgien « à la chevelure rouge et grossière, à » large face, à large poitrine, à grosses mains sans pitié, plus » habile à manier le couteau qu'à sauver un membre. » Non seulement il donne ce type comme celui d'un chirurgien d'un hôpital d'enfants, mais il le charge encore en ajoutant :

« Je puis bien le penser; car son regard est si dur et si » rouge!

» Je crois qu'il est de ceux qui outragent les morts de leurs » plaisanteries,

» Qui mutilent, plein de vie, le chien qui les a aimés, qui » s'est traîné caressant à leurs pieds,

» Après l'avoir abreuvé de l'infernal woorali (curare)! De telles choses devraient-elles exister! »

« On n'a jamais écrit de vers qui insultent une profession avec aussi peu de générosité, et qui vouent ainsi à l'exécration publique une classe de la société qui, plus que toute

serve quelques phénomènes morbides chez un vieillard atteint de sclérose rénale, ils peuvent être légitimement attribués à la dégénérescence athéromateuse concomitante. Pas de polyurie; les urines restent à un chiffre aussi peu élevé qu'elles le sont d'ordinaire pendant la vieillesse; pas d'albuminurie, comme l'ont démontré Sadler et Demange, et après eux Ballet, qui a eu l'heureuse idée de se servir, pour ces recherches, du réactif le plus délicat, celui de Tanret; enfin, pas d'œdème, à moins qu'il n'y ait une altération cardiaque coexistante.

Reste l'hypertrophie du cœur, si nette dans le mal de Bright à rein contracté; elle fait le plus souvent défaut dans le rein sénile, et lorsqu'elle existe, elle s'accompagne rarement de bruit de galop. N'est-il pas légitime d'en attribuer la genèse à l'athérome artériel et d'expliquer de la même façon les hémorrhagies qu'on observe si souvent chez le vieillard.

Enfin, Sadler et Demange n'ont jamais constaté de manifestations urémiques; mais Ballet fait remarquer que parfois des accidents de cet ordre peuvent passer inaperçus, ou être à tort attribués à d'autres causes, dans un organisme déchu comme celui du vieillard.

Nous voilà donc bien loin de la symptomatologie classique de la néphrite interstitielle proprement dite, j'entends le mal de Bright avec sclérose rénale. Comment dès lors identifier ces deux processus?

« Il s'agit là, pour M. Ballet, de nuances, non de divergences fondamentales ». Si le rein sénile n'a pas la même symptomatologie que la sclérose rénale de l'adulte, cela tiendrait à certaines conditions spéciales, à certaines modifications fonctionnelles dont l'ensemble constitue la vieillesse. Le défaut de polyurie, la rareté des urines pourrait s'expliquer par l'abaissement de la tension vasculaire, imputable lui-même à l'athérome ou aux altérations de la fibre cardiaque. L'albuminurie, l'œdème, sont des phénomènes trop inconstants, trop peu accusés dans la néphrite interstitielle de l'adulte, pour que l'absence de ces deux symptômes dans le rein sénile légitime une opposition absolue entre ces deux maladies; enfin, la diminution dans la sécrétion de l'urée, à l'état physiologique chez le vieillard, explique la rareté des manifestations urémiques dans ces conditions pathologiques.

Cette interprétation est, à la rigueur, admissible; mais ces considérations prouvent, soit dit en passant, combien la dénomination classique de néphrite interstitielle s'applique mal à un processus morbide dont toutes les manifestations sont sous la dépendance, non de l'affection rénale, mais de la circulation ou de la nutrition générale.

Mais d'où vient que le cœur, habituellement frappé dans le mal de Bright, ne l'est pas dans le rein sénile, si ces deux affections sont identiques? Enfin, — et c'est l'argument le plus décisif contre cette identification, — ne voit-on pas dans la vieillesse évoluer la néphrite interstitielle avec son cortège symptomatique complet?

Ainsi, ce n'est pas seulement l'étiologie, c'est aussi la clinique qui nous fait voir dans le rein sénile une entité spéciale, qui lui assure une place à part dans la nosologie. Et comme l'athérome domine toute la pathologie de la vieillesse, c'est à son influence directe ou indirecte qu'il est logique d'attribuer cette variété de sclérose.

D'autre part, cette étude présente, à un point de vue plus général, un grand intérêt. Du moment où le rein sénile offre une tout autre allure clinique que la forme de mal de Bright dont il se rapproche anatomiquement, on se voit porté à révoquer en doute l'opinion si répandue aujourd'hui, si séduisante, qui fait de cette dernière affection une des modalités de l'athérome. Si les lésions et surtout les symptômes de la néphrite interstitielle sont bien connus, sa physiologie reste encore pour nous lettre close, et tout est à faire dans la classification de ce groupe si vaste, si complexe des scléroses rénales.

L. DREYFUS-BRISAC.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

DU RÔLE DES MUSCLES DANS LES LUXATIONS TRAUMATIQUES, par feu M. le professeur RIGAUD.

(Suite. — Voyez le numéro 24.)

Les chirurgiens, je n'hésite pas à le dire, ne comprirent pas du tout le mécanisme de ce déplacement, dont je vais exposer l'explication rigoureusement rationnelle.

Ce n'est pas lorsque, dans une chute sur la main, l'avant-bras est dans une extension forcée, comme le voulait Bichat, que la luxation de l'avant-bras en arrière peut se produire, l'apophyse coronoïde restant intacte; il faut, pour que le déplacement puisse s'effectuer, que l'avant-bras soit renversé en arrière; que le pli antérieur du coude, au lieu d'être concave, devienne convexe, et que l'angle rentrant se montre postérieurement; alors l'apophyse olécrone appuiera au fond de la cavité où elle est logée, et trouvera là le point d'appui du levier du deuxième genre que représente le cubitus; remarquez bien qu'ici encore les forces puissance et ré-

---

autre, consacre sa vie au service de l'humanité, et ses efforts au soulagement de ses misères. Les médecins sentiront profondément l'outrage qui leur est fait et l'injustice dont ils sont l'objet. Heureusement, leur œuvre et leur caractère parlent pour eux, comme ils le font depuis des siècles, et même les paroles irritées de l'un des poètes modernes les plus accomplis, ne pourront que faire naître un sentiment de regret pénible et douloureux de voir le caractère et les intentions de la médecine si outrageusement interprétés. »

M. Tennyson serait-il un membre de la Société protectrice des animaux vexé de n'avoir pu faire interdire les vivisections? Le passage précédemment traduit tendrait à le faire supposer; mais on s'explique difficilement qu'il ait pu pousser son mécontentement jusqu'à vouloir clouer au pilori de sa poésie le corps chirurgical tout entier.

— Un hôpital spécial vient d'être ouvert à Saint-Pétersbourg pour le traitement des épileptiques et des idiots, deux classes de malades exclus des hôpitaux généraux actuels ainsi que des asiles d'aliénés. Cet hôpital est situé en dehors de la ville, sur la ligne du chemin de fer de Finlande, dans une excellente situation sanitaire au milieu de jardins et d'une forêt de pins, et installé avec un grand confortable. Le docteur Thilling, qui s'est livré tout spécialement à l'étude du traitement des maladies mentales et des affections du système nerveux, a été placé à la tête du service médical de cet établissement. C'est encore du Nord que nous vient en cela le bon exemple.

— Décidément la statistique est une belle chose, quoi qu'on en dise. Elle vient de nous révéler un fait aussi surprenant qu'original. A mesure que les colonies anglaises s'accroissent, les crânes diminuent. On ne va pas jusqu'à dire que les deux choses soient en raison directe l'une de l'autre, mais ce qui est certain, c'est que les deux existent. On sait, en effet, que l'empire colonial d'Angleterre augmente de jour en jour, et, ce que l'on sait moins et que nous allons démontrer, de jour en jour les crânes des Anglais diminuent de capacité.

sistance sont parallèles entre elles et perpendiculaires au levier; l'apophyse coronoïde, entraînée en arrière, passe au-dessous de la poulie articulaire de l'humérus, et, lorsque sa pointe en a dépassé le diamètre transverse, le refoulement en haut qu'exerce en ce moment encore la chute qui avait déjà renversé l'avant-bras en arrière pousse l'os vers l'épaule; l'apophyse coronoïde passe derrière la poulie articulaire de l'os du bras, remonte et vient se loger dans la cavité olécranienne que l'olécrane avait abandonnée pour se porter plus haut sur la face postérieure de l'humérus. Alors, à la place du pli antérieur du coude, on trouve la tumeur arrondie de l'extrémité articulaire inférieure de l'humérus. Ce mécanisme, seul possible que je viens d'exposer, se trouve rigoureusement démontré par le résultat efficace de l'application de la méthode rationnelle *par rétrogradation*, qui convient tout particulièrement à la réduction de la luxation dont il est ici question, luxation que j'ai pu réduire après trois semaines, deux mois et trois mois d'ancienneté, et pourtant tous les chirurgiens savent, ont vu et déclaré, d'après leur expérience, que les luxations du coude, si faciles à réduire immédiatement après l'accident, devenaient promptement irréductibles, et qu'après huit, ou dix ou quinze jours, il fallait renoncer généralement à rétablir les os dans leurs rapports primitifs et abandonner les blessés à eux-mêmes. Alors, avec le temps, ils recouvrent une faible partie des mouvements de l'avant-bras.

Voici maintenant comment, en parlant du mécanisme de la production de cette luxation, j'ai pu lui appliquer, avec un plein succès, les principes rigoureux de ma doctrine du mode rationel de réduction des luxations traumatiques, et rétablir les os luxés dans leurs rapports naturels, après un temps fort long et lorsque tous les praticiens les déclaraient irréductibles, car tous les efforts que l'on avait tentés avaient échoué. Voici les détails de cette application particulière de ma nouvelle méthode : le malade étant couché et chloroformé, j'appuie le côté postérieur du coude luxé contre mon genou ou contre un poteau solide et un peu rembourré, ou bien encore je puis le faire retenir au moyen d'un lac solidement fixé, passant derrière la partie tout à fait inférieure du bras; alors, avec mes deux mains seulement, l'une retenant le bras, avec l'autre j'étends d'abord complètement l'avant-bras; puis, en continuant mes efforts, je le plie en arrière, faisant ainsi saillir davantage en avant la poulie humérale; l'angle obtus que forme alors l'avant-bras en arrière est de 150 à 160 degrés seulement, mais cela suffit; à ce moment, et pendant que je continue de maintenir le renversement postérieur, un aide embrasse le poignet de l'avant-bras déplacé avec les mains seules ou avec un petit lac de traction; il tire, l'avant-bras s'allonge, et alors, quand il paraît suffisamment allongé, on le fléchit doucement, tout en continuant les tractions, et la réduction est effectuée. Que s'est-il passé? Tout ce qu'il y a de plus simple; l'apophyse coronoïde, qui plongeait dans la cavité olécranienne, et qui là était accrochée, en quelque sorte, sur la poulie humérale, en a été retirée par le renversement en arrière de l'avant-bras, ce qui n'a exigé que peu d'efforts, car le cubitus, dont l'olécrane appuyait sur la face postérieure de l'humérus, s'est trouvé constituer un levier du deuxième genre, comme cela avait été aussi au moment du déplacement, et nous avons pu facilement surmonter la résistance, qui n'était autre chose que l'espèce d'enclavement de l'apophyse coronoïde dans la cavité olécranienne, plus la faible résistance des muscles brachial antérieur et biceps brachial enroulés en quelque sorte sur la poulie articulaire humérale; enfin, quant à la puissance du renversement en arrière, c'est-à-dire la main appliquée sur le poignet ou le bout inférieur de l'avant-bras du blessé, elle agissait aussi loin que possible du coude et par le plus long bras de levier possible, ce qui a toujours rendu ce renversement facile et efficace, surtout dans ce levier du deuxième genre, où les forces, résistance et puissance, sont à peu près parallèles entre elles et perpendiculaires au levier que représente l'os à réintégrer dans ses rapports normaux; puis sont venues les tractions parallèles suivies de la flexion, et alors la réduction a été accomplie.

Je l'ai dit, dans les mémoires que j'ai antérieurement publiés il y a plusieurs années, le mode suivant lequel se produisent toutes les luxations est toujours le même; les os qui sont luxés ont toujours subi l'action de puissances extérieures qui n'agissent jamais directement pour les produire; dans les cas rares où l'on a vu se faire des luxations pendant des mouvements spontanés et violents du blessé lui-même, les actes musculaires doivent être assimilés à des actions extérieures, car c'est toujours en lançant à grande volée le membre luxé que l'effet s'est produit; l'on doit ici considérer le membre comme s'il avait été violemment poussé par une force étrangère; or, dans toutes les autres circonstances, l'os ou le levier, pendant ce violent mouvement, est venu prendre point d'appui sur un point du squelette, sur lequel il a basculé; alors toutes les résistances ont été vaincues, les ligaments articulaires et les capsules sont rompus, les os passent à travers la déchirure et les luxations sont produites : « On ne peut donc jamais dire que les extrémités osseuses luxées ont été entraînés par une action musculaire quelconque, et c'était pourtant là le principe faux sur lequel reposait toute la doctrine des temps antérieurs, et c'est encore celle de beaucoup de chirurgiens certainement à notre époque. »

On a cru trouver une exception dans le mode de production de certain cas de luxation de la mâchoire inférieure et à laquelle ne s'appliquaient pas, disait-on, les principes absolus que j'ai établis. Eh bien, on se trompe encore, car ils lui

---

Ce dernier terme de la question, le seul dont nous devions nous occuper, a été révélé d'une manière assez singulière.

Dernièrement, le docteur Beddoë a lu à la Société des naturalistes de Bristol un travail intitulé : *De la diminution graduelle des dimensions de la tête de l'homme dans notre pays*, par M. F. F. Tuckett, et a donné ensuite lecture d'un mémoire sur le même sujet, écrit par lui-même.

L'attention de M. Tuckett a été attirée de ce côté par les observations de M. Castle, chapelier à Bristol, lequel avait remarqué que, depuis vingt-cinq ans, la grandeur des chapeaux, considérée d'après la circonférence de la tête, avait diminué graduellement, jusqu'à mesurer un demi-pouce de moins pour cette période. Divers chapeliers, à Bristol et dans d'autres parties de l'Angleterre, donnèrent des renseignements analogues, et MM. Lincoln et Bennet, chapeliers bien connus de Londres, ont fourni un tableau montrant la marche progressive de cette diminution de puis 1855; on voit ainsi que la grandeur moyenne des chapeaux vendus par eux est tombée du n° 7 $_{1\text{-}25}$ en 1855 à 6 $_{19\text{-}21}$ en 1880, la réduction moyenne de la grandeur étant de 3^{mm},6 (1/7 de pouce) ou un peu plus de 3^{mm},17 (1/8 de pouce).

Un fabricant de chapeaux écrit: « Il y a quinze ans, la grandeur ordinaire des chapeaux en Angleterre était de 17^{cm},14 (6 pouces 3/4) à 18^{cm},75 (7 pouces 3/8) et même 19^{cm},05 (7 pouces 1/2); mais maintenant si on nous demandait un chapeau de 18^{cm},75, il nous faudrait faire une forme tout exprès. D'aucuns ont attribué cet abaissement dans la dimension à la mode dominante de porter les cheveux courts; mais, comme les têtes ont en moyenne deux pointures de moins qu'elles avaient et que la différence entre une longue et une courte chevelure ne peut atteindre un quart de pouce dans la longueur et la même quantité dans la largeur de la tête, cette explication est inadmissible. » En même temps le docteur Beddoë, en Écosse, s'informait, l'été dernier, auprès d'un des principaux chapeliers, des résultats de son expérience. Ce dernier corrobora pleinement ce qui avait déjà été établi, en

sont parfaitement applicables; et d'abord, on admettra bien évidemment que, dans une chute sur la face, où le menton est violemment abaissé par la résistance du sol et sur laquelle il est venu frapper, le bord postérieur de l'apophyse montante du maxillaire inférieur vient appuyer sur l'apophyse mastoïde, recouverte par l'insertion du tendon du muscle sterno-mastoïdien; que le levier-coude, que représente la mâchoire, trouve là son point d'appui, qu'il bascule, de manière à ce que le condyle articulaire, dont le ménisque interosseux favorise le glissement, vient distendre et puis déchirer la capsule fibreuse et passe alors sous la racine transverse de l'arcade zygomatique, pour rester là en état de luxation antérieure.

Ce que je soutiens ici, c'est que les muscles ptérigoïdiens et le masseter sont tout à fait impuissants à entraîner le condyle en avant pour le luxer, comme on le dit et comme on le répète partout; non, la mâchoire, dans la production de la luxation, ne présente pas un levier du troisième genre, et comme on croyait l'établir, mais bien un levier du premier genre; le point d'appui qu'elle a pris par le bord postérieur de son apophyse montante, sur le sommet de l'apophyse mastoïde, est situé entre la résistance, l'articulation et le menton, point d'application de la puissance; et, maintenant, quand on m'objecte que, quand la mâchoire inférieure se luxe, lorsqu'elle s'abaisse énormément pendant un baillement profond, c'est la puissance musculaire du sujet et non pas une violence extérieure qui produit la luxation, je réponds que le déplacement ne s'effectuerait pas par le fait des actions réunies des abaisseurs de la mâchoire inférieure, des muscles ptérigoïdiens et du masseter qui, du reste, sont antagonistes les uns des autres et ne peuvent pas, conséquemment, concourir à un même résultat, si l'os maxillaire ne venait pas s'appuyer sur les apophyses mastoïdes; donc, les muscles abaisseurs de la mâchoire doivent être considérés comme tout à fait comparables dans leur effet à l'action violente extérieure qui, dans une chute sur le menton, a exagérément abaissé l'os maxillaire.

Le cas que je viens d'analyser est absolument analogue au point de vue des effets à celui-ci, dans lequel j'ai vu un homme adulte se luxer simultanément les deux humérus dans le mouvement rapide et énergique qu'il fit pour lancer, en quelque sorte, ses deux mains au-dessus de sa tête au moment de se plonger dans l'eau; il est pareillement des personnes prédisposées, qui se luxent l'épaule en faisant certains gestes plus ou moins violents; on a encore cité l'exemple de tel individu qui s'est luxé le bras en appliquant un soufflet sur la joue d'un antagoniste; eh bien, les principes que je viens d'exposer leur sont parfaitement applicables.

Que l'on me comprenne bien : la doctrine ancienne que je combats est celle où l'on supposait que, dans toutes les chutes, c'étaient les muscles fixés à l'os à luxer qui, s'attachant près de l'extrémité qui va perdre ses rapports normaux, l'entraînent et effectuent directement la luxation; je soutiens qu'il n'en est jamais ainsi, pas plus dans les luxations de la mâchoire inférieure que dans celles de l'humérus ou celles de la cuisse ou tout autre que l'on voudra considérer. Ce qu'il faut faire pour être édifié sur ce point, c'est d'analyser avec le plus grand soin toutes les circonstances et tous les détails des faits directs ou indirects. Qu'on veuille bien me permettre de répéter encore ici, comme je l'ai dit ailleurs, que, dans un grand nombre de luxations, c'est l'analyse attentive des détails de la manœuvre rationnelle d'une réduction efficace (méthode par rétrogradation) qui permet d'établir, d'une manière évidente, le mode suivant lequel la luxation a été produite, alors qu'on n'avait pas pu être éclairé d'avance sur les circonstances détaillées de l'accident.

Voulez-vous que nous analysions encore les luxations du poignet, quelques rares qu'elles soient? Nous pourrons leur faire l'application des mêmes principes; je les suppose simples, quoique nous sachions bien qu'elles sont généralement compliquées des plus graves désordres; n'importe. C'est dans une chute sur la paume de la main que le poignet se luxe en avant; pour la luxation en arrière, la chute a eu lieu sur le dos de la main, qui se trouvait ainsi dans la flexion forcée; eh bien, dans ces mouvements forcés, la face postérieure du corps pour le premier cas, et sa partie antérieure pour le second, viennent prendre point d'appui sur le bord correspondant, postérieur ou antérieur, de l'extrémité inférieure du radius; là ils basculent; les tendons de la région correspondante à celle vers laquelle la luxation s'effectuera, s'allongent, les ligaments sont rompus et le corps vient se placer au-dessous du bord correspondant du radius, ou en avant ou en arrière. On le voit, le mécanisme est le même que celui que nous avons exposé pour les autres luxations du membre supérieur; la luxation de l'extrémité supérieure du radius se produit d'une façon analogue, seulement ici il faut voir que c'est dans les mouvements forcés de pronation ou de supination, par une violence extérieure, que le radius, en se croisant exagérément sur le cubitus, trouve là son point d'appui, bascule, et alors la tête osseuse s'éloigne de la petite cavité sigmoïde, ou bien rompt le ligament annulaire, ou bien elle se dégage de son étreinte, passe en dessous et est en quelque sorte attachée de l'anneau qu'il lui formait et est ainsi constituée en luxations d'un genre très différent l'une de l'autre, sans doute, mais produites toutes les deux par un mécanisme parfaitement analogue. N'en est-il pas de même pour l'extrémité inférieure du radius lorsqu'elle se luxe sur celle du cubitus?

Si nous analysons les luxations du pied, nous arriverons toujours à la même doctrine, toujours aussi absolue; dans un

---

sorte que ce changement ne paraît pas être confiné dans la partie sud de l'île.

Plusieurs théories ont été proposées pour rendre compte de ce fait, mais aucune n'est satisfaisante. Le docteur Beddoë incline à croire à une diminution graduelle du développement. A l'appui de cette opinion, M. C. Garlick, chapelier de Bristol, donne la statistique suivante :

Grandeur de 100 *chapeaux vendus.*	En 1862.	En 1880.	*Deuxième centaine vendue la même année.*	En 1862.	En 1880.
6 pouces 3/8	1	0	6 pouces 1/2	0	1
6 — 1/2	0	1	6 — 5/8	3	6
6 — 5/8	1	9	6 — 3/4	14	23
6 — 3/4	13	17	6 — 7/8	22	29
6 — 7/8	14	24	7 — »	25	18
7 — »	31	27	7 — 1/8	25	13
7 — 1/8	29	18	7 — 1/4	6	8
7 — 1/4	7	3	7 — 3/8	3	2
7 — 3/8	4	1	7 — 1/2	2	0

Ces deux tableaux montrent que, en 1862, le nombre des pointures élevées l'emporte sur les moins élevées, ce qui est absolument le contraire en 1880. Ainsi, en prenant comme moyenne le chapeau de 7 pouces, nous trouvons, sur les 200 chapeaux vendus en 1862, 124 au-dessous et 76 au-dessus de 7 pouces, et en 1880, 155 au-dessous de cette pointure et 45 seulement au-dessus.

Ces chapeaux ont tous été vendus à des hommes au-dessus de vingt ans. On peut voir, dans la *Gazette des chapeliers* (*Hatter's Gazette*), que cette honorable corporation avait déjà reconnu le fait en question.

Qu'on aille après cela nier la puissance des chiffres!

L. H. Petit.

faux pas, le pied, la plante du pied, se renverse ou en dedans ou en dehors; dans le premier cas, la face interne du calcanéum, et avec elle la partie la plus inférieure de celle de l'astragale, vient appuyer sur le sommet de la malléole interne, l'astragale se renverse en dehors, le ligament latéral externe se rompt, les muscles s'allongent, le pied roule en quelque sorte sur son axe, et la surface supérieure de l'astragale presse plus ou moins complètement sous la malléole externe et reste ainsi renversé (luxation du pied en dehors); dans le cas où le renversement du pied (considérez toujours la plante du pied) se fait en dehors, le calcanéum vient appuyer par sa face externe contre le sommet de la malléole externe, que nous supposons ici, comme dans le premier cas, ne point se fracturer, pas plus que le péroné; l'astragale vient passer plus ou moins au-dessous de la malléole du tibia et y reste en luxation du pied en dedans; de même, lorsque le pied est mis dans une extension forcée, si la partie articulaire de l'astragale passe au-devant de la partie inférieure du tibia, ou que, dans un mouvement contraire, elle passe en arrière, ce qui n'arrive à peu près jamais, le mécanisme a toujours été analogue à celui des autres luxations.

Ainsi, tous les faits, toutes les réflexions, toutes les analyses des diverses espèces de déplacement des os, constituant des luxations traumatiques, montrent l'évidence de la doctrine fondamentale que j'ai établie; pour cela :

1° Voyez la première observation de mon mémoire de 1858 : luxation sous-acromio-épineuse, page 17, et particulièrement *les détails*, page 20, ligne 14 et suivantes.

2° La deuxième observation : luxation sous-scapulaire, page 23, voir particulièrement *les détails*, page 26, ligne 7 et suivantes.

3° Quatrième observation : luxation coraco-claviculaire primitive, page 33, ligne 1 et suivantes.

4° Septième observation : luxation *sus-ileo-pectiné externe*, deuxième mémoire, page 56. Fait unique dans la science. Voir particulièrement les détails, page 60, ligne 18 et suivantes et page 60, ligne 10 et suivantes.

Conclusions. — Donc les muscles n'interviennent jamais *directement* dans la production des luxations, ce n'est jamais eux qui *entraînent* les extrémités osseuses qui seront luxées; ils n'agissent jamais, et quand, exceptionnellement, ils agissent, ce n'est que d'une manière comparable à celle des actions extérieures, en imprimant seulement parfois aux os des mouvements exagérément violents. Ils ne produiraient jamais les déplacements de ces derniers, si ceux-ci ne trouvaient en eux-mêmes, et en dehors de leurs muscles propres, à remplir toutes les conditions des leviers sur l'une des extrémités duquel la puissance, quelle qu'elle soit, est appliquée, et, par conséquent, dans toutes les luxations, les os ne peuvent jamais représenter ou constituer que des leviers du premier ou du deuxième genre et jamais du troisième. C'était pourtant sur cette dernière sup position que reposait toute la doctrine ancienne, qui se trouvait ainsi entièrement fausse, en même temps que les forces musculaires, qu'elle supposait suffisantes, eussent été par elles-mêmes tout à fait impuissantes à produire aucun déplacement traumatique des extrémités articulaires des os.

La première question, de l'intervention des muscles dans la production des luxations, devra être ainsi résolue : *elle est nulle* directement, et lorsque parfois, et tout à fait exceptionnellement, elle intervient, elle agit absolument d'une manière analogue à celle suivant laquelle aurait agi une violence extérieure appliquée sur l'une des extrémités du levier que représente l'os luxé, mais jamais directement sur l'extrémité de l'os qui sera déplacé, en l'*entraînant* hors de ses rapports normaux.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

COMPTE RENDU SOMMAIRE DES EXPÉRIENCES FAITES A POUILLY-LE-FORT, PRÈS MELUN, SUR LA VACCINATION CHARBONNEUSE, par M. *Pasteur*, avec la collaboration de MM. *Chamberland* et *Roux*. (Voy. le précédent numéro, *Académie de médecine*.)

— M. *Milne Edwards*, à l'occasion de la belle découverte de M. Pasteur, appelle l'attention des zoologistes sur l'analogie qui lui paraît exister entre certains faits signalés par ce savant et les phénomènes d'alternance morphologique constatés depuis longtemps chez divers animaux, qui, en se multipliant tantôt par bourgeonnement ou par scissiparité, tantôt par oviparité, réalisent des formes organiques très différentes, et, par exemple, deviennent, dans un cas, des méduses, dans l'autre cas, des sertulariens. Il serait intéressant de voir si, en variant la température, la composition de l'air en dissolution dans l'eau ou toute autre condition biologique, on pourrait obtenir à volonté, d'une manière continue, l'un ou l'autre des deux termes des générations alternantes. Des expériences de cet ordre pourraient être faites dans nos laboratoires de zoologie marine.

— M. *Bouley* rappelle, à ce sujet, les expériences de MM. Arloing, Cornevin et Thomas sur le virus vaccin du *charbon symptomatique*, différent du charbon bactéridien, et constitué par un autre microbe. Ce microbe a ceci de particulier que, mortel par ses effets, lorsqu'il est mis en rapport avec le tissu cellulaire, et surtout le tissu musculaire, où il trouve les conditions d'une pullulation très énergique, ne donne lieu, au contraire, qu'à des phénomènes très effacés quand on l'introduit directement dans l'appareil vasculaire.

MM. Arloing et Cornevin viennent de donner la démonstration de cette immunité devant le jury d'un concours ouvert, il y a huit jours, à l'Ecole de Lyon, pour une chaire de professeur. Ce jury, composé de représentants des trois Ecoles vétérinaires et d'un membre de la section vétérinaire de l'Académie de médecine, a été rendu témoin de résultats tellement positifs, qu'aucun doute sur l'efficacité de la vaccination contre le charbon symptomatique n'a pu demeurer dans l'esprit de personne.

Deux séries d'expériences ont été faites. L'une, la plus importante, ayant pour but de montrer que les sujets vaccinés à diverses époques résistent aux inoculations subséquentes du virus charbonneux. Un premier sujet, non vacciné, bélier d'Auvergne, devant servir de témoin, fut inoculé le 31 mai avec 0cc,5 de liquide de pulpe charbonneuse dans la cuisse gauche. Le 2 juin, ce bélier mourait, et montrait, à son autopsie, les lésions typiques du charbon symptomatique.

En même temps que ce bélier, on inocula avec le même liquide :

1° Un veau charolais, vacciné depuis quatorze mois déjà par une injection intra-veineuse. Il reçut 1 centimètre cube de liquide virulent dans la cuisse gauche. Cette inoculation ne fut suivie d'aucune manifestation ni locale ni générale; malgré les quatorze mois écoulés depuis l'inoculation préventive, l'immunité était aussi complète qu'aux premiers jours.

2° Un veau bernois, vacciné depuis onze mois par injection intra-veineuse. La dose inoculée fut 0cc,5 introduit dans la cuisse gauche. Aucun effet ne s'en est suivi.

3° Un veau âgé de seize jours. Au point de vue de la pathologie générale, cette expérience est des plus intéressantes. Ce veau n'avait pas été vacciné directement, mais sa mère l'avait été au quatre-vingt-septième jour de sa gestation, par 4 centimètres cubes de liquide virulent injectés dans la veine jugulaire.

L'inoculation faite sur cet animal par l'introduction de 0cc,5 de virus dans la cuisse gauche ne fut suivie d'aucun effet appréciable.

L'immunité lui avait été donnée par sa mère, six mois avant sa venue au monde.

4° Une brebis auvergnate, vaccinée depuis quinze jours, mais par une autre méthode que l'injection intra-veineuse; c'est dans la trachée que le liquide virulent avait été introduit.

Inoculée avec 0cc,5 de liquide virulent, injecté dans la cuisse gauche, cette bête s'y montra réfractaire tout aussi bien que les sujets vaccinés par les veines.

Les expériences de la deuxième série avaient pour objet de

montrer qu'il existait des espèces animales naturellement réfractaires au charbon symptomatique. De fait, des inoculations faites par injections sous-cutanées et intra-musculaires, sur un porc, un rat blanc, un chien et un lapin, demeurèrent sans effets, tandis qu'un veau de cinq mois, inoculé simultanément avec le même liquide que ceux-ci, mourait le surlendemain, en présentant les tumeurs caractéristiques.

La méthode suivie jusqu'à présent par MM. Arloing, Cornevin et Thomas pour vacciner contre le charbon symptomatique est autre que celle de M. Pasteur contre le charbon bactéridien. Ce n'est pas le virus atténué qu'ils ont employé, mais le virus naturel, dont ils atténuent les effets trop énergiques en l'introduisant d'emblée dans le milieu sanguin, moins favorable à sa pullulation puissante, sans doute par suite de cette sorte de concurrence vitale que lui font les globules du sang.

DE LA DISSOLUTION DES FAUSSES MEMBRANES DE L'ANGINE COUENNEUSE PAR LES APPLICATIONS LOCALES DE PAPAÏNE. Note de M. *E. Bouchut*. — L'auteur a continué les expériences dont il a déjà entretenu l'Académie. Elles ont été poursuivies sur un grand nombre de malades. Elles ont démontré qu'on pouvait espérer d'obtenir par les applications de papaïne la dissolution et la digestion sur place des fausses membranes de la diphthérite.

Depuis le commencement de ses études, il a ainsi traité trente-deux cas, enfants ou adultes, et n'a eu que quatre morts. Un des malades guéris avait en même temps une diphthérite cutanée, très épaisse, du conduit auditif externe, et un autre, une conjonctivite pseudo-membraneuse. Ces deux cas ont été des plus remarquables par la rapidité de la dissolution des fausses membranes.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le président du Conseil transmet l'ampliation du décret approuvant l'élection de M. Baudrimont dans la section de pharmacie.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet plusieurs formules et échantillons de remèdes secrets et nouveaux.

M. le commissaire général de l'Exposition internationale d'électricité demande à l'Académie sous quel titre son exposition doit être inscrite au catalogue.

M. Martin (de Lyon) adresse un pli cacheté, qui est accepté, contenant la description d'un appareil pour la dissolution des calculs vésicaux.

MM. les docteurs Feltz et Ritter, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy, envoient pour le prix Godard de 1882 un ouvrage imprimé sur l'*Urémie expérimentale*. (Inscrit sous le n° 1.)

M. le docteur F. Vincent (de Guéret) adresse, pour le prix Buignet de 1881, un mémoire manuscrit intitulé : *Le choc en retour et le foudroiement latéral*. (Inscrit sous le n° 2.)

L'Académie reçoit : 1° pour le prix Capuron 1881, un travail manuscrit, avec le nom de l'auteur sous pli cacheté (inscrit sous le n° 2) ; 2° un mémoire manuscrit pour le prix de l'Académie de 1881, avec le nom de l'auteur sous pli cacheté (inscrit sous le n° 1) ; 3° un travail imprimé sur la *Litholapaxie* (inscrit sous le n° 2, pour le prix d'Argenteuil).

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. Gibbs (de Londres) une brochure en anglais renfermant l'analyse raisonnée du rapport de l'Académie de médecine de Paris sur le service de la vaccine en 1867.

M. *Leroy de Méricourt* présente, de la part de M. le docteur Viaud-Grand-Marais (de Nantes) l'article SERPENTS VENIMEUX, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Depaul* offre, au nom de M. le docteur Cazin (de Boulogne-sur-Mer) un ouvrage intitulé : *Des varices pendant la grossesse et l'accouchement*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. le docteur Callias, un travail sur la *Résorcine et son emploi en thérapeutique*.

M. *Larrey* offre : 1° au nom de M. le docteur Bécour (de Lille), les brochures suivantes : *Des causes de la mortalité des nouveau-nés et des moyens de la diminuer* ; *Étude bibliographique et clinique des injections intraveineuses*, *Dangers de l'écrémage du lait* ; *Causes et dangers de l'empirisme, et moyens de le combattre* ; *Rapport sur les travaux de la Commission des logements insalubres de Lille en* 1879. 2° de la part de M. le docteur Druixho (de Huy) un livre intitulé : *Guide dans l'art d'élever et de soigner les petits enfants*. 3° au nom de MM. Timbal-Lagrave et Bucquoy, un ouvrage illustré sur les *Dianthères des Pyrénées françaises*.

M. *Vulpian* présente, de la part de M. le docteur Hallopeau, un ouvrage intitulé : *Du traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, le salicylate de soude et le sulfate de quinine*. A cette occasion, M. *Jules Guérin* rappelle qu'il a depuis longtemps insisté sur l'emploi de substances antiseptiques qui puissent parvenir jusque dans l'iléon pour agir sur l'agent infectieux de la fièvre typhoïde.

EAUX MINÉRALES. — Au nom de la Commission des eaux minérales, M. Proust donne lecture de quatre rapports dont les conclusions sont adoptées par l'Académie ; elles sont favorables pour les trois premiers concernant les sources de la Réveille à Issoire, de César à Reipertsweiler (Basse-Alsace), d'Appollonis à Kronthal (Hesse-Nassau), et défavorables pour la source dite Wilhemlsquelle, dans cette dernière ville.

VACCINATION CHARBONNEUSE. — C'est M. *Colin* (d'Alfort) qui devait tout naturellement fournir lui-même l'occasion d'une nouvelle et éclatante confirmation de l'importance de la découverte annoncée mardi dernier à l'Académie par M. Pasteur, dans l'exposé de ses expériences sur la vaccination charbonneuse. Dès le début de la séance, en effet, M. Colin proteste « contre l'absorption des résultats de ses travaux » et déclare, en une longue communication, que la priorité doit lui être acquise : 1° pour la constatation et la démonstration du fait de l'immunité charbonneuse qui est conférée à diverses espèces par les inoculations dites préventives ; 2° pour la démonstration de cet autre fait que le procédé de vaccination charbonneuse par le sang chauffé de 55 à 57 degrés est sans aucune valeur ou sans action préventive, et 3° pour la constatation d'une série de faits relatifs au rôle que les ganglions lymphatiques jouent dans l'évolution et la généralisation des états charbonneux. »

Mais M. *Bouley* reproche vivement à M. Colin de n'avoir pas le courage de reconnaître ses erreurs, ajoutant qu'on s'honore toujours en rendant justice au mérite qu'on a pu méconnaître. M. Colin, qui fait aujourd'hui tant de cas des inoculations préventives et conteste la vaccination charbonneuse obtenue par M. Pasteur, en réclamant pour lui la priorité du fait lui-même, ne s'est-il pas écrié, le 8 mars dernier, devant l'Académie, en parlant des virus-vaccins : « Si ces virus sont privés de leurs propriétés, s'ils ne sont plus rien, en vertu de quoi veut-on qu'ils deviennent des vaccins, qu'ils confèrent des immunités ?... De telles propositions sont contraires à tous les principes et à tous les faits d'observation ou d'expérimentation,... elles n'exigent aucune réfutation. » Que M. Colin ait ou non constaté le premier que l'on peut réussir à donner l'immunité contre le charbon en ayant recours à des inoculations à très petites doses, quel rapport légitime peut-on établir entre ce procédé et la découverte de la méthode de l'atténuation des virus mortels par des procédés de culture qui permettent d'enlever à ces virus leur énergie dangereuse en leur laissant assez d'activité pour que, inoculés, ils donnent lieu à une fièvre bénigne dont l'immunité est la suite ? En un mot, faire d'un virus qui tue un virus vaccinal, voilà l'œuvre de M. Pasteur, qui est à lui et à lui seul.

M. *Jules Guérin* fait observer que M. Toussaint avait déjà fait connaître l'année dernière une méthode de vaccination préservatrice contre le charbon, méthode jugée sans doute insuffisante puisque M. Pasteur vient en présenter une nouvelle, qu'en conséquence il serait intéressant de savoir ce qu'il était advenu des résultats de M. Toussaint, et qu'il convenait peut-être d'attendre pour la découverte de M. Pasteur la consécration du temps, de peur de revenir sur un enthousiasme prématuré.

M. *Bouley* fait voir que la découverte de M. Toussaint est bien réelle : en soumettant à une température de 55 degrés pendant dix à vingt minutes du sang charbonneux défibriné, on parvient à enlever à ce sang l'excès de son énergie virulente qui le rend mortel et à lui en laisser cependant assez pour que son inoculation transmette une fièvre charbonneuse bénigne, à la suite de laquelle l'immunité est acquise. Plus de quarante expériences l'ont déjà parfaitement établi ; d'autres expérimentateurs l'ont confirmé ; Semmer (de Dorpat) a pu même appliquer cette méthode à la septicémie. Mais, si le problème a été résolu scientifiquement par M. Toussaint, il ne l'est pas encore pratiquement, en ce sens que la formule de la fabrication d'un virus atténué des effets duquel on soit absolument sûr n'est pas encore trouvé.

En ce qui concerne la découverte de M. Pasteur, M. Bouley

estime qu'elle est complète, et que les espérances, l'enthousiasme qu'elle suscite, ne sont nullement exagérés; il profite de l'occasion qui lui est offerte et du désir manifeste de l'Académie pour faire un exposé très brillant et très applaudi des phases successives par lesquelles a passé l'élaboration de cette grande œuvre, montrant quels soins minutieux M. Pasteur apporte toujours pour éviter les causes d'erreurs et quelles garanties il veut avoir de la pureté des résultats obtenus avant de les livrer à la publicité, ayant comme une sorte de jalousie de sa gloire qui a fait dire à M. Dumas que « aucune des affirmations de M. Pasteur, à quelque ordre d'idées qu'elles se rattachent, n'a été reconnue erronée. »

Dans ses premières recherches sur le microbe du choléra des poules, M. Pasteur avait constaté l'atténuation graduelle de la virulence dans les liquides de culture qu'on laisse exposés à l'influence de l'air pur; cette virulence atténuée se mesure dans son intensité au pourcentage des accidents mortels qui suivent l'inoculation, 50, 40, 20, 15, 10 pour 100, suivant que le liquide de culture a été exposé moins ou plus longtemps à l'action modificatrice de l'air. De plus, le virus qui avait cessé d'être mortel dotait l'organisme auquel on l'avait inoculé d'une immunité complète contre le virus mortel, tel qu'on le trouve dans les premières semaines qui suivent l'ensemencement dans un liquide de culture. La méthode de la vaccination était alors créée, puisque, pour une maladie des plus virulentes, on pouvait, en soumettant le microbe agent de cette virulence à des influences méthodiques de milieu, atténuer son énergie et le réduire au point qu'elle ne produisît plus d'autre effet qu'une maladie bénigne, à la suite de laquelle l'immunité devenait acquise. — Mais le microbe du charbon dans les mêmes conditions, conservait, au contraire, sa virulence tout aussi énergique, pendant des mois et des années. M. Pasteur se demanda si cela ne dépendait pas des modes de génération des deux microbes. Le microbe du choléra des poules ne s'engendre, en effet, que par scissiparité; on ne connaît pas ses spores; tandis que le microbe du charbon a deux modes de génération : il est scissipare et il est aussi sporipare, c'est-à-dire que des spores se forment et très rapidement, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, dans les segments qui le constituent.

Or, tandis que la substance constitutive du mycélium est très impressionnable à l'influence de l'air et se modifie en se débilitant, pour ainsi dire, les spores, au contraire, sur lesquelles réside le devenir de l'espèce, sont très résistantes à ces influences; l'air est sans action sur elles. Il faut, pour les détruire, des agents très énergiques, comme le feu, par exemple. Que si donc le microbe du charbon n'est pas susceptible de se modifier sous l'influence de l'air, c'est sans doute que son énergie est mise à l'abri de cette influence dans des spores inaltérables. Si l'on prévenait la formation des spores en maintenant le mycélium du charbon dans de telles conditions de milieu que cette formation fût suspendue, ce microbe, maintenu à l'état de mycélium, ne subirait-il pas les mêmes influences atténuantes de la part de l'air que celui du choléra des poules?

Cette idée directrice trouva la confirmation expérimentale suivante : entre 42 et 43 degrés, la bactéridie charbonneuse se cultive encore très bien par scissiparité, mais n'engendre plus de spores. Il fallait donc maintenir le liquide de culture à cette température et exposer le mycélium engendré au contact de l'air pur, de la même manière que celui du choléra des poules, pour savoir si, dans ces conditions, il subirait la même atténuation que celui-ci. Or, dans cette circonstance, il perdait graduellement de sa virulence au point de devenir compatible avec la vie et de faire l'office de vaccin. Le problème de la vaccination contre le charbon était donc scientifiquement résolu comme celui du choléra des poules.

Mais dans l'application, l'altération facile du mycélium sous l'influence des milieux aurait donné lieu à d'assez grandes difficultés. Alors M. Pasteur s'est demandé si le microbe qui, cultivé en liquide chaud, n'engendre plus de spores, ne les engendrerait pas de nouveau si on le remettait en liquide froid. L'expérience démontra que la faculté germinative, endormie dans un milieu chaud, se réveillait dans un milieu froid et que des spores se formaient dans les segments du mycélium atténué, comme dans ceux du mycélium doué de toute son activité virulente. Mais ces spores, nées d'un mycélium affaibli par l'influence de la chaleur, à quel degré possédaient-elles la virulence? Était-ce une virulence forte ou une virulence en rapport exact avec le degré d'atténuation obtenu par la culture dans le mycélium dont cette spore procède? On parvint à reconnaître que la spore provenant d'un mycélium atténué n'avait qu'une virulence exactement proportionnelle à la sienne, et enfin que les bactéridies de ces spores atténuées ne possédaient, elles aussi, qu'une virulence exactement proportionnelle à celle de leur spore originelle. En sorte que M. Pasteur a réussi, par des cultures méthodiques, à constituer des races, pour ainsi dire, dans les bactéridies charbonneuses, à faire que l'atténuation virulente soit transmissible héréditairement et cette virulence obtenue par la culture et transmissible par voie de génération peut alors se mesurer par les effets produits sur des animaux susceptibles, le mouton, le cobaye, la souris blanche, réactifs vivants d'une grande sûreté permettant de titrer les virus suivant les nécessités. De plus, il en résulte des degrés dans l'immunité conférée, comme il y en a dans la virulence. C'est ainsi que, pour le charbon, il convient d'en donner d'abord, en quelque sorte, une première dose par un virus inoffensif pour le mouton, mais tuant le cobaye. L'organisme du mouton est alors invulnérable à l'action du virus assez fort pour tuer 50 pour 100 des moutons vierges de l'inoculation du premier degré. Enfin, lorsque les moutons vaccinés en deuxième degré reçoivent le virus fort, l'immunité est le plus souvent tellement complète qu'ils lui demeurent la plupart insensibles, et s'ils se montrent encore susceptibles à un certain degré, l'immunité s'achève par les effets de cette dernière inoculation : l'expérience a été faite et résolue à Pouilly-le-Fort.

On prétend, ajoute M. Bouley, qu'il n'y a que quelques semaines écoulées depuis les expériences de Pouilly-le-Fort, et qu'on ne pourrait encore affirmer si les résultats obtenus par la vaccination seront durables. Mais pourrait-on croire que M. Pasteur n'a commencé ses expériences que d'hier? Il a reconnu, en effet, depuis longtemps que les effets de la vaccination sont durables au moins au delà de six mois et sept mois, et plus encore. D'autre part, M. Toussaint a dans son laboratoire des sujets vaccinés par sa méthode depuis huit mois, et qui sont réfractaires à l'inoculation charbonneuse même intensive. D'un autre côté, MM. Arloing, Cornevin et Thomas, faisant une application des mêmes données à une autre maladie microbienne, le charbon symptomatique, vaccinent par l'injection directe dans le système circulatoire, du microbe propre à cette espèce de charbon, l'expérience leur ayant démontré est inoffensif dans le sang, tandis qu'introduit dans le tissu cellulaire ou musculaire, il donne lieu presque infailliblement à des accidents mortels. Des expériences tout à fait confirmatives viennent d'être faites à Lyon sur des animaux vaccinés depuis quatorze et douze mois. (Voir p. 399.)

D'ailleurs, à supposer que la durée des effets des inoculations vaccinales ne fût que de quelques mois, le résultat serait encore considérable au point de vue économique, puisqu'il permettrait de donner chaque année l'immunité aux troupeaux infestés par le charbon.

En résumé, conclut M. Bouley, M. Pasteur a réussi à s'emparer de la forme de vie des microbes de la virulence; il en a dirigé les mouvements d'après un plan déterminé par lui, de manière à réduire l'énergie dangereuse de l'activité de ces microbes et à la transformer en activité bienfaisante; Il a fait du microbe mortel un microbe vaccinal qui confère l'immunité contre le microbe mortel. Cette grande découverte

sera féconde : elle fait honneur à la science comme elle fait honneur à notre pays. — Ce magistral exposé présenté par M. Bouley des découvertes de M. Pasteur a été le fait capital de la séance; faut-il à présent mentionner les interruptions de M. *Colin* (d'Alfort) maintenant ses contestations et ses réclamations de priorité? Nous devons cependant dire que M. Bouley a offert à ce dernier deux des moutons vaccinés à Pouilly-le-Fort, en l'invitant à leur inoculer lui-même le charbon, de même que M. Pasteur lui avait offert mardi dernier de leur inoculer du sang charbonneux au lieu de liquide de culture; M. Colin persiste de nouveau dans son refus de faire des épreuves comparatives avec des éléments fournis par M. Pasteur.

L'intervention de M. Bouley était amenée par la présentation d'une note de M. Rossignol, le vétérinaire chargé de pratiquer l'autopsie de la brebis qui, quoique vaccinée, avait succombé quelques jours après l'inoculation charbonneuse. On sait que cette brebis était à terme ; M. Rossignol, en produisant le procès-verbal d'autopsie, maintient que la mort du fœtus a déterminé celle de la mère. Le fœtus était macéré, le liquide amniotique avait disparu, les membranes étaient déchirées et engagées dans le col, l'animal serait mort de cet avortement, que la fièvre d'inoculation ne lui aurait pas permis de compléter. M. *Blot* fait remarquer que tout cela n'explique en aucune manière l'influence nocive du fœtus sur la mort de la mère; le liquide amniotique s'était résorbé, comme cela se voit toujours en pareil cas; le fœtus étant seulement macéré, les membranes avaient dû être intactes jusqu'aux derniers moments. — M. Rossignol rappelant aussi dans sa note que l'inoculation des matières virulentes à des femelles pleines produit des effets désastreux, M. *Depaul* maintient, comme il l'avait dit il y a huit jours, que la vaccination des femmes enceintes n'a aucun inconvénient. Il maintient aussi qu'à l'exemple de Jenner, il ne fait nulle difficulté d'inoculer le pus de la variole elle-même. Enfin, M. Rossignol ajoutant dans sa note que la brebis ne présentait aucun des signes manifestes du charbon, et que le sang contenait seulement de très rares bactéridies provenant de l'inoculation pratiquée quelques jours auparavant, M. *Colin* persiste, comme d'habitude, à penser que cet animal a dû succomber au charbon, ne fût-ce que pour se refuser à l'admiration que les expériences de Pouilly-le-Fort auraient pu, s'il avait consenti à y assister, lui arracher malgré lui, par action réflexe, suivant l'expression de M. Bouley.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Pseudo-hernie musculaire. — Grenouillette sublinguale; pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne. — Plaies du pénis par armes à feu. — Présentation d'une malade.

M. *Farabeuf* fait un rapport sur un malade présenté dans une précédente séance par M. *Bousquet ;* il s'agit d'une pseudo-hernie musculaire du muscle moyen adducteur de la cuisse. Un homme de vingt-cinq ans ressentit une vive douleur à la partie supérieure de la cuisse gauche pendant des exercices d'équitation. Plus tard, survint une ecchymose, et un mois après, on constatait une tumeur à la racine de la cuisse. Cette tumeur grossit lentement. Il n'y a pas eu rupture de l'aponévrose ; il n'y a pas d'hiatus à l'aponévrose fémorale. Il y a eu rupture musculaire suivie de la rétraction lente et progressive du bout supérieur formant alors tumeur. Au-dessous de cette tumeur existe une dépression. Pendant la contraction du muscle, le bout supérieur remonte et forme une tumeur dure et nettement limitée. C'est donc une rupture musculaire formant une pseudo-hernie.

M. Farabeuf a vu, dans le service de M. Lucas-Championnière, un exemple de rupture du muscle droit antérieur de la cuisse, et il a pu en étudier les signes.

— M. *Delens* fait un rapport sur une observation de grenouillette adressée à la Société de chirurgie par M. *Dieu.* La grenouillette sublinguale fut opérée, et plus tard, elle se reproduisit dans la région sus-hyoïdienne. En 1879, M. Gosselin avait montré la communication réelle des deux poches sublinguale et sus-hyoïdienne. L'observation de M. Dieu démontre cette migration, mais il ne faut pas en conclure que c'est le seul mode de formation de la grenouillette sus-hyoïdienne.

La malade, âgée de sept ans, fut opérée en septembre 1880 d'une grenouillette sublinguale par une large excision de la poche et la cautérisation. En janvier 1881, il se forma une tumeur sus-hyoïdienne ; M. Dieu put renvoyer la fluctuation vers la cavité buccale. Le 8 avril, incision sur la ligne médiane et dissection de la poche, qui faisait hernie entre les muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens ; excision ; guérison.

M. *Trélat :* Quand la grenouillette est petite, l'excision avec des ciseaux suffit ; si elle est volumineuse, ponction et injection iodée, en ayant soin de bien laver la poche avant l'injection. M. Trélat n'a qu'à se louer de cette manière de faire.

M. *Forget* : Pour admettre que la tumeur sus-hyoïdienne est la suite de la grenouillette sublinguale, il faudrait démontrer que celle-ci s'est reproduite dans la bouche et s'est étendue ensuite à la région sus-hyoïdienne. Pour le traitement, M. Forget conseille d'inciser largement la poche et de cautériser avec le nitrate d'argent.

M. *Després :* Il semble que la malade de M. Dieu avait une hydropisie de la bourse séreuse de Fleischmann, origine assez rare. Pour guérir radicalement la grenouillette, il faut passer un séton, un tube à drainage dans la poche et maintenir ce tube en place pendant quatre à six mois.

M. *Verneuil* a essayé beaucoup de procédés qui lui ont donné des succès. Il y a deux ans, une femme opérée déjà sans succès deux ou trois fois, revient à l'hôpital. M. Verneuil voulut faire une section lente de la poche pour obtenir la soudure des deux muqueuses. Il traversa cette poche avec son aiguille courbe portant deux fils d'argent ; il lia au-dessus et au-dessous. La section se fit en sept ou huit jours et la malade guérit. Une autre fois, il remplaça le fil d'argent par un fil en caoutchouc.

M. *Labbé* n'est point partisan du séton, qui expose les malades à une suppuration fétide pendant plusieurs mois.

M. *Le Dentu* a fait autrefois un rapport sur un travail de M. Théophile Anger qui conseillait les injections au chlorure de zinc. Depuis, M. Le Dentu a appliqué vingt-cinq fois ce traitement, et il n'a pas eu d'insuccès. Il suffit de piquer la grenouillette sans la vider et d'injecter deux ou trois gouttes de la solution ; réaction inflammatoire et guérison en dix jours.

M. *Gillette* a vu à Beaujon une femme opérée par M. Anger ; elle avait horriblement souffert, et au bout de six mois il y eut récidive. M. Gillette fit l'excision et la cautérisation.

M. *Marc Sée*, étant à l'hôpital Sainte-Eugénie, a excisé une grenouillette, laissant un peu de la paroi qui fut cautérisée au nitrate acide de mercure ; guérison ; mais au bout de six mois, il y eut récidive.

M. *Tillaux :* M. Dieu n'a voulu traiter que la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne. Il y avait comme une poche en bissac. Il s'est formé une grenouillette sublinguale, et grâce à un prolongement de la poche, une grenouillette sus-hyoïdienne consécutive. M. Tillaux fait toujours l'excision et la cautérisation.

M. *Delens :* M. Dieu n'avait pas voulu s'occuper du traitement de la grenouillette, mais bien de la pathogénie de cette affection.

— M. *Forget* lit une observation de plaies du pénis par armes à feu. Le 14 avril 1880, il fut appelé près d'un jeune homme qui venait de se blesser avec un pistolet. On constatait une plaie superficielle du scrotum, à la racine de la verge; sur le côté droit du pénis, près de la couronne du gland, une plaie occupait le fourreau de la verge; enfin, il y avait une plaie du gland. Le malade s'était blessé en remuant dans sa poche de son pantalon un révolver qui était chargé. La balle conique avait 8 millimètres à la base et 15 millimètres de longueur.

Il sortait du sang pur à la fin de la miction, mais l'urine ne sortait pas par les plaies. Une serre fine fut appliquée sur le point d'où partait l'hémorrhagie. Au bout de quelques jours, l'urine sortait par la plaie du gland devenue fistuleuse. La sonde à demeure fut mal supportée; le cathétérisme intermittent également à cause d'une blennorrhagie récente. Au moment de la miction, le malade appliquait le doigt sur la fistule qui finit par s'oblitérer au bout de sept semaines.

M. *Polaillon* a vu une plaie en gouttière produite par une balle à la base du gland; la cicatrisation se fit sans accident.

— M. *Redon* présente une jeune fille atteinte du mal de Pott sous-occipital, et à laquelle il a appliqué un appareil plâtré très complet pour immobiliser la tête et la partie supérieure de la colonne vertébrale.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 18 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Thermométrie et calorimétrie : M. d'Arsonval. — Phénomènes d'inhibition et de dynamogénie : M. Brown-Séquard. — Transmission des excitations cérébrales par les corps calleux : M. Brown-Séquard. — Nature réflexe des mouvements produits par les excitations du cerveau ou de la base de l'encéphale : M. Brown-Séquard. — Différentes espèces de sensibilité oculaire, leurs modifications pathologiques : M. Parinaud.

M. *d'Arsonval* montre que la *calorimétrie directe* est seule capable de fournir des renseignements exacts sur la quantité de chaleur produite par un être vivant. Le thermomètre ne peut donner que l'indication de la température générale, et d'autre part on ne doit compter en aucune façon sur l'exploration des températures dites locales. En effet, le thermomètre appliqué en un point de la peau modifie les conditions de rayonnement normal de la surface. Au contraire, avec la calométrie locale qui ne modifie pas le rayonnement, on obtient très exactement la mesure de la chaleur dégagée.

Les méthodes chimiques ne valent pas mieux que les méthodes thermométriques, soit qu'on mesure l'absorption d'oxygène et le dégagement d'acide carbonique, soit qu'on dose l'urée des *excreta*. En effet, les combustions organiques pas plus que la respiration ne sont des actions chimiques directes : on doit admettre qu'au sein de l'organisme se produisent des phénomènes de *synthèse* qui sont les phénomènes nutritifs et s'accompagnent d'une absorption de chaleur, et des phénomènes de combustion qui correspondent au fonctionnement organique et seuls dégagent de la chaleur.

— I. M. *Brown-Séquard* expose d'abord les faits suivants qui doivent être rapprochés de ceux qu'il a précédemment étudiés et dont on trouvera le résumé dans le précédent numéro de la *Gazette*.

Sur un lapin auquel il avait pratiqué une hémisection transversale du bulbe du côté droit, il a vu l'excitabilité du nerf phrénique correspondant augmentée à un tel degré, que le nerf répondait encore à des excitations fournies par la bobine de du Bois-Reymond, éloignée jusqu'au chiffre 97 de l'échelle, alors que dans les cas où l'excitabilité s'était montrée le plus exagérée dans d'autres expériences, le nerf cessait de provoquer la contraction du muscle avec un écartement de la bobine correspondant au chiffre 90. C'est là un fait de *dynamogénie* très remarquable.

Comme contre-partie de ce résultat, on a observé que le nerf phrénique du côté opposé à l'hémisection avait subi une perte d'excitabilité beaucoup plus considérable que d'habitude : il n'était plus excitable au delà du chiffre 10 du chariot : c'est un phénomène d'*inhibition* maxima.

Chez le même animal on remarque, une heure encore après la mort, une rigidité cadavérique considérable seulement d'un côté du corps, et ce côté est celui de l'hémisection bulbaire; inversement, le côté opposé est en état de flaccidité absolue.

M. Brown-Séquard fait remarquer que dans cette expérience l'hémisection du bulbe avait été faite avec moins de rapidité qu'à l'ordinaire, et que par suite l'irritation a dû être plus intense.

II. L'auteur a déjà montré qu'en excitant la surface de section du corps calleux coupé dans le sens de sa longueur, on provoque, du même côté du corps que celui sur lequel porte l'excitation, des mouvements semblables à ceux que produit l'excitation des zones corticales dites motrices.

Il a de plus constaté que l'excitation des mêmes zones corticales produit encore, quoique affaiblis, les mêmes mouvements des membres, quand on a fait une section antéro-postérieure de la base de l'encéphale, en conservant le corps calleux. Cette seconde série complète la première et permet d'affirmer que les excitations appliquées à l'écorce d'un côté se transmettent au côté opposé du corps, en partie au moins, par les fibres commissurales du corps calleux. Il faut ajouter que l'excitation de la coupe du corps calleux, produisant des mouvements dans les membres du même côté, ne peut agir que sur des fibres provenant de l'hémisphère cérébral droit par exemple, si on agit sur la coupe gauche du corps calleux.

On pourrait croire qu'en galvanisant la coupe du corps calleux, on agit, non sur les fibres propres du corps calleux, mais sur les noyaux gris du voisinage, couche optique, corps strié. A cela on peut répondre que, dans le cas d'excitation de ces ganglions de la base, au lieu de voir les mouvements dans le côté correspondant, on les verrait dans le côté opposé.

Mais ces expériences qui montrent le passage à travers le corps calleux de fibres provenant des hémisphères cérébraux et capables de provoquer des mouvements dans les membres n'excluent nullement le passage d'une autre partie de ces fibres par le pédoncule, la protubérance et le bulbe; en effet, quand on opère par sections sur le pédoncule, le pont de Varole ou le bulbe lui-même, on voit aussi se produire des mouvements dans les membres. D'autre part, les excitations corticales produisent encore des mouvements après la section longitudinale du corps calleux. Il faut donc admettre le passage par le corps calleux et les faisceaux pédonculaires.

M. Brown-Séquard signale ce fait (qu'il rapproche de ceux déjà étudiés à propos des sections du sciatique), à savoir que des sections successives faites sur une moitié du bulbe, du pont, du pédoncule, provoquent une excitabilité de plus en plus considérable des zones dites motrices situées sur l'hémisphère correspondant : ce sont des effets dynamogéniques analogues à ceux que produit sur la même région du cerveau la section du nerf sciatique.

III. Passant à une autre série d'expériences, l'auteur rapporte qu'en excitant la partie antérieure des régions pédonculaire, protubérantielle ou bulbaire, mises à nu par la base du crâne et *n'ayant pas subi de solution de continuité*, il a vu se produire des mouvements presque exclusivement dans le côté du corps correspondant au côté excité. Ces mouvements unilatéraux paraissaient même d'autant plus mar-

qués qu'on se rapprochait davantage de la région de la décussation des fibres dites motrices.

Comme complément de ces expériences et pour bien montrer que les excitations unilatérales du pont de Varole ou des parties voisines produisent des mouvements du même côté, M. Brown-Séquard a opéré, sur un certain nombre de chiens, lapins et sur deux singes, de la façon suivante : il enlève l'hémisphère droit tout entier par une coupe qui passe en avant du pédoncule correspondant; puis, faisant l'ablation d'une partie du pont de Varole comprise entre deux sections parallèles, l'une sous-pédonculaire, l'autre sus-bulbaire, il obtient deux surfaces de section supérieure et inférieure d'un même côté de la protubérance. Quand on excite *l'une ou l'autre* de ces coupes, on obtient des mouvements dans le côté correspondant du corps. On ne peut encore préciser les voies de transmission à travers les parties centrales des excitations dont il s'agit, pas plus qu'on ne peut indiquer sûrement les points de sortie des fibres mises en jeu.

Mais ces recherches amènent l'auteur à conclure que, dans tous les cas, qu'il s'agisse d'excitations corticales, d'excitations appliquées à la surface des pédoncules et autres parties ou bien à la surface des coupes du pont de Varole, etc., ce ne *sont point des effets moteurs directs, mais bien des effets réflexes qu'on provoque.*

M. Brown-Séquard termine ses communications en disant qu'il croit avoir montré que les voies de transmission des excitations corticales à travers les centres nerveux sont tout autres que celles qu'on suppose, et qu'après avoir renversé les notions courantes, il espère prochainement leur substituer des notions plus exactes.

— M. *le docteur Parinaud.* Les sensations de lumière, de couleur et de forme sont très diversement et très irrégulièrement altérées dans l'amblyopie. On observe pour le sens de la vue une dissociation pathologique analogue à celle du sens du tact où les sensations de contact, de douleur et de température ne sont pas toujours altérées simultanément. Pour le sens de la vue, cette dissociation est encore plus remarquable. Dans beaucoup d'affections, elle se présente avec des caractères tels, qu'elle constitue un élément de diagnostic d'une grande précision; mais en outre, elle fournit d'utiles renseignements sur la nature des sensations visuelles.

Pour faire cette analyse du trouble de la vision, l'auteur s'est servi d'un instrument qui révèle les moindres degrés d'altération de la sensibilité de l'œil pour la lumière et les couleurs ; il permet aussi d'évaluer numériquement l'état de l'acuïté pour ces deux sensations, comme cela se pratique pour l'acuité visuelle ordinaire qui correspond à la perception des formes. Avec cet instrument, on constate que les affections de nature ou de siège différents se distinguent le plus souvent par un caractère particulier du trouble visuel; en outre, qu'en fait de dissociation pathologique des trois espèces de sensations, on observe toutes les combinaisons possibles.

L'indépendance des trois espèces de sensations, tout en étant très réelle, ne doit pas être considérée comme absolue. La perception des couleurs peut être altérée ou abolie alors que celle de la lumière est absolument normale, mais l'affaiblissement de la sensibilité pour la lumière entraîne une modification corrélative de la perception des couleurs. Il en résulte que la perception des couleurs peut être altérée de deux manières, par lésion de la fonction chromatique, ce qui donne un daltonisme vrai et par lésion de la fonction lumineuse, ce qui donne un daltonisme faux. L'auteur décrit un moyen facile de distinguer l'un de l'autre. Il y a en outre un daltonisme mixte dans lequel la sensibilité pour la lumière et la sensibilité spéciale pour les couleurs sont simultanément lésées.

La perception de la lumière et celle des formes sont unies par des rapports analogues.

Les modifications isolées des sensations de lumière, de couleur et de forme impliquent l'existence de trois modes de sensibilité oculaire correspondant à des éléments doués de propriétés distinctes. Quels sont ces éléments, quel est tout au moins leur siège?

Les faits pathologiques fournissent encore sur ce point des données précieuses.

Le daltonisme vrai n'existe que dans les affections qui intéressent le *système nerveux central.* La dyschromatopsie que l'on observe dans les lésions *exclusivement oculaires* relève d'un affaiblissement de la sensibilité pour la lumière. *La fonction chromatique aurait donc son siège dans le cervau.*

Les lésions *périphériques* au contraire peuvent altérer profondément la sensibilité pour la *lumière.* Il en résulterait que la sensation de lumière, contrairement à celle des couleurs, a sa raison, en partie du moins, dans la *rétine.*

Les faits pathologiques tendent encore à établir que la sensation de lumière ou de clarté est le résultat de l'excitation des *bâtonnets*, mais d'une excitation spéciale dont le *pourpre visuel* est l'intermédiaire.

L'affaiblissement de la sensibilité à la lumière qui résulte d'une lésion des éléments nerveux, et celle qui a sa cause dans une modification de la substance excitante ne se présentent pas avec les mêmes caractères. Cette dernière forme d'anesthésie s'accompagne d'héméralopie, qui ne s'observe pas dans la première.

Le pourpre visuel ne doit pas être considéré comme indispensable pour la production de la sensation lumineuse. Il est seulement en rapport avec un mode d'excitation spécial, d'où naît vraisemblablement cette sensation particulière d'éclairement qui n'est pas tout à fait comparable aux sensations lumineuses produites par des excitants d'un autre ordre.

La perception des formes serait l'attribut des *cônes.* Cette interprétation des faits cliniques est d'ailleurs en parfaite conformité avec les données anatomiques et physiologiques qui nous montrent l'acuïté pour les formes décroissant rapidement du point de fixation de la périphérie du champ visuel, parce que les cônes deviennent de moins en moins nombreux à mesure qu'on s'éloigne de la macula. L'acuïté pour la lumière reste au contraire plus uniforme dans tout le champ visuel, parce que le pourpre et les bâtonnets, qui subissent seuls l'inhibition de cette substance, sont plus également répandus dans la rétine.

— M. *Paul Bert* présente, au nom de M. *Labitte*, un placenta provenant d'une femelle de phoque et dans lequel on trouve des poils dans l'amnios. La présence de ces poils devrait être attribuée à une mue intra-utérine.

— Le vote pour une place de membre titulaire se termine par la nomination de M. Ch. Richet.

REVUE DES JOURNAUX

Sur le choléra et sur ses rapports avec les doctrines parasitaires, par Max von Pettenkofer.

Les questions relatives à l'étiologie du choléra sont loin encore d'être résolues, et tout se réduit à des hypothèses plus ou moins plausibles. Un point du moins paraît être hors de doute, c'est que le choléra n'est pas une maladie contagieuse, mais miasmatique. Nägeli, cependant, suppose qu'on a affaire à un schizomycète ou vibrionien, transmissible par contagion, mais ne se développant que chez les individus qui se trouvent dans des conditions locales (telluriques) favorables. Quant à Pettenkofer, après avoir écarté la possibilité de la transmission du choléra par l'eau, il admet que cette maladie reconnaît pour cause première un germe spécial, de la nature des

champignons schizomycètes, lequel, rencontrant un substratum favorable, émané du sol, se développe et engendre le véritable *poison cholérique*, substance non organisée. A l'appui de son opinion, il fait ressortir la brièveté de la période d'incubation, rarement plus longue que dans l'infection putride, due également, comme on le sait, à un ferment non organisé, né sous l'influence d'un champignon spécial. Quant au substratum d'origine tellurique qui doit nourrir le germe organisé et lui servir d'hôte, il peut exister déjà dans l'homme, ou, ce qui est plus vraisemblable, se trouver dans le sol ou dans les habitations et sur les objets en contact avec le sol (*Aerztl. Intelliegnzblatt*, 1881, n° 4).

Balantidium coli dans un cas de carcinome du rectum, par P. Zur Nieden.

Le *Balantidium coli*, si commun dans le gros intestin du cochon, a été observé pour la première fois chez l'homme par Malmsten, à Stockholm, en 1857, dans la dysenterie. Stieda le retrouva à Dorpat dans les déjections des typhiques, et pendant un grand nombre d'années, cet infusoire parasite sembla limité aux régions scandinaves et à la Russie occidentale. Mais, en 1875, Treille le découvrit dans la diarrhée de Cochinchine, et en 1879 Bäumler l'observa à Fribourg en Brisgau dans les selles d'une femme atteinte de cancer du rectum et d'une diarrhée persistant depuis trois ans. Enfin, Graziadei (*Gazetta delle cliniche di Torino*, 1880, n° 39) a eu récemment l'occasion de le voir à Turin. Ce parasite ne paraît pas jouer de rôle étiologique dans la diarrhée et la dysenterie, mais il est probable que, trouvant chez les individus malades un terrain favorable à son développement, il contribue à entretenir l'état catarrhal de la muqueuse intestinale. Il est donc toujours utile d'en débarrasser les malades au moyen de lavements phéniqués ou quiniques; les solutions salicylées ne détruisent pas le parasite (*Centralbl. f. klin. Medicin*, 1881, n° 49).

Nouvelles recherches sur le Bacillus de la fièvre typhoïde, par C. J. Eberth.

Dans un premier travail (*Virchow's Archiv*, Bd LXXXI, 1880), le professeur Eberth (de Zurich) croit avoir démontré l'existence, dans les ganglions mésentériques, la muqueuse intestinale et la rate des typhiques d'une espèce de *Bacillus* différente de tous ceux trouvés jusqu'ici dans l'organisme humain. De nouveaux faits sont venus corroborer les idées de l'auteur (17 cas nouveaux suivis d'autopsies faites avec le plus grand soin). Eberth a, en effet, remarqué qu'on rencontre un nombre d'autant plus grand de ces schizomycètes dans les organes que l'on est plus près du début ou de l'acmé de la fièvre et qu'ils disparaissent avec les ulcérations pendant les dernières périodes de la maladie. Ces Bacillus ne diffèrent guère, ni comme taille, ni comme forme, de ceux de la putréfaction, si ce n'est qu'ils sont plus difficiles à colorer par le violet d'aniline et le violet méthylique que ces derniers. Ces recherches, très intéressantes du reste, ne permettent cependant pas encore d'établir des conclusions étiologiques applicables à la prophylaxie et à l'hygiène (*Virchow's Archiv*, t. 83, p. 486, 1881).

BIBLIOGRAPHIE

Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire. Leçons faites à la Faculté de médecine par le professeur Jaccoud. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1881.

Convaincu, comme la plupart des médecins, de la curabilité de la phthisie et de l'influence que prennent dans le traitement les conditions hygiéniques et particulièrement les questions de climat, M. Jaccoud n'a pas voulu se contenter d'une assimilation plus ou moins complète des documents publiés à ce sujet. Il a tenu à se rendre compte par lui-même et n'a pas reculé devant les difficultés de lointains voyages. Toutes les grandes stations de l'Europe, celles de l'Afrique et même quelques stations asiatiques ont été visitées par lui. De pareils efforts ne permettent pas de lui contester une compétence toute particulière.

Avant d'aborder l'étude des indications thérapeutiques, M. Jaccoud expose ses doctrines sur la phthisie, doctrines qu'il avait déjà fait connaître dans différentes publications depuis plus de quinze années. Partisan de l'unité anatomique de la phthisie, il en admet la dualité clinique sous les deux formes de la phthisie tuberculeuse commune, lente ou aiguë, et de la phthisie pneumonique ou caséeuse. Tout tubercule, quelle que soit sa forme, est soumis, comme Grancher l'a bien démontré, à deux processus opposés: l'évolution caséeuse au centre et l'évolution fibreuse à la périphérie. Cette dernière est essentiellement curative. Tous les efforts du médecin doivent tendre à la favoriser. La tuberculose pulmonaire peut guérir, dans toutes les formes et, jusqu'à un certain point, à toutes les périodes. L'existence même des cavernes n'est point un obstacle absolu à la guérison. Les autopsies l'ont plus d'une fois démontré. Il ne faut pas cependant exagérer les faits. La multiplicité des cavités, l'étendue du ramollissement, l'intensité et la constance de la fièvre hectique, la déchéance organique profonde du malade, constituent des conditions dans lesquelles aucun espoir ne peut être raisonnablement autorisé.

En dehors de ces cas extrêmes, la curabilité est soumise à des chances de probabilité qu'il importe de préciser; et tout d'abord faut-il tenir compte des conditions étiologiques.

La phthisie est héréditaire, innée ou acquise. Par phthisie innée on doit entendre celle qui atteint des sujets nés de parents non tuberculeux; mais affaiblis par l'âge ou les maladies; issus de mariages consanguins, etc... La phthisie acquise peut être primitive quand on ne peut la rattacher qu'à la débilité générale, ou secondaire, quand elle coïncide avec quelque maladie constitutionnelle actuelle ou antérieure. La phthisie acquise primitive est celle qui se prête le mieux au traitement, surtout quand elle est tardive, c'est-à-dire quand les premières manifestations ont lieu chez des sujets qui ont dépassé trente-cinq à quarante ans.

Parmi les phthisies secondaires, la forme scrofuleuse est peut-être la moins redoutable, ses allures remarquablement lentes laissant de la marge à l'intervention médicale. La phthisie arthritique ou, si l'on aime mieux, la phthisie développée chez les arthritiques est encore très accessible au traitement. Il n'en est pas de même de la phthisie diabétique, qui est particulièrement redoutable.

La forme anatomique fournit également des indications importantes. Laissant de côté la granulose aiguë et considérant les deux formes habituelles: la granulose lente et la forme pneumonique, M. Jaccoud considère cette dernière comme offrant des chances particulièrement favorables.

La prédominance de certains symptômes diminue beaucoup les chances de curabilité. Il faut tenir compte, à cet égard, des désordres gastro-intestinaux, des accidents laryngés, des hémoptysies, surtout quand elles sont accompagnées de fièvre persistante; de l'amaigrissement précoce et progressif, et de

la prédominance de l'éréthisme névro-vasculaire : en un mot de la disposition, de l'état général du malade qui domine véritablement la situation et dictera tout d'abord le pronostic du médecin. L'intervention thérapeutique dans la tuberculose aura toute son efficacité quand elle s'attachera à prévenir la maladie chez les sujets suspects. L'importance de la prophylaxie est capitale. M. Jaccoud lui a consacré avec raison plusieurs chapitres, étudiant avec soin les conditions dans les quelles on peut redouter l'invasion de la tuberculose, et les signes révélateurs de cette prédisposition.

On trouvera dans cette étude des remarques intéressantes et originales sur l'auto-infection tuberculeuse chez les sujets scrofuleux; sur l'influence de certaines pleurésies chroniques génératrices de foyers caséeux; sur les hémoptysies phthisiogènes, enfin sur la transmissibilité de la tuberculose, par inoculation, inhalation, ingestion de produits tuberculeux, peut-être même par l'usage du lait provenant de vaches tuberculeuses.

Le traitement prophylactique proprement dit comprend les mesures hygiéniques concernant le régime alimentaire, l'hydrothérapie, l'exercice, les voyages sur mer, et l'aérothérapie qui est tout particulièrement étudiée au point de vue des appareils et du séjour dans l'air raréfié ou comprimé.

Ce qui caractérise surtout l'étude très complète que M. Jaccoud consacre au traitement médicamenteux de la tuberculose, c'est le soin avec lequel il recherche toutes les indications, l'importance qu'il attache aux moindres détails de l'administration des médicaments. On trouve dans tous ces chapitres des renseignements précieux pour le praticien sur l'utilité des principaux remèdes : l'arsenic, l'huile de morue, les ferrugineux, la diète lactée, le koumys; sur la façon de combattre avec succès les principaux symptômes et les complications les plus redoutables : la fièvre, la toux, l'hémoptysie, les troubles digestifs. L'auteur a une confiance véritablement communicative dans les méthodes thérapeutiques qu'il préconise. La forme la plus redoutable de la tuberculose, la granulose miliaire aiguë ne lui paraît même pas absolument rebelle à la thérapeutique. L'observation de guérison qu'il cite à cette occasion est intéressante; toute réserve faite, bien entendu, sur l'exactitude d'un diagnostic si difficile en pareil cas.

Le chapitre consacré au traitement thermal n'est pas fait pour justifier la confiance qu'on attache ordinairement à cette médication. On en jugera par cette citation qui termine le chapitre en forme de conclusion. « Si l'on suppose que le traitement hygiénique et les médications sont rigoureusement institués et poursuivis selon les règles précédemment exposées; que le traitement climatérique est fidèlement conformé aux principes et aux procédés que je vais vous faire connaître, alors la réponse est absolue et sans hésitation aucune; je vous déclare que, dans ces conditions, le traitement thermal n'a droit qu'au dernier rang de la série. C'est un recours utile chez les malades incomplètement traités par les autres méthodes; ce n'est pas un traitement fondamental constamment nécessaire. »

Ces conclusions, malgré les réserves qui les accompagnent, trouveront assurément bien des incrédules.

Nous arrivons à ce traitement climatérique, qui forme comme le point capital de l'ouvrage. L'auteur, sur cette question, émet des vues tout à fait personnelles. Il repousse l'appropriation générale des climats chauds au traitement de la phthisie pulmonaire, sans d'ailleurs accepter la théorie inversement exclusive des climats froids. « Le problème ne comporte aucune solution générale et uniforme tirée d'une influence spéciale de la chaleur et du froid ou d'un rapprochement erroné entre la tuberculose et la bronchite vulgaire. Les solutions sont variables et multiples, et elles sont subordonnées à un certain nombre de questions préalables qu'il importe de poser nettement et d'examiner de très près. »

On ne peut attribuer à aucun climat, d'après M. Jaccoud, une action véritablement curative sur le tubercule; mais il est de fait que certaines régions de la Suisse, la haute Engadine en particulier, de la Silésie, l'Islande, la zone moyenne des Andes, les hauts plateaux du Mexique confèrent aux indigènes, sous le rapport de la tuberculose, une immunité presque absolue. La condition qui préside à cette immunité paraît être en première ligne l'altitude ; à laquelle se joindrait une température particulière, froide l'hiver et fraîche l'été, des vents à direction fixe, une grande pureté d'air, une humidité peu marquée. Ces climats sont fortifiants et stimulants. Ils peuvent donc convenir à certaines phthisies à forme lente et torpide.

Au point de vue thérapeutique, M. Jaccoud divise les climats en climats d'altitude à basse pression, et climats de plaine à pression moyenne. Les premiers sont activement modificateurs et curateurs ; les seconds sont purement conservateurs.

On comprend facilement que les climats de basse pression conviennent surtout à titre de prophylactiques. Quand la maladie est déclarée, lors même que les tubercules commencent à se ramollir, ils peuvent encore convenir, mais sous le bénéfice de certaines conditions personnelles. Ils ne sont pas applicables aux sujets à réaction vive ni à ceux qui sont atteints de laryngites, d'accidents intestinaux avec ulcérations, ni aux malades dont les lésions sont très étendues. Ils sont surtout contre-indiqués par la forme pneumonique. Quand ces conditions fâcheuses se trouvent réunies, les climats de plaine, à pression moyenne, sont seuls tolérés.

Nous ne pouvons ici suivre l'auteur dans les développements qu'il consacre à cette question importante de la climatologie appliquée à la cure de la tuberculose. Ce n'est pas sans quelque étonnement qu'on voit frappées d'exclusions et d'une sorte de dédain les diverses localités de la *riviera méditerranéenne.* Cannes et Menton, San Remo et la Spezia trouvent à peine grâce devant M. Jaccoud. La fréquence des vents, les variations de température lui font tenir en méfiance ces localités vers lesquelles se dirige encore aujourd'hui la grande majorité des phthisiques.

On trouvera dans les lignes suivantes qui terminent l'ouvrage, le résumé de ses opinions sur la valeur curative des climats. « Faut-il maintenant, nous dit-il, résumer en une conclusion finale l'ensemble des développements qui précèdent? J'ai hésité à le faire, sachant le mauvais accueil réservé à la vérité qui trouble les habitudes ou menace les intérêts. Mais cette hésitation n'a pu prévaloir devant l'obligation d'un devoir à remplir. La richesse numérique des stations est plus une apparence qu'une réalité. Pour toutes les périodes qui ressortissent aux climats d'altitude, Davos, Samaden et Saint-Moritz; pour l'autre phase de la cure, Madère et Alger au premier rang; à distance déjà grande la Sicile et exceptionnellement l'Egypte, voilà les moyens fondamentaux d'un traitement climatérique réel, à son maximum de puissance. Tout le reste ne comprend que des stations de suppléance, moyens accessoires d'un traitement qui peut être utile, mais qui est certainement inférieur parce qu'il n'est pas le meilleur possible; c'est le domaine des attermoiements et des demi-mesures issus de l'aveuglement, de la routine ou du préjugé, transactions toujours regrettables, qui ne sont justifiées que lorsqu'elles ont pour cause l'impuissance des malades ».

Transactions tant qu'on voudra; mais ces transactions s'imposent chaque jour dans la pratique. Pour formuler des règles aussi exclusives, il faudrait avant tout s'appuyer sur un nombre de faits autrement considérable que ceux que nous présente M. Jaccoud. Quatre ou cinq observations disséminées dans son livre ne suffisent pas pour établir la valeur exceptionnelle d'une méthode de traitement aussi peu abordable à la majorité des malades. Tous les médecins, ayant une certaine pratique ont pu observer chez des phthisiques avancés, des cas de guérison absolument inespérée, obtenue

par les médications ordinaires et dont ils ont été les premiers à s'étonner. Sans nier les bons effets de l'altitude, on peut redouter, quoi qu'en dise l'auteur, l'influence des basses pressions sur les hémoptysies et celle du froid sur les bronchites qui ne sont pas la phthisie, mais qui en favorisent si malheureusement les progrès. Il faudra plus d'une observation pour persuader aux médecins qu'un hivernage à Davos ou à Saint-Moritz par des températures qui descendent à — 9 degrés et dont la moyenne pendant les trois mois est de + 5 degrés environ, même avec toutes les séductions du patinage ou du trainage sur la neige durcie, qu'un pareil hivernage convienne mieux aux phthisiques qu'un séjour sur cette rivière méditerranéenne si dédaignée où les malades peuvent trouver à certaines heures de la journée une température moyenne et presque constante qui leur permet de vivre à l'air libre, d'augmenter ou de conserver leurs forces, et diminue pour eux les chances de ces phlegmasies bronchopulmonaires si fatales aux tuberculeux. Que de gens doivent la vie à ces précautions si rationnelles et si fréquemment justifiées par le succès ! Tout en tenant grand compte des bienfaits de l'altitude, nous ne pensons pas qu'ils suffisent, dans l'immense majorité des cas, à compenser les influences nocives d'un climat froid, où d'après les observations mêmes de M. Jaccoud, on trouve au même moment de la journée d'énormes écarts de température suivant qu'on place le thermomètre à l'ombre ou au soleil. Le malade ne peut se soustraire absolument aux dangers de pareilles transitions. La tuberculose n'est pas la bronchite comme le dit fort justement notre auteur; mais tout ce qui peut déterminer la bronchite crée nécessairement un milieu éminemment favorable au progrès de la tuberculose, et le froid nous paraît toujours sous ce rapport éminemment redoutable.

Les conclusions de M. Jaccoud nous paraissent donc exclusives ; mais nous ne faisons aucune difficulté de reconnaître les mérites d'un livre où la thérapeutique de la phthisie a été étudiée avec un soin tout particulier, où nul détail n'a été négligé. Les praticiens y trouveront un guide qu'ils consulteront souvent et qui leur fournira de précieux renseignements.

B.

Index bibliographique.

Les ptomaïnes et leur signification en chimie légale et en toxicologie, par M. Husemann. — 1880.

Les ptomaïnes, les alcaloïdes cadavériques et les produits analogues de certaines maladies dans leurs rapports avec la médecine légale, par M. Selmi. — Bologne, 1881.

Les ptomaïnes ou alcalis cadavériques, par MM. Brouardel et Boutmy (Association française pour l'avancement des sciences). — Août 1880. Reims.

Caractères chimiques des ptomaïnes, par MM. Brouardel et Boutmy (*Bulletin de l'Académie de médecine*, mai 1881).

La question si grave, au point de vue médico-légal, des alcaloïdes cadavériques et de leur puissance toxique a été soulevée, comme on sait, par M. Selmi (de Bologne). Après des alternatives de vogue et de discrédit, ce sujet vient d'être brillamment remis à l'ordre du jour, en France, par les travaux de MM. Brouardel et Boutmy; en Allemagne, par ceux de M. Husemann, et en Italie, par le travail d'ensemble qu'a publié tout récemment l'auteur de cette découverte importante, M. Selmi.

Il nous a semblé intéressant, à l'heure même où l'attention est attirée sur ce point, de rappeler succinctement les derniers travaux publiés et d'en donner la substance.

L'année dernière, au congrès de Reims, M. Boutmy faisait au nom de M. Brouardel et au sien une communication fort écoutée, dont on trouvera le compte rendu détaillé dans la *Gazette* (3 septembre 1880, p. 581). Les auteurs, après avoir montré qu'on avait à tort contesté l'existence des alcalis cadavériques, insistaient sur les propriétés toxiques des ptomaïnes, en faisant remarquer que l'activité de quelques-unes de ces substances ne le cédait en rien à celle de nos poisons les plus énergiques.

Ils démontraient qu'il existe plusieurs ptomaïnes distinctes, présentant chacune des caractères chimiques et physiologiques spéciaux, et notaient ce fait dont l'importance est évidente, à savoir que l'une de ces ptomaïnes, extraite d'un cadavre qui avait séjourné dix-huit mois dans la Seine, avait toutes les propriétés de la vératrine.

Depuis l'époque de cette communication, les auteurs ont poursuivi leurs recherches en s'attachant, comme on devait s'y attendre, à déterminer les différences, soit chimiques, soit toxicologiques, qui peuvent permettre d'éviter la confusion entre ces poisons formés par la putréfaction et les substances vénéneuses absorbées pendant la vie.

Ils ont donné tout récemment à l'Académie de médecine l'un des premiers résultats de leur travail : dans la séance du 10 mai 1881 (voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 19, p. 302, mai 1881), ils signalaient la propriété des ptomaïnes de ramener le cyanoferride de potassium à l'état de cyanoferrure, lequel est capable de former du bleu de Prusse avec le chlorure de fer, par exemple. Or, le même réactif, mis en présence des alcaloïdes purs ou extraits d'un cadavre après empoisonnement, ne subit aucune modification. Ces recherches sont continuées, et de nouveaux faits ne tarderont pas à se joindre aux précédents.

Nous ne ferons que rappeler ici une réflexion de MM. Bergeron et L'Hôte au sujet des procédés employés pour déterminer l'action toxique des alcaloïdes cadavériques : ces auteurs étudiant les effets toxiques de l'*alcool amylique*, font remarquer que cet alcool étant employé dans l'extraction des ptomaïnes, « on peut se demander si l'action toxique de ces alcaloïdes ne serait pas due en partie à l'alcool amylique, mélangé souvent d'alcool butylique, employé pour les extraire » (Note à l'Académie des sciences, 16 août 1880). MM. Brouardel et Boutmy ont su se mettre à l'abri de la cause d'erreur qui vient d'être signalée.

L'étude des ptomaïnes a été reprise à un autre point de vue par Husemann. Cet auteur s'est demandé si ces substances ne peuvent rendre compte des empoisonnements par les matières alimentaires et des infections putrides. Déjà des recherches de Hoppe-Seyler, de Schmidt et Schmiedeberg, de Panum, etc., avaient démontré dans les substances alimentaires en putréfaction la présence d'alcaloïdes analogues aux ptomaïnes (*sepsine* de Schmidt et Schmiedeberg, *poison putride* de Panum).

Husemann conclut qu'en effet la plupart des accidents observés chez les personnes qui avaient ingéré des viandes atteintes d'une putréfaction commençante sont imputables à ces alcaloïdes, analogues aux ptomaïnes (*Schmidt's Jahrbücher*, 1880).

M. Selmi a réuni dans un beau volume, paru tout dernièrement à Bologne, ses travaux antérieurs sur les ptomaïnes et sur la manière de les distinguer des véritables alcaloïdes. Il y a ajouté un travail inédit sur la technique des opérations à pratiquer pour l'extraction des ptomaïnes et sur les différences chimiques qui les séparent des matières résineuses, colorantes, etc. Enfin le même volume contient une modification relative aux effets toxiques produits par les substances extractives retirées de l'urine de certains malades (1).

Étude expérimentale sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel, par M. E. Gley. Thèse de doctorat. — Nancy, 1881.

Nous ne faisons que signaler ici le travail de M. Gley, une étude générale des phénomènes qu'il a étudiés devant paraître dans la *Gazette*. Ses recherches ont porté sur l'état de la circulation artérielle du cœur et de la respiration pendant le travail intellectuel. Il arrive aux conclusions suivantes :

« Il y a pendant le travail intellectuel : 1° augmentation du nombre des battements du cœur, qui paraît être en raison directe de l'intensité de l'attention; 2° dilatation de l'artère carotide et dicrotisme plus marqué du pouls carotidien ; les phénomènes inverses à l'artère radiale ; 3° ces caractères sont d'autant plus marqués que l'attention est plus forte; 4° ils persistent un certain temps après que l'activité cérébrale a cessé; 5° ces modifications ne dépendent ni de changements, ni de l'activité cardiaque, ni de la respiration; 6° elles tiennent à une influence vaso-motrice. »

(1) Nous publierons dans le prochain numéro une étude d'ensemble sur les ptomaïnes.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS : PROJET DE CRÉATION D'UNE NOUVELLE CHAIRE DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE. — Nous avons annoncé que, dans la seconde séance consacrée à l'examen de l'utilité des chaires sur lesquelles M. le ministre demandait l'avis de la Faculté, l'assemblée, après avoir entendu M. Depaul, a repoussé la création d'une seconde chaire de clinique d'accouchements par 9 voix contre 7. Il y a eu une abstention. Depuis lors, à la séance suivante, MM. Sappey, Le Fort et Verneuil ont déclaré, à propos du procès-verbal de la séance précédente, que s'ils avaient été là au moment du vote, ils auraient voté en faveur de la création d'une nouvelle chaire d'accouchements. M. Pajot avait écrit une lettre dont le doyen avait donné lecture au cours de la discussion, dans la séance précédente, lettre par laquelle il donnait sa pleine adhésion à l'idée de la création d'une seconde chaire de clinique d'accouchements.

Les choses en sont là. Nous ne savons si elles iront plus loin.

Nécrologie.

L'École de Vienne vient de faire deux pertes très sensibles :

SKODA (JOSEPH). — L'éminent médecin de Vienne que la mort vient de ravir à la science (13 juin), naquit à Pilsen, en Bohême, le 10 décembre 1805. A l'âge de vingt ans, il se rendit à Vienne pour y étudier la médecine; puis, reçu docteur en 1831, il fut nommé médecin d'un district de la Bohême, durant l'épidémie de choléra (*Cholerabezirksarzt*); appelé en 1833 à l'hôpital général de Vienne avec le titre de second médecin, il apprit, sous Heine et Gutbrod, le maniement du stéthoscope, et, sous la direction de Rokitansky et de Kolletschka, se livra à l'étude de l'anatomie pathologique. Dès cette époque, il s'efforça d'appliquer les méthodes de percussion et d'auscultation au diagnostic des lésions anatomo-pathologiques; en 1835, il commença des leçons pratiques au lit du malade, et, grâce au succès de son enseignement et de la médication rationnelle qu'il avait instituée, obtint, en 1840, la direction de la division qui venait d'être créée à l'hôpital général pour le traitement des affections thoraciques. L'année suivante, il fut nommé médecin en chef de l'hôpital, et en 1846 fut chargé de la chaire de clinique médicale. Enfin, en 1848, l'Académie des sciences de Vienne le reçut dans son sein. Une maladie grave du cœur le força à renoncer à l'enseignement en 1870.

Les mérites de Skoda, au point de vue des progrès de la percussion et de l'auscultation, sont unanimement reconnus et appréciés. Son *Traité de percussion et d'auscultation*, publié en 1839 (traduction française par Aran sur la 4e édition. Paris, 1854), a fait époque et se distingue entre tous par la clarté de l'exposition et la rigueur du raisonnement. Le principe que Skoda a surtout cherché à faire prévaloir, c'est que les signes physiques observés dans les maladies (celles de la poitrine en particulier) n'indiquent rien autre qu'un état physique des organes, et ne permettent d'obtenir de conclusions relativement à leur état morbide qu'à la condition de se servir des données préalablement fournies par l'anatomie pathologique. La séméiotique se trouve ainsi ramenée à être une science exacte, mathématique en quelque sorte; cette tendance, malgré le sens droit et l'excessive prudence, on pourrait même dire le scepticisme de l'illustre médecin de Vienne, l'a néanmoins entraîné à commettre un certain nombre d'erreurs, déjà signalées par Aran dans les excellentes notes qu'il a ajoutées à sa traduction du traité de Skoda. Comme cela arrive généralement, les disciples même les plus distingués, formés à l'école du maître, ont amplifié ces erreurs. Des efforts de Skoda en vue de trouver pour tous les sons perçus à l'auscultation et à la percussion une interprétation (un *substratum*) purement physique était née une nomenclature assez singulière, dont il a été fait justice depuis, et qui n'est plus acceptée même en Allemagne, ni par Paul Niemeyer, ni par Paul Guttmann. Néanmoins, l'œuvre de Skoda n'en reste pas moins comme une des tentatives les plus réellement scientifiques et les plus heureuses de réforme qui aient été faites, après Laennec, dans le domaine de la percussion et de l'auscultation.

Un mot encore sur le praticien. Doué d'un caractère pessimiste et d'une franchise souvent intempestive, Skoda réussissait à effrayer ses malades bien plus qu'à les rassurer. Aussi sa clientèle était-elle loin d'être en rapport avec sa réputation scientifique.

L. H.

HESCHL (R.). — Heschl, titulaire de la chaire d'anatomie pathologique, où il avait succédé à Rokitansky, est mort le 26 du mois dernier à l'âge de cinquante-six ans à peine. Il avait fait ses études à Vienne sous la direction de Schuh et de Wattmann principalement. En 1850, il est assistant de Rokitansky. En 1854, il fut nommé professeur d'anatomie à Olmütz; en 1855, appelé à Cracovie pour y occuper la chaire d'anatomie pathologique, il y resta jusqu'en 1861. Mais à cette époque la langue polonaise devint obligatoire à l'université de l'ancienne capitale de la Pologne, et Heschl, forcé par suite de quitter cette ville, alla enseigner à Gratz l'anatomie pathologique, puis la pathologie interne. C'est en 1875 qu'il quitta pour succéder à Rokitansky.

— M. Marchant (Gérard), directeur de l'asile d'aliénés de Toulouse, est mort mardi matin, 21 juin, des suites d'un coup de pistolet tiré sur lui dimanche par un aliéné de son service. Marchant était professeur de médecine légale à l'Ecole secondaire de Toulouse, médecin en chef de l'asile d'aliénés, président de l'Association locale du département et chevalier de la Légion d'honneur.

MARCHAL (DE CALVI). — Les anciens élèves, les confrères et les amis de Marchal (de Calvi) sont invités à assister, le 16 juillet prochain, à l'inauguration du monument qui sera élevé à sa mémoire à Calvi (Corse).

LES ENFANTS ABANDONNÉS ET LE DOCTEUR MAURIN. — Le *Petit Marseillais* contient un chaleureux appel à M. le ministre de l'intérieur en faveur d'une pétition de M. le docteur Maurin, qui lui a été récemment renvoyée au ministre par la Chambre des députés, et qui concerne les réformes à introduire dans l'Assistance publique des enfants en bas âge. Il s'agit surtout de supprimer la désastreuse influence du séjour de ces enfants à l'hospice. Les tableaux statistiques de 1870 à 1879 établissent que la mortalité des enfants nouveau-nés est de 1 décès sur 6,21 pour 8 jours de séjour à l'hospice, de 1 décès sur 5,08 pour 9 jours, de 1 décès sur 4,75 pour 10 jours, de 1 décès sur 4,50 pour 11 jours, de 1 décès sur 4,31 pour 12 jours, de 1 décès sur 3,28 pour 13 jours, et ainsi de suite jusqu'au moment où le séjour à l'hospice est assez prolongé pour qu'aucun enfant n'en sorte vivant. En conséquence de ces résultats, M. Maurin demande qu'on sépare des hôpitaux le service des Enfants assistés, et qu'on crée pour eux, dans chaque département, des dépôts isolés, éloignés des centres populeux et de tout foyer d'infection.

Qui ne s'associerait à la charitable initiative de notre confrère?

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE. — *Programme des prix et récompenses à décerner en* 1882. — Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 1er juin 1881, a décidé : 1° que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport, soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours; 2° que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société. Mais la Société a mis de nouveau au concours, pour l'année 1882, la question suivante : *Les alcools introduits dans l'économie y subissent-ils des modifications?*

Le prix sera de 2000 francs. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1882.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert le 22 décembre 1881 à la Faculté de médecine de Nancy. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 30 juin 1881.

Des ptomaïnes : leur importance au point de vue de la toxicologie et de la pathologie en général.

Le nom de *ptomaïnes* a été donné par le professeur Selmi (de Bologne) à des substances basiques, très analogues aux alcaloïdes végétaux, découvertes par lui dans des cadavres exhumés. L'existence de composés définis dans les produits de la putréfaction paraît actuellement indéniable : c'est un fait de la plus haute portée scientifique, et le monde savant s'en montre préoccupé à juste titre. Nous avons cru nécessaire de rappeler en quelques lignes les phases par lesquelles ont passé ces études depuis une dizaine d'années, et nous étudierons ensuite l'influence de ces découvertes sur les recherches toxicologiques et sur les doctrines étiologiques d'un certain nombre de maladies infectieuses.

On sait que la putréfaction des tissus organiques, et plus spécialement des corps albuminoïdes, donne naissance à un très grand nombre de corps dont les chimistes ont depuis longtemps déterminé la nature : acides butyrique, lactique, formique, acétique, etc., ammoniaque et amines, leucine, tyrosine, etc. L'objet putréfié constitue un véritable microcosme chimique à mettre en parallèle et sans doute en rapport plus intime, avec le microcosme parasitaire que les travaux de M. Pasteur nous ont appris à connaître.

Au point de vue purement médical, l'importance de ces diverses substances qui peuvent exister simultanément ou successivement dans les produits de la putréfaction, n'est pas très considérable; en tout cas, elles ne suffisent pas à expliquer les phénomènes d'intoxication grave et rapide que les expérimentateurs avaient maintes fois déterminés chez les animaux, depuis le commencement du siècle, par les injections de liquides putrides : au point de vue chimique, leur origine n'avait rien de mystérieux. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Grâce aux progrès incessants de la chimie, on a pu arriver à démontrer, dans les produits de la putréfaction, d'autres substances, en très faible proportion, il est vrai, mais dont la signification paraît très supérieure à celle des précédentes. Ce sont : 1° des acides de la série aromatique, le skatol, l'indol, le crésol, le phénol, etc., produits qui ont été l'objet de recherches très délicates et très intéressantes de Salkowski, Wernich, etc. Cette étude n'est pas encore suffisamment avancée pour permettre une revue d'ensemble, mais on peut prévoir déjà qu'elle conduira à des résultats utiles que nous exposerons en temps et lieu; 2° des alcaloïdes, de nature indéterminée, les ptomaïnes de Selmi, dont on connaît jusqu'ici la ressemblance avec les alcaloïdes végétaux et les

FEUILLETON

Lettres inédites de Rabelais.

M. Marty-Laveaux, le savant philologue auquel on doit plusieurs éditions justement estimées de nos poëtes français du seizième et du dix-septième siècle, vient de terminer le second volume de son RABELAIS. Nous trouvons, dans le commentaire de cet important ouvrage, la traduction, jusqu'à ce jour inédite, de deux lettres qui intéressent l'histoire de la médecine, et l'indication d'un document relatif aux travaux de Galien et d'Hippocrate; nous sommes heureux de pouvoir en publier les fragments suivants :

FRANCISCVS RABELÆSVS... ANDREÆ TIRAQVELLO... « François Rabelais, médecin, à André Tiraqueau, juge très équitable au Poitou, salut. — D'où vient, très docte Tiraqueau, que dans cette lumière si grande de notre siècle, où, par une singulière faveur des dieux, nous nous voyons réintégrés dans toutes les meilleures disciplines, on trouve çà et là des gens ainsi faits qu'élever les yeux de cet épais brouillard plus que Cimmerien du temps gothique vers le brillant flambeau du soleil, soit au-dessus de leur volonté ou de leur pouvoir?...

» Les naufragés, près de périr, qui se sont saisis d'une poutre, d'un vêtement, d'une paille, au moment où le vaisseau se disjoignait et allait sombrer, tiennent ce débris dans leurs mains serrées, sans songer à nager, tranquilles pourvu qu'ils ne lâchent pas ce qu'ils ont dans les mains, jusqu'à ce qu'ils soient engloutis au fond du gouffre; il en est à peu près de même de ces gens, nos amours : ils ont beau voir l'esquif du mensonge brisé et faisant eau de toute part, ils retiennent par force, par violence, les livres auxquels ils sont accoutumés dès leur enfance. Si on les leur arrache, ils croient qu'en même temps on leur arrache l'âme. Ainsi, tandis que cette science du droit, dans laquelle tu excelles, en est arrivée là qu'il n'y a plus rien à désirer pour sa restauration, il est toutefois encore des gens à qui l'on ne peut tirer des mains les gloses surannées des Barbares. Mais, dans notre officine de médecine, qui de jour en jour s'embellit davantage, combien en est-il qui s'efforcent d'atteindre un meilleur résultat? Une chose est bonne,

propriétés toxiques. Ce sont ces derniers dont nous nous occupons exclusivement.

Les travaux de Selmi se trouvent exposés dans une brochure publiée en 1878 (*Sulle ptomaine od alcaloidi cadaverici e loro importanza in tossicologia.* Bologna, 1878). L'auteur aurait découvert en 1871 (1) (la communication à l'Académie de Bologne est de 1872) dans les intestins *frais* de l'homme, plusieurs substances analogues aux alcaloïdes : il en détermina les propriétés générales et quelques caractères spéciaux (entre autres la propriété de réduire l'acide iodique et de donner une coloration violette par l'acide sulfurique). L'expérimentation physiologique démontra que ces substances n'avaient aucune propriété toxique.

Plus tard, il rechercha si dans les cadavres décomposés l'on rencontrait des produits du même genre. Il découvrit, en effet, diverses substances qui possédaient les caractères physiques des alcaloïdes et des réactions pareilles à celles des bases végétales, comme par exemple, de déterminer un sentiment d'engourdissement (?) sur la langue, ou de constriction dans la gorge. Les unes avaient un goût très amer, les autres étaient insipides. Quelques-unes étaient solubles dans l'alcool amylique, insolubles dans l'éther; d'autres étaient solubles dans les deux réactifs. Toutes avaient la propriété de former avec l'acide chlorhydrique des composés cristallins.

Recherchant ensuite les bases volatiles provenant de la putréfaction cadavérique, Selmi trouva, en dehors de l'ammoniaque, de la méthylamine et de la triméthylamine, une autre substance volatile, à réaction nettement alcaline, qui répandait une forte odeur de coniciue. Mais il fut impossible d'en rassembler une quantité suffisante pour en déterminer la composition chimique.

Dès 1876, Selmi fut préoccupé de la question de savoir d'où provenaient ces corps singuliers. Acceptant l'opinion formulée en 1873 par A. Gautier, il en chercha l'origine dans la putréfaction des substances protéiques. Pour s'en convaincre, il fit putréfier l'albumine de 60 œufs dans une cornue tubulée, permettant de conduire les gaz dans une solution de nitrate d'argent. Il cherchait à savoir si parmi ces gaz se trouvaient des composés volatils à base de phosphore, composés dont il avait déjà démontré l'existence dans la putréfaction cadavérique (2). La cornue fut placée dans un endroit frais, à une température à peu près égale pendant l'année entière. Au bout de quelques mois on constata dans le col de la cornue des aiguilles cristallines blanches, groupées en étoiles. Dans le courant de l'année ces étoiles devinrent de plus en plus nombreuses. Au bout d'un an et demi, Selmi enleva le col de la cornue et cherchant à dissoudre les cristaux dans un liquide quelconque, constata avec étonnement qu'ils se décomposaient dans tous les véhicules usités : l'eau, l'alcool, l'éther, le sulfure de carbone, laissant un dépôt solide qui, suivant la nature du dissolvant, consistait en soufre accompagné d'une substance grasse, ou en un sel d'une base ammoniacale qui contenait du soufre, du phosphore, un acide volatil (répandant l'odeur spéciale de l'acide butyrique) et de l'ammoniaque. Il put isoler la substance grasse : elle était blanche, cristalline, volatile à une température modérée; distillée avec de l'alcool absolu, elle passait en grande partie avec les vapeurs alcooliques.

La substance albuminoïde qui couvrait le fond de la cornue était liquide, alcaline, et répandait une odeur désagréable de fromage pourri.

En acidifiant et traitant par l'éther, on pouvait extraire une substance grasse d'une odeur cadavérique fétide. Cette substance traitée de diverses façons fournit une base volatile, différant de toutes celles connues jusqu'alors. (Comm. du 12 déc. 1878, à l'Acad. des sc. de Bologne.) Une dose de 28 milligrammes détermina chez les grenouilles des phénomènes d'irritation simple, mais pas de signes d'intoxication.

On put extraire de la même masse une base fixe qui formait avec l'acide chlorhydrique un sel cristallin, incolore, en aiguilles rameuses. Ces aiguilles se détruisaient facilement, surtout lorsqu'on cherchait à les étudier : elles avaient une saveur piquante engourdissant la langue ou déterminant une sensation pénible du pharynx. Avec l'acide iodhydrique, cette base formait une combinaison cristalline en longues aiguilles brunes. Elle était toxique, car 30 milligrammes de chlorhydrate déterminèrent la mort d'une grenouille avec des symptômes analogues à ceux de l'empoisonnement par le curare.

Une seconde expérience faite dans les mêmes conditions, en évitant simplement avec plus de soin que dans la première, l'intervention de l'air, donna les mêmes résultats. Sur le col, toujours les mêmes cristaux. Au fond du liquide albuminoïde qui remplissait la cornue, un dépôt vert jaunâtre gélatineux,

(1) D'après un compte rendu très bien fait des *Archives de Virchow*, t. LXXIX, p. 565.

(2) Il faut remarquer, à ce propos, que l'œuvre déjà considérable de Selmi porte sur les composés du phosphore, de l'arsenic, etc., analogues aux ammoniaques composées (phosphures, arsines, etc.), et, en général, sur tous les corps intéressant la toxicologie, susceptibles de se produire dans le cadavre.

---

cependant, c'est que dans presque toutes les classes on commence à sentir que certains hommes, qui sont parmi les médecins et passent pour tels, se trouvent, si on les examine à fond, vides de science, de bonne foi et de prudence, mais pleins d'arrogance, d'envie et d'ordures. Ils font leurs expériences en tuant les gens (comme Pline s'en est plaint jadis, *Histoire naturelle*, XXIX, 8); et par eux on est menacé d'un peu plus de péril que par la maladie elle-même.

» Maintenant, enfin, ceux que recommande leur attachement à la médecine ancienne et épurée font leur chemin auprès des grands. Si cette opinion se fortifie et se répand, on verra bientôt réduits à la besace ces charlatans et ces aventuriers qui avaient entrepris d'appauvrir de long en large le corps humain.

» Or, entre ceux qui, de notre temps, se sont appliqués avec une grande contention d'esprit à rendre à son ancien éclat l'ancienne et légitime médecine, tu avais coutume, lorsque j'étais près de toi, de me louer, avec grand applaudissement, ce Manardi de Ferrare, médecin très habile et très docte, et tu approuvais autant ses premières lettres que si elles eussent été recueillies sous la dictée d'Apollon ou d'Esculape. C'est pourquoi, ayant reçu récemment d'Italie ses dernières lettres, la grande considération que j'ai pour toi m'a porté à les faire imprimer et publier sous les auspices de ton nom. Car je me souviens et je sais combien l'art médical lui-même, au progrès duquel je me consacre, t'est redevable, à toi qui en as si dignement célébré les louanges dans tes belles remarques sur les lois municipales du Poitou. Je te conjure de n'infliger point aux esprits studieux le supplice de les attendre plus longtemps. Porte-toi bien. Salue pour moi le très illustre seigneur évêque de Maillezais, mon très bienveillant Mécène, s'il t'arrive de le visiter, et mon cher Hilaire Coguet, si par hasard il est là.

» Lyon, 3 juin 1532. »

CLARISSIMO DOCTISSIMOQVE VIRO D. GOTOFREDO AB ESTISSACO.

A très illustre et très docte seigneur
Godefroid d'Estissac, évêque de Maillezais,
François Rabelais, médecin, salut.

« Très illustre prélat, lorsque l'an dernier, à Montpellier, j'expliquais publiquement, devant un nombreux auditoire, les Apho-

qui au microscope se composait d'une masse de petits cylindres, généralement réunis sous forme de feuilles de palmier, dans lesquels on ne pouvait reconnaître ni micrococcus, ni aucune forme d'être animé.

Une série de manipulations spéciales décrites dans une communication faite le 1er juin à l'*Academia del Lincei*, permit à M. Selmi d'extraire deux alcaloïdes fixes, dont le premier forme avec l'acide chlorhydrique un sel diffluent et l'autre, avec le même acide un sel cristallisable en belles aiguilles.

Tous deux sont fort toxiques. En effet, 3 1/2 milligrammes, du sulfate pur du premier firent périrent une grenouille en une heure : les extrémités étaient flasques, et trois heures après l'expérience, il n'y avait plus trace d'irritabilité musculaire ou nerveuse.

Quant au second alcaloïde, 7 1/2 milligrammes, du sulfate provoquèrent la mort à peu près dans les mêmes conditions.

Selmi a observé que le produit présente, par l'adjonction de soude, l'odeur de conicine, ou quelquefois la singulière et agréable odeur que répand l'atropine oxydée par l'acide chromique.

Enfin, de l'albumine pourrie à l'abri de l'air fournit une substance presque entièrement privée d'azote qui possède la propriété de réduire le réactif de Fehling et se conduit comme une substance amyloïde.

Il résulte, comme on voit, de ce qui précède, malgré l'obscurité et le décousu inséparable des questions à leur début, qu'il se forme par le fait même de la putréfaction, dans l'albumine pure aussi bien que dans les tissus les plus compliqués de l'organisme, toute une série de substances basiques, généralement volatiles, ayant une très grande ressemblance avec les alcaloïdes, jouissant ou non de propriétés toxiques. Le nom de ptomaïnes ne s'applique donc pas à un groupe de substances bien définies par leurs propriétés physiques, chimiques ou physiologiques. Telle ptomaïne rappellera, par ses réactions chimiques, la morphine, la conicine, la vératrine, la nicotine: par ses effets physiologiques, les agents les plus redoutables; telle autre, sera inoffensive tout en étant très rapprochée de la première. De plus, ces produits singuliers ne paraissent exister dans les liquides putréfiés qu'à certaines époques variables avec chaque ptomaïne; il semble aussi qu'elles soient incompatibles avec la putréfaction à ciel ouvert.

Ces conclusions qui représentent des recherches laborieuses et prolongées, n'ont pas été contestées d'une façon sérieuse. On s'est borné, pour les attaquer, à des raisons plutôt théoriques ou sentimentales, que basées sur des faits d'observation.

MM. Brouardel et Boutmy (*Sur le développement des alcaloïdes cadavériques*, in *Annales d'hygiène et de médecine légale*, série 3, t. IV, p. 344) sont arrivés d'emblée à des résultats à peu près identiques, et voici en quels termes les auteurs les ont exposés.

« L'ensemble de notre travail tend à établir :

» 1° Qu'il se forme au cours de la décomposition cadavérique certains alcaloïdes qu'on a nommé ptomaïnes;

» 2° Que l'existence de ces alcaloïdes est incontestable;

» 3° Qu'il existe plusieurs ptomaïnes différentes ;

» 4° Qu'il n'apparaît pas toujours une ptomaïne nouvelle dans chaque cas nouveau de putréfaction ;

» 5° Que le nom de ptomaïne, qui signifie fugitif, semble indiquer que les corps de cette classe s'altèrent et disparaissent facilement. Il n'en est pas moins vrai qu'il peut exister certaines conditions dans lesquels ils présentent une fixité remarquable ;

» 6° Que les ptomaïnes sont souvent vénéneuses, et que cette action sur l'organisme affecte aussi bien l'homme que les animaux ;

» 7° Que leur formation peut avoir lieu dans un temps très court;

» 8° Que l'action du froid paraît s'opposer à cette formation. »

Étant donné qu'un liquide putride quelconque, qu'un cadavre manifestement vierge de poison, peut contenir à une phase quelconque de sa décomposition, des substances très rapprochées par leur propriétés chimiques et physiologiques des corps les plus toxiques, la médecine légale se trouvait dans le plus grand embarras.

La découverte de Selmi était « pour les expertises médico-légales, comme une épée de Damoclès » (Brouardel et Boutmy). Les travaux récents ont pour but de faire disparaître cet obstacle ; en même temps que l'on cherche à classer ces corps fugitifs, à en fixer par l'analyse la composition exacte, on s'efforce de découvrir des réactions qui permettent de les différencier tout d'abord des alcaloïdes classiques des empoisonneurs.

Cette besogne est urgente. L'imagination du peuple, (et même celle des médecins non initiés aux recherches délicates et compliquées des alcaloïdes végétaux), arriverait facilement à douter de la culpabilité de certains con-

---

rismes d'Hippocrate et ensuite l'Art médical de Galien, j'avais annoté quelques passages dans lesquels les interprètes ne me satisfaisaient pas tout à fait. Ayant conféré leurs traductions avec un manuscrit grec très ancien, écrit en lettres ioniques avec beaucoup d'élégance et de correction, que j'avais outre les textes qui circulent, je m'assurai qu'ils avaient omis beaucoup de choses, qu'ils en avaient ajouté d'étrangères et de défectueuses, qu'ils en avaient exprimé quelques-unes trop faiblement, que bon nombre avaient été non pas tournées, mais, pour dire plus vrai, détournées de leur sens; ce qui, si on le considère partout ailleurs comme une faute, est, dans les livres de médecine, un véritable crime. Dans ceux-ci un seul petit mot ou ajouté, ou retranché, bien plus, un signe interverti ou tracé à contre-temps a souvent livré à la mort beaucoup de milliers de gens. Je ne voudrais pas que vous crussiez que je dis cela pour critiquer des hommes qui ont bien mérité des lettres, car il convient de prononcer des paroles de bon augure; en effet, je pense qu'on doit beaucoup à leurs travaux, et je reconnais en avoir largement profité; mais partout où ils sont tombés dans l'erreur, je crois que la faute doit être rejetée tout entière sur les livres défigurés par les mêmes imperfections qu'ils suivaient. Sébastien Gryphe, imprimeur d'une expérience et d'un goût consommés, vit dernièrement, parmi mes papiers, ces petites annotations; ayant déjà depuis longtemps dans l'esprit d'imprimer les livres des anciens médecins, avec cette diligence presque sans égale dont il use pour tous les autres, il employa beaucoup de paroles pour me décider à les laisser publier pour la commune utilité des hommes studieux, et il ne lui fut pas difficile d'obtenir ce que sans cela je lui aurais moi-même donné spontanément. Ce qui fut laborieux, ce fut qu'il réclamait que les notes que j'avais recueillies pour moi, en mon particulier, sans aucun dessein de les jamais publier, fussent disposées de façon à pouvoir être ajoutées au livre, réduit en forme de manuel, car il aurait fallu moins de travail, et peut-être fort peu de peine de plus pour traduire tout intégralement en latin. Comme mes notes auraient formé un autre volume plus étendu que le livre même, de peur qu'il ne s'accrût outre mesure, il a paru bon d'indiquer seulement, sans insister, les passages dans lesquels il y aurait lieu de consulter le texte grec...

» Lyon, 15 juillet 1532. »

damnés célèbres. Et pourquoi ne pas citer le nom de Lapommerays, auquel faisait sans doute allusion un des orateurs du Congrès d'hygiène en 1878 (Pietra-Santa), lorsqu'il disait (*Comptes rendus*, t. II, p. 265) : « M. Selmi » prouve qu'à un moment donné le fait même de la putré- » faction donne naissance à des alcaloïdes, *qui ont les mêmes » caractères que la digitaline* et les autres poisons végétaux. » Que devient alors toute notre science : et que penser de » certaines exécutions capitales d'individus condamnés » comme coupables d'empoisonnement ? » L'exagération même de ces paroles, montre combien les préoccupations du public sont éveillées.

Pour répondre à ce désidératum, Brouardel et Boutmy ont communiqué à l'Académie (dans la séance du 10 mai 1881) une note sur les réactions propres à caractériser la présence des ptomaïnes dans les produits extraits des cadavres. « Le cyanoferride de potassium, disaient-ils, mis en présence des bases organiques végétales pures, prises au laboratoire, ou extraites du cadavre après un empoisonnement avéré, ne subit aucune modification. Il est, au contraire, *instantanément* ramené à l'état de cyanoferrure par l'action des ptomaïnes et devient alors capable de former du bleu de Prusse avec les sels de fer. »

Cette proposition est admise en thèse générale par Gautier (séance de l'Académie de médecine du 17 mai 1881), qui qualifie la réaction de « moyen précieux de distinguer dans les cas douteux un alcaloïde artificiel ou cadavérique, d'un alcaloïde naturel doué de propriétés chimiques et physiologiques analogues ». Il y a lieu cependant de faire observer qu'un certain nombre d'alcalis végétaux (l'hyosciamine, l'émétine, la vératrine, etc.) réduisent le cyanoferride, mais jamais avec la rapidité caractéristique de l'action des ptomaïnes. Gautier fait encore observer « qu'un grand nombre d'*alcaloïdes artificiels* très vénéneux se comportent sous l'action successive du ferricyanure de potassium et des sels de fer à la façon des ptomaïnes ». Ces alcaloïdes qui sont des produits de laboratoire, sont très nombreux : bases phényliques, allyliques, pyridiques, etc., mais ne sont pas encore entrés... dans la pratique courante de MM. les empoisonneurs. Il n'en est pas moins vrai que l'on devra tenter ultérieurement cette séparation, si tant est qu'elle soit possible, ce qui devient douteux, puisque, suivant Brouardel et Boutmy, la réaction importante trouvée par eux indique simplement l'entrée des hydrogènes carbonés (méthyle, phényle, etc.) dans la composition d'un alcaloïde. Or, la plupart des alcaloïdes artificiels cités par Gautier sont dans ce cas.

Les auteurs que nous venons de citer indiquent dans une note lue à l'Académie de médecine, dans la séance du 14 juin 1881, une nouvelle réaction des ptomaïnes : c'est la réduction du bromure d'argent.

« Nous avons fait, disent-ils, à ce sujet, l'expérience suivante, qui pourra peut-être un jour fournir une pièce à conviction de plus aux tribunaux.

» Sur un papier préparé au bromure d'argent comme on l'emploie en photographie, on trace, avec une plume d'oie trempée dans la solution saline de la base extraite du cadavre, le mot de ptomaïne et le nom de l'alcaloïde végétal auquel cette base ressemble le plus (on sait, en effet que les ptomaïnes présentent certains caractères chimiques communs avec les alcaloïdes végétaux). Au bout d'une demi-heure d'attente, le papier bromuré resté à l'abri de la lumière, est lavé à l'hyposulfite de soude, puis à l'eau. Dans le cas où le cadavre ne renferme qu'une ptomaïne, ce mot reste tracé en noir sur le papier, par suite de la réduction du bromure d'argent à l'état d'argent métallique, tandis que dans le cas où l'on se trouve en présence d'un alcali végétal, ce papier ne porte aucune trace, ou une trace si faible, qu'il est impossible de lire le nom qui la constitue. — S'il y a mélange de ptomaïne avec un alcali végétal, il faudra quelque peu modifier la méthode. »

Le même travail contient quelques données, encore bien vagues, sur l'origine des ptomaïnes. Ces corps semblent naître de préférence, lorsque la putréfaction s'opère à l'abri du contact de l'air et résulter de l'union de certains hydrogènes carbonés avec l'azote provenant des tissus ou des liquides animaux, quand l'oxygène de ces matières et leur carbone disparaissent à l'état d'acide carbonique.

Jusqu'ici le cadavre était seul mis en cause, mais les dernières communications des savants français que nous avons si souvent eu l'occasion de citer, tendent à prouver que la formation des ptomaïnes est compatible avec la vie, même avec l'état normal.

En effet, Brouardel et Boutmy ont trouvé, chez une femme ayant succombé à une intoxication par la vératrine, une quantité considérable d'un alcaloïde ayant les caractères des ptomaïnes. « L'analyse chimique avait été faite aussi rapidement que possible dans un temps assez rapproché de la mort, pour qu'il paraisse difficile de croire que cette ptomaïne ait pu se développer en aussi grande abondance dans un si court

---

Hippocratis ac Galeni libri aliqvot... Ce titre est celui d'un vol. in-16 de 427 pages et de 42 feuillets non chiffrés contenant le texte grec des aphorismes. L'épigraphe est à noter. Elle peut se traduire de la sorte : « Ici est la source très abondante de l'art médical. Bois-y, à moins que l'eau dormante d'un fossé n'ait pour toi plus de saveur. » On y voit déjà avant *Pantagruel* et *Gargantua*, un appel métaphorique aux buveurs ; et la science comme un liquide dont on s'abreuve. Il est vrai qu'ici il s'agit non de vin, mais d'eau claire. Cet ouvrage a été réimprimé sous ce nouveau titre : *Aphorismorum Hippocratis sectiones septem. Ex Francisci Rabelæsi recognitione.* Lugduni, S. Gryphius, 1543, in-16...

Faculté de médecine de Paris. — Des concours pour les emplois de chefs de clinique chirurgicale et ophthalmologique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 18 juillet 1881, à neuf heures du matin. Il sera pourvu : 1° pour la clinique chirurgicale, à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints ; 2° pour la clinique ophthalmologique, à un emploi de chef de clinique titulaire et à un emploi de chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. Le registre sera ouvert tous les jours de deux heures à quatre heures. Les candidats auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui ne sont pas âgés de plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique chirurgicale ou ophthalmologique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de professeur ou d'aide d'anatomie.

espace de temps. » Cette preuve n'est pas suffisante, mais le fait, rapproché des travaux déjà anciens sur l'alcaloïde trouvé par Panum et Bergmann dans le pus putride, et des recherches de Gautier dont il nous reste à parler, acquiert beaucoup de vraisemblance.

Dans une note intitulée : *Sur les matières vénéneuses produites par l'homme et les animaux supérieurs* (séance de l'Académie de médecine, 14 juin 1881), Gautier annonce que des substances présentant les caractères principaux des ptomaïnes peuvent être retirées : 1° *des urines normales* de l'homme, ce qui expliquerait les phénomènes d'intoxication qui s'observent chaque fois que les urines ne sont plus éliminées; 2° du *venin* du *trigonocéphale* et surtout du *naja* de l'Inde ; 3° de certains *champignons*. La muscarine, par exemple, qui est l'alcaloïde de l'ammanite fausse-oronge, peut être rapprochée des ptomaïnes par son action sur le cœur et par ses réactions chimiques.

« Ces substances, très actives, sous un petit volume, m'apparaissent, conclut Gautier, non plus comme des exceptions et des produits formés *post mortem* ou même pathologiquement, mais comme des résidus de la vie des tissus, pouvant normalement ou anormalement s'accumuler dans le sang ou être secrétées par telle ou telle glande ». C'est, comme on voit, la théorie des microzymas retournée ; et c'est probablement ce que désirait dire M. Béchamp, lorsqu'il demanda la parole pour faire une observation au sujet de la communication qui précède.

Nous n'avons pas traité jusqu'ici la question historique ni chercher à relier les travaux modernes aux travaux du passé. C'est que les ptomaïnes n'ont pour ainsi dire pas d'histoire : leur étude a été faite presque complètement par le professeur de Bologne. Nous dirons plus loin, à propos de la septicémie, que divers alcaloïdes avaient été découverts dans les liquides secrétés par la plaie des malades atteints d'intoxication putride ou pyémique; que le plus important d'entre eux avait été isolé sous le nom de sulfate de sepsine : mais ces travaux avaient été contestés, et Pasteur disait, il n'y a pas longtemps, à l'Académie de médecine : « que ces faits reposaient sur une erreur et qu'il croyait savoir d'où provenait l'erreur des chimistes allemands. »

Il semble toutefois que la même question ait préoccupé simultanément le savant Italien et A. Gautier (de Paris). Tout en rendant justice aux longs et pénibles travaux de Selmi, et au bon droit avec lequel son nom reste attaché à ce chapitre intéressant de la toxicologie, notre honorable compatriote rappelle qu'il observait, dès 1872, la formation d'alcaloïdes *vénéneux* durant la putréfaction des matières albuminoïdes, et qu'il mentionnait ce fait dans son *Traité de chimie physiologique*, paru en 1873 (1).

M. le professeur Lussana (de Padoue) aurait, de son côté, rappelé que ses recherches sont antérieures à celles de M. Selmi, et qu'elles en diffèrent notablement. Pour M. Lussana, l'intervention de la putréfaction et la longueur du processus ne seraient nullement nécessaires : la substance toxique serait non pas « un produit non défini, ne possédant aucune individualité physique, chimique ou morphologique, mais bien de la créatine, de la cholestérine, de l'urée, ou d'autres substances parfaitement définies devenant toxiques par le fait de leur concentration ». (*Revue d'hygiène*, 1881, p. 533)

(1) Voici la phrase en question : « Le liquide putréfié est alcalin; on y rencontre toujours à un certain moment les acides formique, acétique, butyrique, valérique, caproïque, lactique. Ils sont, le plus souvent, en partie combinés à l'ammoniaque, et à une *petite quantité d'alcalis organiques encore mal déterminés*. Ces amines sont toujours accompagnées par de la leucine et de la tyrosine, dont les proportions varient avec les diverses substances mises à putréfier. » (*Traité de chimie physiologique*, t. I, p. 253.) — On remarquera qu'il n'y est pas question d'alcaloïdes *vénéneux*.

Avant de passer à l'examen de l'influence possible de ces découvertes sur la toxicologie et sur l'étiologie générale des intoxications et des infections, ce que nous ferons dans un prochain article, nous résumons en deux mots ce que nous a appris la revue de ces diverses publications.

Il existe un groupe d'alcaloïdes d'origine généralement cadavérique, qui peuvent peut-être se rencontrer accidentellement ou normalement dans les organismes, caractérisés : 1° par leurs fonctions basiques et leurs propriétés énergiquement réductrices (cyanoferride de potassium, bromure d'argent, etc.) ; 2° par certaines propriétés physiologiques qui, sans être constantes, existent cependant dans la majorité des cas : dilatation puis resserrement de la pupille, irrégularités des pulsations cardiaques, stupeur, convulsions tétaniques, mort avec arrêt du cœur en systole.

(*A suivre.*) C. Zuber.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Observation de bronchite avec accès de dyspnée chez un enfant; éruptions postérieures d'urticaire, par le docteur Guéraud (de Menton).

Dans la séance du 9 février dernier de la Société de thérapeutique, le docteur Gueneau de Mussy et le docteur C. Paul, signalant les relations de certaines formes d'asthme et des dermatoses, émettaient l'opinion que bien des affections des bronches ne sont que des endermoses.

Est-ce dans cette catégorie qu'il faut ranger le cas dont nous allons donner la relation, et qui me paraît présenter bien des traits de ressemblance avec celui dont l'observation a été lue à la Société médicale des hôpitaux par le docteur Blachez, et publiée par la *Gazette hebdomadaire* du 21 mai dernier?

Nous verrons plus tard dans quelle mesure on peut répondre affirmativement. Mais, en tous cas, le rapprochement de ces divers faits ne peut qu'offrir de l'intérêt et jeter un peu de lumière sur la pathogénie d'accidents assez difficiles à classer dans le cadre nosologique, et fort propres à embarrasser et à induire en erreur le médecin.

Obs. — Suzanne D..., âgée de neuf ans, présente des antécédents d'herpétisme très marqués du côté maternel. Sa grand'mère a été toute sa vie sujette à des eczémas de la face et des paupières, et a succombé en quelques jours, à l'âge de cinquante ans environ, à des accidents pulmonaires de nature congestive? L'arrière-grand'mère, bien portante, quoique âgée de près de quatre-vingts ans, a presque chaque année des érysipèles de la face. L'arrière-grand-père maternel était atteint d'un catarrhe chronique des bronches auquel il a succombé. Le père et la mère sont bien portants et n'ont jamais eu d'affection des voies respiratoires. Pas de goutte, de rhumatisme, ni d'affections cardiaques dans les antécédents de la famille.

Un frère plus jeune a eu, à l'époque du sevrage, un eczéma généralisé très rebelle, et qui porta une grosse atteinte à la santé générale. Il se remit cependant peu à peu, et est aujourd'hui un fort et gros garçon.

La petite fille a été assez bien portante, quoique délicate, jusqu'à l'hiver 1876, époque à laquelle elle eut une fièvre muqueuse légère, mais dont la convalescence fut assez lente. Depuis ce temps elle resta maigre, pâle, et se plaignit fréquemment d'essoufflement et de palpitations lorsqu'elle s'agitait ou jouait avec ses camarades.

A Saint-Gervais, où la famille s'était rendue pour son jeune frère, on voulut essayer, sur les conseils du médecin, d'un traite-

ment hydrothérapique; mais à la première douche elle éprouva une vive douleur dans la région du cœur et de violents étouffements, ce qui engagea les parents à ne pas persister. Quelques jours après, elle eut, à la suite d'une imprudence, une bronchite avec fièvre qui la laissa très amaigrie et très fatiguée.

A son passage à Genève, au retour, elle fut examinée par mon ami et distingué confrère, le docteur Revilliod, qui déclara ne rien trouver d'anormal au cœur et aux poumons, et qui prescrivit un régime tonique.

Dans l'hiver 1877, nouvelle bronchite fébrile. L'arsenic fut conseillé et pris avec régularité pendant plusieurs semaines.

Le 10 mai 1877, légèrement enrhumée et enchifrenée depuis deux ou trois jours, elle se sent prise tout à coup, après son déjeuner, de malaise général, de courbature, et demande à aller se coucher. Dès qu'elle est au lit, quintes de toux très violentes, suivies de vomissements et gène de la respiration. Cette dyspnée augmente jusqu'à une heure de la nuit. (Potion au kermès; vésicatoire à la base de chaque poumon.)

Appelé en consultation le lendemain, 11 mai, je trouve l'enfant assise sur son séant, joues et lèvres violacées, respiration précipitée. L'oppression a cependant un peu diminué à la suite des vomissements et de l'expectoration provoqués par la potion au kermès : pouls, 126, inégal; température, 37°,5. Sonorité normale dans tous les points de la poitrine. A l'auscultation, on perçoit de bruyants râles ronflants et sibilants dans toute la hauteur des poumons, avec quelques râles humides à la base et à la racine des bronches.

A dix heures du matin la détente est encore plus manifeste. La toux a presque cessé, la respiration est plus calme, le pouls moins rapide.

Le 12, continuation de l'amélioration. Pouls, 106; peau fraîche; sommeil tranquille. A l'auscultation, mêmes symptômes que la veille, avec augmentation de râles humides.

A partir de ce jour la dyspnée cesse, et nous n'avons plus affaire qu'à un catarrhe bronchique qui suit sa marche ordinaire.

Les bruits du cœur, difficiles à percevoir pendant la crise, masqués qu'ils étaient par les râles bruyants de la poitrine, sont examinés avec soin à plusieurs reprises, et ne présentent rien d'anormal, sauf quelques irrégularités tout à fait passagères et fugaces.

La convalescence marche rapidement, et l'enfant, que l'on a entouré des soins et des précautions les plus minutieux, commence à reprendre la vie normale, lorsque le 31 mai, dans la soirée, je suis rappelé en toute hâte auprès d'elle pour des accidents identiques à ceux de la crise que nous venons de décrire.

Début l'avant-veille par un léger coryza, un peu d'enchifrènement et d'enrouement. Le lendemain elle a commencé à tousser, et dans la nuit cette toux devient très fréquente et très pénible, en même temps qu'apparaissent l'oppression et quelques vomissements. Le médecin ordinaire prescrit une potion kermatisée, et vers onze heures, voyant que cet état dyspnéique s'accentue de plus en plus, il fait appliquer deux vésicatoires à la base de la poitrine.

Malgré cette médication, l'intensité de la crise augmente toute la journée, et lorsque j'arrive auprès de l'enfant, dans la soirée, je la trouve dans un état vraiment effrayant : orthopnée, cyanose des lèvres et des joues, battements des ailes du nez, respiration haletante et précipitée (jusqu'à 85 inspirations par minute), tous les signes, en un mot, d'une asphyxie imminente. Pouls, 130. Chaleur de la peau vive (l'agitation de l'enfant m'empêche de prendre la température).

A l'auscultation, on perçoit dans toute la poitrine les mêmes râles ronflants et sibilants qui masquent complètement le murmure vésiculaire.

En présence de cette menace d'asphyxie, je fais immédiatement prendre un vomitif énergique, sinapismes aux jambes, et toutes les demi-heures une cuillerée à café de vieux vin de Porto.

Les vomissements amènent le rejet de quelques glaires et produisent une courte détente. L'angoisse respiratoire reparaît vers minuit et ne commence à céder que vers le matin.

A ma visite, à dix heures du matin, je trouve l'enfant beaucoup plus calme et la respiration beaucoup plus facile. Pouls, 116. Mouvements respiratoires, 40. On perçoit quelques râles humides mélangés aux râles secs.

L'amélioration continue dans la journée, l'oppression cesse peu à peu, la respiration reprend ses allures normales, et dès le lendemain nous ne nous trouvons plus en présence que d'un catarrhe banal qui suit sa marche ordinaire.

Ce fut la dernière crise. La famille crut cependant devoir passer par précaution l'hiver à Amélie-les-Bains, où l'enfant se fortifie beaucoup. A son retour, et vers le mois de mai, c'est-à-dire à peu près exactement un an après, *éruptions successives d'urticaire.*

Depuis cette époque Suzanne D... n'a plus eu d'accidents d'aucun genre et est aujourd'hui une superbe enfant de treize ans, forte, grande, bien membrée, à large poitrine, ayant même un développement au-dessus de son âge, et ne rappelant guère l'enfant frêle et délicate d'il y a trois ans.

La question qui se pose tout naturellement est celle de la nature de l'affection. Dans quelle classe, sous quelle dénomination ranger, au point de vue nosologique, ces crises se développant brusquement, avec un appareil effrayant, dans le cours d'une simple bronchite, et disparaissant presque aussi rapidement?

Au lit de la malade, à s'en rapporter à la physionomie générale de la maladie, à son mode d'invasion, à la façon dont se manifestait l'angoisse respiratoire, à la fréquence du pouls et de la respiration, on devait songer à une bronchite capillaire, au catarrhe suffocant, bien plus qu'à des accès d'asthme. Seulement, ce qui devait tout d'abord inspirer quelques doutes, c'était le peu d'intensité de l'appareil fébrile, qui n'était guère en rapport avec les lésions inflammatoires que faisaient supposer les autres symptômes. Il n'y a eu au début qu'une fièvre assez légère et très fugace, et pendant un des paroxysmes le thermomètre ne marquait, comme nous l'avons vu, que 37°,5.

L'évolution postérieure de la maladie, son peu de durée, la rapide disparition des symptômes alarmants devaient d'ailleurs faire vite écarter, dès la première crise, l'idée d'une pareille lésion.

Les mêmes objections qui ont fait rejeter à mon éminent confrère, le docteur Blachez, l'idée d'une congestion pulmonaire, se présentent aussi dans notre cas. Intégrité de la sonorité de la poitrine, pas de bruit de souffle, pas d'expectoration sanguinolente.

Nous avons déjà dit que ces crises n'avaient nullement le facies des accès d'asthme, assez rares, du reste, à cet âge, et dont l'enfant aurait eu depuis d'autres atteintes.

Le cœur a été examiné avec soin, non seulement par moi, mais aussi par le docteur Revilliod et le docteur N. Gueneau de Mussy, à qui nous avons conduit l'enfant en 1878, un an après ces crises, et tous nous avons constaté son intégrité parfaite.

J'avais pensé un instant à une adénopathie bronchique, affection dans laquelle on observe des accès de dyspnée analogues à ceux de notre malade. Mais nous n'avons, ni le docteur Gueneau de Mussy, dont la compétence en pareille matière est si grande, ni moi, pu découvrir aucun signe d'hypertrophie ganglionnaire, et l'enfant n'a d'ailleurs éprouvé en dehors de ces crises aucun des symptômes habituels de cette lésion, toux coqueluchoïde, altération de la voix, etc., etc.

La maladie à laquelle on serait le plus en droit de rattacher notre cas, c'est la singulière affection que l'on a décrite sous le nom d'*asthme des foins*, et que M. Gueneau de Mussy a appelé rhino-bronchite spasmodique, dénomination qui a l'avantage de ne pas préjuger la cause des accidents.

Nous avons, en effet, ici les deux éléments essentiels du *hay-fever*, le coryza et le catarrhe trachéo-bronchique léger du début, et la dyspnée. La marche chronique, la longue durée de la plupart des observations rapportées dans les leçons cliniques de l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu, la ténacité des récidives, les différencient, il est vrai, sensiblement des attaques dont nous avons été témoins, et dont l'acuité de la marche, la rapidité d'évolution ont été un des traits les plus saillants. Mais, comme le fait observer le docteur Gueneau de Mussy, la rhino-bronchite spasmodique peut présenter bien des variétés différant par leur marche et leur intensité, depuis le simple coryza fugace, se manifestant par quelques éternuements, un peu d'écoulement séreux, et accomplissant son évolution en quelques heures, jusqu'aux attaques les plus sévères et les plus rebelles de dyspnée.

Maintenant une autre question se pose. Nous ne voudrions pas attacher trop d'importance à cette éruption d'urticaire survenue seulement un an après. Cependant, en tenant compte des nombreux antécédents herpétiques de la famille, l'on peut se demander s'il n'existe pas une relation entre tous ces phénomènes, et s'ils ne sont pas les manifestations d'une seule et même diathèse. Nous le croyons, et s'il fallait même spécifier davantage, nous ne répugnerions pas à regarder ces accès comme une simple urticaire des bronches, ce qui expliquerait bien la soudaineté, la rapide évolution, la fugacité et la bénignité de ces crises d'apparence si effrayante.

Nous avons eu depuis l'occasion d'observer, chez deux autres enfants, des accidents bronchiques présentant une grande analogie avec ceux que nous venons de décrire. Mais nous avions affaire, dans ces cas, à des enfants lymphatiques, de susceptibilité catarrhale très accentuée, l'un issu de parents tuberculeux, et les faits nous ont paru trop complexes pour qu'il fût possible de faire la part des lésions pulmonaires et des influences d'autre nature. Néanmoins, en présence de ces faits successifs, nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas, chez les enfants, une forme particulière de bronchite dans laquelle l'élément dyspnée, tout à fait indépendant des lésions anatomiques, serait le trait dominant, et dont il serait intéressant de déterminer les conditions pathogénétiques et les relations avec les autres affections diathésiques.

CORRESPONDANCE

Mouvements rhythmiques du cœur : M. Ag. de Souza.

Nous avons reçu de M. le docteur Agostino de Souza, médecin distingué de Porto (Portugal), une lettre dans laquelle il présente, et nous prie de faire connaître aux lecteurs de la *Gazette*, une explication du *rhythme du cœur*. Après avoir rappelé les théories émises sur ce sujet, spécialement quant aux actions antagonistes attribuées au pneumogastrique (nerf suspensif) et aux filets du sympathique (nerf accélérateur); après avoir établi un rapprochement entre ces deux forces et les *forces* d'attraction et de répulsion de Newton, notre confrère continue ainsi :

On sait que la marche, chez l'adulte, est automatique; la flexion et l'extension de nos membres pelviens se répètent régulièrement à chaque contact du pied avec le sol. Le sol ébranle les nerfs sensitifs, qui déterminent la flexion des membres; celle-ci est suivie de l'extension, qui en est la suite nécessaire, fatale, et partant n'ayant pas besoin d'une nouvelle stimulation pour être accomplie. Un nouveau contact provoque une nouvelle flexion, suivie de l'extension, et ainsi de suite. Supposons maintenant que la flexion et l'extension de nos membres soit confiée à un seul ordre de muscles, aux fléchisseurs, par exemple : alors la flexion serait due à la contraction de ces muscles, et l'extension à leur relâchement. Supposons encore que ces mouvements, au lieu d'être influencés par les fibres motrices provenant des centres moteurs volontaires, obéissent à l'influence d'un centre médullaire ; dans ce cas la marche serait tout à fait automatique, comme cela arrive dans les expériences physiologiques où les animaux sont décapités. Or, tel est le cas du rhythme du cœur. La titillation du sang ébranle les fibres nerveuses impressionnables, et détermine la contraction du cœur. Celle-ci est suivie de la dilatation, de même que la flexion est suivie de l'extension; bientôt une nouvelle impression provoque ce double mouvement, et ainsi de suite. Le pneumogastrique ne ferait que régler le rhythme du cœur en sa qualité de centre supérieur, et les ganglions intracardiaques ne seraient que « des organes d'entretien et de régulation pour cette fonction rhythmique, attribut de la fibre musculaire ». (François-Franck, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 15 avril 1881.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

SUR UN NOUVEAU THERMOGRAPHE. Note de M. *Marey*. — Il y a une quinzaine d'années que l'auteur recherche un instrument capable d'inscrire les variations de la température animale *en deux points du corps*, afin d'observer les changements que des influences de différents ordres exercent sur la répartition de la température. Il a enfin obtenu des résultats satisfaisants au moyen d'une disposition qui consiste à mettre le liquide d'un thermomètre en rapport avec un petit tube de Bourdon, qui change de courbure suivant le degré de dilatation du liquide du thermomètre. Le thermomètre est formé d'un réservoir cylindrique en laiton, de 6 millimètres de diamètre sur 3 centimètres de longueur: il est prolongé par un tube capillaire de cuivre rouge qui s'ouvre d'autre part dans le tube de Bourdon. Le tout est rempli d'huile et fermé. Sous l'influence des variations de la température, l'huile se dilate ou se resserre en modifiant la courbure du tube de Bourdon; les changements de courbure de ce dernier actionnent un levier inscripteur. C'est M. Tatin qui a construit cet instrument et en a, en grande partie, réglé la disposition.

PHÉNOMÈNES MICROSCOPIQUES DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE. STRIATION TRANSVERSALE DES FIBRES LISSES. Mémoire de M. *Ch. Rouget*. — Dans un travail antérieur (*Mémoire sur les tissus contractiles et la contractilité*, in *Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, 1863), l'auteur a indiqué que souvent on aperçoit, sur les muscles lisses de la vie animale des invertébrés à l'état vivant, des bandes alternativement claires et obscures, présentant de grandes analogies avec de véritables stries transversales; que cette même striation transversale peut s'observer également, dans certains cas, dans les faisceaux de fibres lisses du dartos chez l'homme et dans ceux du gésier des gallinacés. Il a pour but, dans les recherches dont il expose ici les résultats, de déterminer les conditions dans lesquelles apparaît cette striation des fibres lisses, et le mécanisme de sa production, tant dans les muscles lisses de la vie animale des invertébrés que dans ceux de la vie organique chez les vertébrés. La conclusion à laquelle il arrive est que les fibres lisses peuvent devenir striées par suite du plissement qui constitue le mécanisme même de leur contraction physiologique. L'auteur montrera prochainement que les fibres striées peuvent devenir complètement lisses dans une extension forcée, soit naturelle, soit artificielle, et que les conditions mécaniques de leur contraction se réalisent par un plissement semblable à celui qui se manifeste dans les fibres lisses contractées.

DE LA TRANSPLANTATION DES OS. EXPÉRIENCES DE TRANSPLANTATION OSSEUSE INTER-HUMAINE. Note de M. *W. Mac Ewen*. — L'auteur rapporte un cas de transplantation osseuse opérée avec succès sur l'homme pour combler un déficit osseux de 114 millimètres laissé dans la continuité de l'humérus par une nécrose de cet os, à la suite d'une périostite suppurée de sa diaphyse. Des portions d'os humain ont été transplantées à trois reprises différentes. Les greffes étaient prises sur des sujets affectés de courbures antérieures du tibia, auxquels on avait enlevé des portions cunéiformes d'os pour redresser les membres arqués. Ces coins osseux, avec leur périoste, ont été divisés en plusieurs petits fragments, qui ont été immédiatement placés dans le sillon préparé pour les recevoir dans le bras du sujet. Ces petites portions se sont unies ensemble et ont adhéré au sommet de l'humérus en dessus et aux condyles en dessous, formant finalement une tige solide, d'environ un demi-pouce (13 millimètres) plus courte que l'humérus du côté opposé.

De ce fait et des considérations auxquelles il donne lieu,

l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° l'os transplanté est capable de vivre et de croître; 2° les transplants inter-humains d'os vivent et croissent; 3° la transplantation inter-humaine de l'os peut produire un résultat pratique avantageux à l'humanité; 4° la totalité des éléments osseux doit être comprise dans le transplant; 5° la méthode de transplantation qui présente le plus de chances de succès est de diviser l'os avec un instrument tranchant en petits fragments; 6° pour assurer le succès de l'opération, il faut employer le traitement antiseptique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le président du conseil transmet, de la part de M. le ministre de la guerre, *le compte rendu de la statistique médicale de l'armée pour l'année* 1878.

M. le préfet des Alpes-Maritimes adresse le relevé des vaccinations gratuites pratiquées à Cannes, par M. le docteur *Bernard*. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : 1° pour le prix d'Argenteuil 1881 un mémoire manuscrit intitulé : *Cure et prophyloxie des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation urodyname* (inscrit sous le n° 3); 2° une Note sur le *Traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine*, adressée par M. le docteur *E. Vidal*, pour le prix Desportes 1881 (inscrit sous le n° 4); 3° des brochures intitulées : *Instruments pour faire la taille avec le thermo-cautère*, et *Hypospadias péno-scrotal compliqué*, envoyés par M. le docteur *Th. Anger*, pour le prix d'Argenteuil 1881 (inscrit sous le n° 4); 4° un mémoire imprimé sur une *Épidémie de paralysie diphthéritique*, par M. le docteur *Boissarie* (de Sarlat), pour le prix Saint-Paul 1881 (inscrit sous le n° 5); 5° des mémoires manuscrits pour le prix de l'Académie 1881 (inscrits sous le n° 2); 6° et 7° pour le prix Capuron 1881 (inscrits sous les nos 3 et 4); 8° pour le prix Daudet 1881 (inscrit sous le n° 2) et 9° pour le prix Lefèvre 1881 (inscrit sous le n° 2).

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Gémy*, une *Étude sur la prophylaxie de la variole*; 2° de la part de M. le docteur *Millet* (de Tours), un discours sur *La longévité humaine ;* 3° au nom de M. le docteur *Janicot*, les fascicules 1 et 2 d'une *Étude critique et biographique sur les eaux de Pougues*, d'après feu le docteur F. Roubaud et l'*Hydre féminine d'Augustin Courrode* (1634), d'après les notes de F. Roubaud ; 4° de la part de M. le docteur *Buchanan* (de Glasgow), une brochure intitulée : *Electricity in surgery ;* 5° les publications suivantes envoyées par l'Institut des hautes études de Florence, par M. Filippo Parlatore, *Tavole per una anatomia delle piante aquatiche ;* par M. le docteur Grossi, *Primo anno della clinica ostetrica nello nuova maternita di Firenze* , et par M. le docteur Pacini, *Dell processo morboso del colera asiatica.*

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur *Bucquoy* (de Perpignan) une *Étude sur divers épidémie de variole.*

M. *Maurice Raynaud* dépose, de la part de M. le docteur *Moncorvo* (de Rio de Janeiro) une Note manuscrite sur l'*action thérapeutique du suc du Gamelleira*, et en particulier sur ses propriétés digestives, analogues, sinon supérieures, à celles du *Carica papaya.*

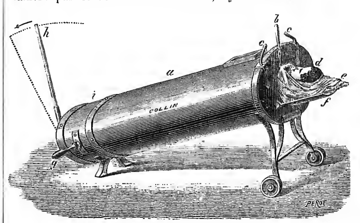
M. *Léon Colin* présente, au nom de M. le docteur *J. Chauvel*, l'article Omoplate, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Bouley* dépose, de la part de M. Toussaint (de Toulouse), pour le concours du prix Barbier 1881, un manuscrit sur l'*immunité charbonneuse*, un manuscrit sur la *pathologie du charbon*, le *choléra des poules* et la *septicémie expérimentale aiguë* et une thèse intitulée : *Recherches expérimentales sur la maladie charbonneuse* (inscrits sous le n° 4).

Vaccination charbonneuse. — M. *Bouley* se borne à informer l'Académie qu'une nouvelle expérience pratiquée devant les élèves de l'École d'Alfort sur quatre moutons, dont deux vaccinés et deux non vaccinés, vient de confirmer les résultats annoncés dans les expériences de M. Pasteur à Pouilly-le-Fort. (Voir les deux dernières séances.) Il ajoute que 300 moutons viennent d'être vaccinés à la Ferme-école de Vincennes par les soins de M. Pasteur : 225 avec le virus du premier degré et qui doivent être revaccinés, comme à Pouilly-le-Fort, avec le virus qui tue à 50 pour 100; les 7 autres ont été vaccinés avec un virus qui donne l'immunité d'emblée. Ces 300 moutons doivent être nourris par séries de 20, pendant quinze mois, avec des fourrages arrosés avec des liquides de culture charbonneuse. A la date du 27 juin, cinq heures soir, M. Thuillier, l'un des collaborateurs de M. Pasteur, télégraphiait qu'il était impossible de distinguer les animaux vaccinés des non vaccinés.

Pellagre. — M. *Hardy* place sous les yeux de ses collègues la main d'un homme qui vient de succomber dans son service. Cette main a l'aspect caractéristique de la pellagre; la partie du dos comprenant le carpe et la moitié postérieure des doigts a une teinte brunâtre très pigmentée, et elle est recouverte d'écailles épidermiques très fines et lamelleuses. Le malade présentait les deux autres termes de la triade habituelle de cette affection : une diarrhée incoercible et une dépression notable du système nerveux. Il mourut avec des accidents nerveux très accusés; à l'autopsie, on constata un état cirrhotique très prononcé du foie, ainsi que de la dégénérescence graisseuse du cœur, confirmant les symptômes morbides dus à un état d'alcoolisme très manifeste et durant depuis longtemps. Cet homme n'a jamais mangé de maïs, il habitait Paris, et M. Hardy pense qu'il s'agit de ces cas dans lesquels, comme il l'a déjà signalé, l'alcoolisme doit être considéré comme une des causes de la pellagre, particulièrement de la pellagre observée à Paris.

Spirophore. — M. *Woillez* présente un nouveau spécimen de son spirophore, modifié, ainsi qu'on peut s'en convaincre par le dessin ci-dessous : *a*, cylindre recevant le



corps; *b*, poignée servant à manœuvrer le couvercle; *c,c*, tiges mobiles pour sa fermeture; *d*, tête passée par l'ouverture du couvercle; *e*, toile imperméable à maintenir appliquée du menton au sinciput; *f*, support de la tête; *g*, une des poignées pour soulever et entraîner l'appareil; *h*, levier pour pratiquer l'aspiration; *i*, siège du soufflet aspirateur.

Cet appareil est destiné à la Société des sauveteurs du Havre; M. Woillez déclare qu'il suffit de quinze secondes pour que l'abaissement du levier ait déterminé la respiration artificielle. Il ajoute qu'on peut être sûr que la mort apparente est réelle si la respiration artificielle avec le spirophore a été pratiquée pendant dix ou quinze minutes, car alors deux ou trois cents litres d'air auront traversé les poumons sans résultat.

M. *Depaul* rappelle qu'il n'a jamais pu, dans des expériences pratiquées avec le premier spirophore imaginé par M. Woillez, réussir à faire pénétrer de l'air dans les poumons d'enfants nouveau-nés, ayant ou n'ayant pas respiré; aussi a-t-il continué à se servir avec un constant succès du tube laryngien. Il demande à M. Woillez s'il a fait quelques essais à ce point de vue avec son nouvel appareil.

M. *Woillez* répond qu'il n'a expérimenté que sur des adultes, et, sur l'invitation de M. Depaul, il promet de le mettre à même d'étudier l'action de son nouvel appareil sur les enfants.

Épidémies. — M. *Lancereaux* commence la lecture du Rapport officiel sur les épidémies pour l'année 1879; cette lecture sera continuée dans la prochaine séance.

M. *Jules Guérin* voudrait qu'au lieu de déclarer chaque année que telle ou telle épidémie s'est déclarée dans certaines conditions, presque toujours les mêmes, et donnant lieu à des conclusions qui ne varient guère, on pût faire un tableau

complet des épidémies qui se sont produites chaque année en France.

M. *Lancereaux* fait remarquer que dans son rapport il a essayé de l'établir en classant les épidémies qui ont été signalées à l'Académie suivant l'ancienne division de la France en provinces; mais que les matériaux ne sont pas assez abondants.

M. *le Président* et M. *le Secrétaire perpétuel* objectent également que l'Académie ne peut faire son rapport que d'après les documents toujours très incomplets qu'elle reçoit, malgré les demandes réitérées et ses vœux constamment renouvelés.

M. *Bergeron* montre que ces *desiderata* ne cesseront d'exister tant qu'on n'aura pas donné aux conseils d'hygiène des attributions plus étendues et qu'on n'aura pas véritablement organisé et réalisé en France la médecine publique.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique : M. Martineau. — Déformation du cœur chez les cachectiques : M. Ducastel. — Élections.

M. *Martineau* lit une note sur le traitement de la syphilis par les *injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique.* Il rappelle en quelques mots l'historique de ce mode de traitement, proposé d'abord par Scaranzio (de Pavie) qui injectait de la glycérine tenant en suspension du calomel à la vapeur; cette méthode fut ensuite en honneur en Angleterre, mais on substitua le sublimé en dissolution au calomel; enfin, chez nous, Liégeois la préconisa de préférence à l'administration des mercuriaux par les voies digestives: il employait l'iodure double de mercure et de sodium, associé plus tard à la morphine, pour combattre la douleur vive provoquée par les injections. A la suite des travaux qui firent connaître le mode d'assimilation du mercure à l'état d'albuminate, on ajouta au sel mercurique du blanc d'œuf, espérant faciliter ainsi son absorption. Malgré tous ces efforts, les injections faites avec ces diverses solutions déterminaient presque constamment des douleurs violentes et parfois des indurations persistantes ou des abcès. Bamberger remplaça l'albumine par la peptone, et, depuis lors, la méthode des injections sous-cutanées de mercure, qui avait été presque entièrement abandonnée, a été de nouveau remise à l'étude. Désirant instituer une série d'expériences avec le peptonate de mercure ou mieux la peptone mercurique, M. Martineau pria M. Delpech de préparer une solution soigneusement titrée et susceptible d'une bonne conservation. Cette solution renferme : bichlorure de mercure, 10 grammes; peptone sèche de Catillon, 15 grammes; chlorure d'ammonium pur, 15 grammes, pour une quantité variable d'eau et de glycérine suivant le titre que l'on désire obtenir. M. Martineau l'a employée chez 51 malades et a pratiqué jusqu'à ce jour 751 injections; au début il faisait tous les trois jours une injection de 1 centimètre cube renfermant 2 milligrammes de sublimé, tandis que, comparativement, une autre série de malades était soumise à des injections d'un 1/2 centimètre cube seulement, renfermant la même dose de sublimé et espacées de la même manière. N'ayant observé aucun accident local, il pratiqua les mêmes injections tous les deux jours, puis tous les jours; enfin il porta la dose de sublimé contenue dans chaque injection à 4, puis à 5 milligrammes; la solution dont il se sert aujourd'hui est assez concentrée, puisqu'elle renferme 8 milligrammes de bichlorure de mercure par centimètre cube. Il ne s'est produit, à la suite de ce traitement, aucun accident local, ni induration, ni abcès; il ne s'est jamais montré d'accidents d'hydrargyrisme. Il faut avoir soin de faire l'injection bien exactement dans le tissu cellulaire sous-cutané, et la région qu'il faut choisir de préférence est le dos, car en ce point le tissu cellulaire sous-dermique est lâche et abondant. La douleur a été nulle dans la très grande majorité des cas; chez deux ou trois malades, elle a consisté en une brûlure peu intense qui a persisté plusieurs heures, et chez cinq ou six autres elle s'est bornée à une légère cuisson qui n'a jamais duré plus d'une heure; tous ces phénomènes douloureux se sont montrés, après les deux ou trois premières injections, mais n'ont pas reparu à partir de la quatrième. Même à la dose de 4 milligrammes par jour, il ne s'est produit ni stomatite ni accidents gastro-intestinaux; la même tolérance a été jusqu'ici observée avec la dose de 5 milligrammes. La solution de peptone mercurique ammonique, employée en injections sous-cutanées, paraît avoir sur l'évolution des accidents syphilitiques une action plus prompte et plus marquée que le sublimé administré par les voies digestives; elle est appelée surtout à donner de beaux succès dans les cas de syphilis grave avec accidents menaçants, alors qu'il est nécessaire d'agir vite et d'une façon énergique. Ce procédé thérapeutique est d'ailleurs très facile à employer et ne détermine ni douleurs ni accidents d'aucune sorte. M. Martineau se propose de continuer ses expériences et d'élever encore la dose de sublimé; il tiendra la Société au courant des résultats obtenus.

M. *Legroux* désirerait connaître s'il y a des cas probants de guérison de la syphilis par ce mode de traitement? Pour lui, il a employé également les injections sous-cutanées de peptonate de mercure, mais il a dû y renoncer, à cause des douleurs très vives qu'elles déterminaient constamment et de l'insuffisance des résultats au point de vue de la cure de la maladie. Il se servait de la solution de peptonate préparée par M. Yvon; peut-être était-elle moins pure que celle dont M. Martineau a fait usage.

M. *Martineau.* La solution de peptonate de mercure d'Yvon est préparée d'après la formule de Bamberger, et elle détermine; en effet des douleurs; aussi est-ce dans le but d'éviter cet inconvénient que j'ai demandé à M. Delpech une solution de formule différente. Avec la peptone mercurique ammonique, il n'y a jamais d'accidents locaux, jamais ou très rarement de douleurs, et encore sont-elles presque insignifiantes. Quant à la guérison de la syphilis, il ne peut en être question dans un laps de temps aussi restreint; on fait disparaître les accidents, mais il faut plusieurs années pour obtenir la cure de cette maladie essentiellement chronique.

M. *Féréol* a également employé le peptonate de mercure préparé par la pharmacie Mialhe et présenté récemment à la Société de thérapeutique. Il s'agissait d'un cas de syphilis grave datant d'une année et se révélant à la fois par une éruption généralisée de syphilide papulo-squameuse, par de la syphilide pigmentaire, des plaques muqueuses et des accidents rénaux. Il a obtenu un peu d'amélioration dans l'état de la malade, mais a été obligé de renoncer à ce mode de traitement qui occasionnait de violentes douleurs et des indurations assez étendues et persistantes du tissu cellulaire sous-cutané; il est revenu à l'emploi des frictions d'onguent mercuriel.

— M. *Ducastel* fait une communication sur *la déformation du cœur à la suite des cachexies prolongées.* Il rappelle que, dans un travail antérieur publié dans les *Archives de médecine*, il avait déjà signalé l'influence de la cachexie sur le volume du cœur et l'atrophie qui semble en être le plus ordinairement la conséquence. Il a institué une nouvelle série de recherches, et s'est servi pour le cubage toujours si difficile des cavités du cœur du procédé des injections. Il a tout d'abord contrôlé les mensurations données par les auteurs comme représentant l'état normal du cœur :

le poids moyen fixé par Bouillaud entre 250 et 280 grammes est exact, mais renfermé dans des limites trop restreintes; il a observé deux cœurs, que l'on peut regarder comme normaux, et dont l'un pesait seulement 200 grammes, tandis que l'autre dépassait le chiffre de 300. Le poids du cœur augmente avec l'âge, mais le rapport qui existe entre le poids du cœur gauche et celui du cœur droit reste constant. La capacité des cavités cardiaques est très variable, mais toujours chez l'adulte le cœur droit offre une capacité plus considérable que le cœur gauche ; cette prédominance tend à s'effacer avec l'âge, et, vers soixante ans, l'égalité paraît souvent s'établir. Il résulte de cette dilatation sénile anormale du cœur gauche que le ventricule aortique empiète de plus en plus sur la face antérieure du cœur, tandis que la saillie de l'infundibulum pulmonaire, plus considérable chez l'enfant, va sans cesse en diminuant. M. Ducastel présente une série de cœurs normaux recueillis chez des sujets de différents âges et sur lesquels on peut constater les particularités qu'il a signalées. Il montre ensuite trois cœurs provenant d'individus ayant succombé à la cachexie cancéreuse à l'âge de soixante, soixante-sept et soixante-dix ans : ces cœurs sont tous trois atrophiés, surtout eu égard à l'âge avancé des malades. On remarque, en les examinant de plus près, d'abord l'absence presque complète de graisse, puis la diminution considérable de la masse musculaire des ventricules dont les cavités sont considérablement rétractées; cette disposition est maximum pour le cœur gauche, qui devrait au contraire à cet âge offrir une capacité égale à celle du cœur droit. Les oreillettes sont moins modifiées et forment une saillie appréciable par rapport au plan des ventricules. Le cœur des cachectiques offre ainsi la forme générale d'un gland de chêne dont les oreillettes, saillantes, en bourrelet, représenteraient la cupule.

M. *Dumontpallier* fait observer que ces résultats ne peuvent surprendre, car la cachexie explique bien l'atrophie musculaire à laquelle concourt également la diminution du travail mécanique que le cœur doit fournir.

M. *Gouraud* pense que, dans l'appréciation de la dilatation des cavités droites, anormale dans l'âge avancé, il faut tenir grand compte de l'état d'intégrité plus ou moins complète du système pulmonaire.

M. *Ducastel* a en effet observé des dilatations plus considérables que celles qu'il rapporte, mais il a éliminé ces faits à cause des lésions pleurales ou pulmonaires qui ont été constatées chez les mêmes sujets.

— Élections : MM. *Danlos*, *Gingeot* et *Cuffer* sont élus à l'unanimité membres titulaires de la Société des hôpitaux.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 22 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Pseudo-hernie musculaire. — A propos de la grenouillette et de son traitement. — Polype muco-fibreux naso-pharyngien. — Bec de-lièvre chez un monstre exencéphalien. — Calcul uréthral. — Abcès tranformé en kyste.

M. *Farabeuf* a vu depuis la dernière séance deux nouveaux exemples de pseudo-hernie musculaire. Le premier lui a été adressé par M. Nicaise; c'est un homme de cinquante-cinq ans, qui fit un violent effort et tomba sur le bord d'un trottoir. Le muscle droit antérieur était rompu près du bout inférieur de son corps charnu; la tumeur durcit peu à peu et remonte par la contraction musculaire. Pendant la marche le muscle oscille dans sa gaine.

L'autre malade, observé d'abord par M. Jouin, interne des hôpitaux, est un homme de quarante-cinq ans qui a une pseudo-hernie musculaire du muscle moyen adducteur; la lésion s'est produite pendant les exercices de la natation.

— M. *Verneuil* revient à la grenouillette et à son traitement. Un des opérés de grenouillette sus-hyoïdienne avait été traité par la ligature élastique; cette ligature tomba le cinquième jour. Au bout d'un mois, on voyait un pertuis à bords tranchants ayant 5 millimètres de diamètre; c'est un orifice fistuleux permanent.

M. Verneuil place la grenouillette sus-hyoïdienne dans le canal de Wharton; avec une sonde cannelée on peut arriver à la glande sous-maxillaire en passant par la poche. M. Verneuil a vu dans son service un individu ayant les deux grenouillettes qui communiquaient. Le siège de la grenouillette est variable; Recklinghausen a publié un mémoire sur ce sujet; on y trouve une observation de grenouillette siégeant dans la glande de Nuhn.

M. *Théophile Anger* traite habituellement la grenouillette par les injections au chlorure de zinc. Mais le diagnostic n'est pas toujours facile. En 1876, une fille de Besançon se présente avec une tumeur de la région sublinguale; poche non transparente; fluctuation assez nette. Les injections au chlorure de zinc ne donnèrent aucun résultat; il fallut faire une résection partielle des parois; c'était un kyste dermoïde du plancher de la bouche. On laissa une éponge dans la poche jusqu'à la cicatrisation des bords de la plaie avec la muqueuse buccale.

M. *Verneuil*. En pareil cas, le diagnostic peut être fait avant l'opération par l'examen microscopique du liquide. L'extirpation du kyste dermoïde sublingual est facile, parce qu'il n'y a qu'une seule adhérence solide au niveau des tubercules géni.

M. *Després*. Les observations publiées des kystes dermoïdes du plancher de la bouche sont au nombre de 11; il faut y ajouter 3 cas observés par M. Verneuil, et 1 cas par M. Després.

M. *Tillaux* ne croit pas que le siège de la grenouillette sus-hyoïdienne soit dans le canal de Wharton; il a essayé, et sans succès, de dilater ce canal; la grenouillette aiguë ne peut avoir cette origine.

— M. *Delens* lit un rapport sur un cas de polype naso-pharyngien muco-fibreux, enlevé par M. Linou au moyen de l'écraseur.

Un soldat, âgé de vingt-trois ans, ayant la respiration difficile, avait des amygdales énormes; l'ablation de ces glandes donna peu de soulagement. Mais on put voir alors dans l'arrière-gorge une tumeur se prolongeant dans la fosse nasale droite. Pas d'hémorrhagie. La chaîne de l'écraseur fut appliquée sur le pédicule qui avait 12 millimètres de diamètre et était fixé sur le corps du sphénoïde. C'était un polype de la muqueuse des fosses nasales. Au microscope, on trouvait un épithélium cylindrique, un chorion muqueux et un tissu sous-muqueux ayant subi la dégénérescence myxomateuse.

— M. *Lannelongue*. On apporte, un matin, à l'hôpital Sainte-Eugénie un enfant vivant, né la veille et présentant les lésions suivantes.

A gauche, bec-de-lièvre consistant en une division verticale de la lèvre en dehors, division qui gagnait la paupière inférieure divisée également, et enfin la paupière supérieure aussi divisée. Les os étaient également divisés, la fosse nasale et la bouche ouvertes.

A droite, la division part de la commissure; elle se dirige en dehors pour remonter en haut et diviser les deux paupières, comme à gauche; mais le squelette n'est pas divisé.

Une grande partie de l'encéphale est hors du crâne; on voit un ligament partir des enveloppes du cerveau, s'engager

dans les fentes et s'implanter sur le maxillaire supérieur, adhérant à la cornée. L'enfant a vécu six jours.

M. *Lucas-Championnière* a vu un cas analogue; mais d'un côté seulement l'analogie était complète. De l'autre côté, il y avait un bec-de-lièvre ordinaire.

M. *Polaillon* a communiqué à la Société de chirurgie une observation du même genre. Du centre de chacune des cornées partait un tractus cutané se dirigeant vers le nez. C'est un arrêt de développement dans la formation de l'œil. Les parties antérieures du globe oculaire sont formées par un refoulement de la peau; si le tractus persiste ou peut avoir des ligaments allant aux enveloppes du cerveau, ou aux ailes du nez.

M. Guéniot a montré à la Société un enfant qui avait deux taches blanches congénitales symétriques au centre des cornées; ces taches ont peut-être la même origine.

M. *Pozzi*. Ce qui est intéressant, c'est la connexité évidente entre le bec-de-lièvre et la lésion de l'œil. Il y a eu manque d'oblitération de la fente, et le squelette du nez n'est formé que par l'os incisif, l'apophyse montante étant rejetée en dehors.

— M. *Lannelongue* présente un calcul uréthral enlevé chez un enfant de deux ans atteint de rétention d'urine depuis quarante-huit heures. La sonde rencontrait un corps dur dans le canal. Au moyen de la curette à levier de Leroy (d'Étiolles), M. Lannelongue extrait ce calcul qui est cylindrique. L'urèthre s'était perforé avant l'opération, et il y avait infiltration d'urine. Il n'y eut pas d'autre accident que de la somnolence; c'est que chez l'enfant, l'urine est beaucoup moins toxique que chez l'adulte.

M. *M. Sée* a vu deux fois des calculs arrêtés dans l'urèthre et nécessiter une opération chez les enfants. Ces calculs formés d'acide urique sont le point de départ des pierres et ont une origine congénitale.

— M. *Le Dentu* présente un abcès transformé en kyste. Il y a dix-huit mois, un homme de quarante-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Louis. Il porte deux tumeurs du côté des omoplates. L'une de ces tumeurs étant douloureuse, on fit une ponction aspiratrice et il sortit un liquide séreux. Le malade mourut bientôt de pleurésie.

A l'autopsie, on trouve au niveau de la troisième côte, à la fosse sous-épineuse, une tumeur qui fut disséquée avec soin. On voyait des épaississements fibreux, blanchâtres, adhérents au hile de l'abcès, et se dirigeant vers la côte; on ne découvre pas de cavité au milieu de ces tractus.

Du côté de la côte, le périoste est épaissi; il y a eu ostéopériostite de la troisième côte et abcès qui s'est plus tard transformé en kyste.

M. *Nicaise* a vu il y a deux ans un malade qui portait à la partie supérieure du dos une tumeur d'apparence lipomateuse. Une ponction fit sortir un liquide séreux et transparent. Le liquide se reproduisit rapidement. M. Nicaise fit une incision, et sous un lipome il trouva une poche fibreuse contenant un liquide séreux, non lactescent. Cette poche était très adhérente à la face externe des côtes. Le malade guérit. Les côtes n'étaient pas dénudées.

L'abcès peut être séreux dès le début, sans résorption d'éléments solides.

M. *Lannelongue*. On verra disparaître de la classe des kystes une série de tumeurs qui ne doivent plus y trouver place. Le liquide des abcès froids n'est pas du pus; il est plus ou moins épais selon la nature de la paroi, mais non purulent.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 25 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Paralysie vaso-motrice du membre inférieur : M. Raymond. — Suppression de la sueur, apparition d'hystérie chez l'homme : M. Raymond. — Exagération de l'excitabilité des nerfs par des sections successives : M. Brown-Séquard. — Différence d'excitabilité des nerfs en rapport avec la moelle ou coupés : M. Brown-Séquard. — Dégénérations secondaires bilatérales de la moelle consécutives à une lésion cérébrale unilatérale : M. Pitres. — Pathogénie du transfert : M. J. Teissier. — Pulsations totalisées des petits vaisseaux de la peau (sphygmographie totalisatrice) : M. François-Franck. — Nouvelles recherches sur les venins : M. Couty. — M. Paul Bert.

M. *Raymond* présente un malade âgé de vingt-trois ans dont l'observation peut être ainsi résumée :

Il s'agit d'un dragon. En levant un sac d'avoine, il sentit un craquement dans les reins, au niveau de la région lombaire, depuis mal de Pott; méningite caséeuse; myélite unilatérale; monoplégie de la jambe gauche; atrophie musculaire considérable; léger degré d'hyperesthésie gauche; un peu d'anesthésie à droite. Le point intéressant est le suivant : à l'état normal, température égale des deux membres; tandis que, quand le malade a marché, au bout d'une demi-heure, on observe des écarts de 8 à 10 degrés, le membre atrophié étant le plus froid et complètement cyanosé. Et cependant il n'y a aucune lésion vasculaire, ni du côté de la fémorale, ni du côté de l'aorte. Quel est la cause de cette paralysie vasomotrice? Est-ce une vaso-dilatation primitive, ou une paralysie des vaso-constricteurs? M. Raymond rappelle qu'il a communiqué divers cas d'atrophie musculaire primitive ou secondaire où cette vaso-dilatation est notée, mais alors il n'y a jamais eu d'abaissement de température par la marche; les deux membres s'égalisant, au point de vue de la chaleur, comme dans les conditions ordinaires. De plus, en rayant la peau avec des corps irritants on obtient une vaso-dilatation bien plus permanente de ce côté.

— M. *Raymond* fait une seconde communication sur un cas de sueurs localisées, du côté des mains, observé chez un homme âgé de vingt et un ans. Son histoire peut être ainsi résumée : lors de l'entrée du malade à l'hôpital; léger degré de tuberculose; sueurs généralisées. Emploi de l'atropine. Suppression des sueurs généralisées, mais sueurs très abondantes du côté des mains. Emploi de l'atropine en injection, de la duboisine. Suppression passagère pendant cinq heures de la sueur. Au bout de un mois, le malade va aux douches froides et prend du bromure de potassium; depuis hystérie; attaques convulsives; hémianesthésie droite; contractures très marquées; action des aimants; phénomène du transfert, anurie; en un mot ce malade a présenté tous les phénomènes de la grande hystérie chez la femme, même l'arrêt de l'attaque par la compression du testicule. A ce propos M. Raymond rappelle l'histoire de deux autres hystériques hommes : l'un âgé de vingt et un ans a eu la grande hystérie avec accès convulsifs; l'autre, un enfant de onze ans, a présenté des phénomènes convulsifs tels, qu'on a cru au début d'une méningite tuberculeuse.

— M. *Brown-Séquard*. — I. Lorsqu'on coupe un nerf moteur, on constate que l'excitabilité de la portion périphérique augmente, que l'expérience soit faite chez un animal vivant ou chez un animal qui vient de mourir. Le fait est bien connu; mais ce qu'on ne sait pas, c'est qu'en faisant une seconde section, la portion périphérique gagne encore en excitabilité, et si l'on répète les sections, on constate que chacune d'elles est suivie d'une augmentation d'excitabilité. Dans un cas où onze sections successives ont été faites, onze fois l'excitabilité a gagné, de moins en moins il est vrai, mais d'une manière incontestable.

— M. *Brown-Séquard*. — II. Quant on excite électriquement un nerf moteur encore en rapport avec la moelle, on

voit que l'excitabilité de ce nerf augmente ou diminue suivant que les courants employés sont très forts ou très faibles. Si l'on commence les excitations avec des courants très faibles, on constate que l'excitabilité diminue rapidement, et qu'au contraire, quand on a employé tout d'abord des courants très intenses, immédiatement et mieux encore quelques minutes après, on s'aperçoit que le nerf est devenu beaucoup plus excitable. Dans ces dernières conditions, quand on applique au nerf des excitations faibles, son excitabilité diminue très rapidement.

Si, au lieu d'opérer sur un nerf tenant à la moelle, on excite le bout périphérique d'un nerf coupé, tous les phénomènes précédents font défaut : on sait déjà que le nerf s'épuise rapidement à la suite des excitations qu'on lui applique.

Pour expliquer ces différences, l'auteur admet que l'exagération de l'excitabilité du nerf en rapport avec la moelle, est subordonnée à la présence dans ce nerf de fibres centripètes qui transmettent aux centres les irritations appliquées au nerf dans sa continuité. Mais ces fibres centripètes ne sont pas celles qui arrivent à la moelle par les racines postérieures, car on observe encore les mêmes phénomènes après la section de ces racines. M. Brown-Séquard a montré, en 1849, que les racines antérieures contiennent des fibres sensibles transmettant aux centres les impressions musculaires : c'est par cette voie que s'opérerait la transmission centripète qui provoque le renforcement de l'excitabilité du nerf excité dans sa continuité.

— M. *François-Franck* présente, au nom de M. *Pitres* (de Bordeaux) une note sur les dégénérations secondaires *bilatérales* de la moelle consécutives à des lésions en foyer *unilatérales* du cerveau.

On admet, depuis les travaux de Truck, que les dégénérations secondaires ont une disposition topographique invariable. M. Pitres démontre, au contraire, que dans un bon nombre de cas, la dégénération a une topographie différente de celle indiquée par la loi de Turck, et qu'en particulier, elle est souvent bilatérale, bien que la lésion initiale soit unilatérale. C'est ce qu'établissent nettement les préparations mises sous les yeux de la Société.

Cette sclérose bilatérale peut être parfaitement symétrique, ou bien très marquée d'un côté et légère de l'autre.

Il y a tout lieu de penser que la distribution de la dégénération est commandée par la distribution des fibres du faisceau pyramidal. Flechsig a démontré que l'entrecroisement bulbaire était soumis à de nombreuses variétés individuelles. Chez tel sujet toutes les fibres s'entrecroisent (sclérose secondaire unilatérale ; type de Turck) ; chez tel autre l'entrecroisement est incomplet : la moitié seulement ou le tiers du faisceau pyramidal subit l'entrecroisement. La dégénération chez un tel sujet sera *bilatérale*, et on peut ajouter qu'elle sera égale des deux côtés si l'entrecroisement se fait par moitié, qu'elle sera inégale si l'entrecroisement se fait dans d'autres proportions.

Il faut rejeter l'hypothèse d'une propagation de la sclérose d'un côté à l'autre de la moelle par la commissure antérieure : cette commissure se montre absolument intacte dans les préparations présentées.

(Ce travail sera prochainement publié *in extenso*, avec les observations, dans la *Gazette*).

— M. *François-Franck* présente, au nom de M. J. *Teissier* (de Lyon), une note sur la pathogénie du transfert dans les phénomènes de métalloscopie. L'auteur a vu qu'en appliquant deux thermomètres dans des régions symétriques, dans les cas où la zone anesthésique subit le transfert, la température baisse dans le point où s'opérera ce transfert, en même temps qu'elle s'élève dans la zone qui redevient sensible.

En d'autres termes, alors que l'agent æsthésiogène aura produit une dilatation capillaire locale au point de son application, il se sera fait un resserrement capillaire dans le point du corps exactement symétrique. Ces faits sont rapprochés par M. Teissier des résultats des expériences faites par lui et M. Kaufmann sur les animaux à l'aide de la méthode manométrique ; ces expériences, dont les tracés sont soumis à la Société, ont montré que, dans certaines conditions d'épuisement du système nerveux, une dilatation vasculaire produite artificiellement en un point du corps, peut s'accompagner d'un resserrement des vaisseaux dans le point exactement symétrique du côté opposé (voy. une note sur *les asymétries vaso-motrices*, présentée à l'Académie des sciences au nom de MM. Teissier et Kaufmann dans la séance du 30 mai 1881).

— M. *François-Franck*, en étudiant le pouls veineux du dos de la main avec un appareil enregistreur d'une très grande sensibilité (double levier amplificateur de M. Marey) a vu qu'il n'y avait pas un seul point de la peau sur lequel on ne put constater l'existence de pulsations isochrones au pouls artériel. Il a reconnu l'identité de ces pulsations avec celles qu'il avait précédemment étudiées, en 1875, en plongeant la main dans un appareil à déplacement : ce sont *les pulsations totalisées des petits vaisseaux de la région cutanée sur laquelle on applique l'explorateur :* aussi, cette méthode peut-elle être désignée brièvement sous le nom de *sphygmographie totalisatrice*.

Avec ce nouveau moyen d'étude, on peut répéter les expériences qui ont été faites sur les changements de volume d'une extrémité tout entière : il est facile de montrer, par exemple, comme le prouvent les tracés présentés à la Société, que l'application d'eau froide sur la main dont les pulsations totalisées sont inscrites avec l'appareil amplificateur, produit le resserrement des vaisseaux de cette main ; on peut encore rendre sensible aux yeux et inscrire sur le papier le phénomène découvert par MM. Brown-Séquard et Tholozan à l'aide des variations thermométriques, à savoir que les vaisseaux d'une main se resserrent quand on soumet la peau de l'autre main à l'action du froid, etc. Cette démonstration avait été déjà donnée par M. François-Franck dans son travail de 1875.

— M. *Couty* développe les conclusions qu'il a déjà formulées dans diverses notes de l'Académie des sciences en son nom et au nom de M. de Lacerda, au sujet du mode d'action de certains venins. Il revient aujourd'hui sur cette question, parce que son collaborateur a adopté une nouvelle opinion que n'accepte pas M. Couty. Pour M. de Lacerda, le venin de serpent serait « un suc digestif se rapprochant beaucoup du suc pancréatique ». M. Couty, au contraire, s'appuyant sur les expériences qu'il a déjà fait connaître et sur de nouvelles recherches qu'il poursuit actuellement dans le laboratoire de M. Vulpian, admet que le venin de serpent doit être classé à côté des agents inflammatoires, et se sépare des virus « en ce qu'il résiste à l'ébullition et aux filtrations et reste incapable de culture ou d'inoculation même lorsqu'il semble contenir des bactéries ».

Comparant le venin du crapaud à celui du serpent (du *bothrops*, par exemple), l'auteur reconnaît que le premier « constitue une sorte de venin de serpent atténué, moins fixable par les éléments anatomiques, et par suite absorbable, mais analogue quant au fond ».

— M. *Paul Bert* fait part de ses expériences en voie d'exécution sur les venins d'un certain nombre d'animaux : il assimile les principes actifs des venins à de véritables poisons organiques et les compare aux alcaloïdes végétaux.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Transfusion du sang : M. C. Paul (discussion). — De l'emploi thérapeutique de la résorcine (M. Callias) : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *C. Paul* rend compte du mémoire de M. Roussel (de Genève) sur la *Transfusion du sang*. Il insiste surtout sur les phénomènes d'élimination par les urines des matériaux du sang transfusé; en effet, une demi-heure ou une heure environ après l'injection d'une certaine quantité de sang dans les veines du malade, on voit se produire une élévation de la température accompagnée de frisson et de tous les symptômes d'une réaction fébrile plus ou moins intense, en même temps que l'on constate, dans l'urine émise à ce moment, de l'albumine, de l'hémoglobine et divers déchets provenant de la destruction des hématies. M. C. Paul fait remarquer l'importance de ce fait au point de vue de la physiologie et de la thérapeutique générales; il semble, en effet, en résulter qu'il ne suffit pas d'introduire dans l'économie les matériaux qui lui font défaut et sous la forme qui semble la plus favorable à l'assimilation, puisque le sang directement transfusé dans le système vasculaire subit une sorte de *digestion* avant de pouvoir être accepté par l'organisme. C'est ainsi que Trousseau avait jugé peu utile d'employer les préparations solubles et réputées assimilables de fer et enregistrait de remarquables succès en administrant ce métal en nature.

M. *Delpech* trouve contestables les conclusions auxquelles arrive M. C. Paul; si l'on constate que diverses substances injectées dans les vaisseaux, l'albumine, par exemple, ou les matériaux du sang transfusé, sont éliminées par le rein, ce fait prouve seulement que ces principes ne sont pas assimilables par une introduction directe dans la circulation.

M. *C. Paul* fait remarquer que ce raisonnement est applicable sans aucun doute aux substances qui sont introduites dans le sang sous une forme ou dans un état qu'elles n'offrent point au sein de l'organisme; il en est autrement du sang transfusé qui est identique au sang avec lequel il vient se mélanger; et pourtant on constate qu'il subit une élimination rapide.

M. *Ferrand* a pratiqué avec M. Hayem, à l'hôpital Lariboisière, une transfusion suivie de succès; d'après l'opinion de M. Hayem, les éléments du sang transfusé, bien que identiques à ceux du sang du malade, ne sont pas immédiatement utilisés; ils ne sont que la cause déterminante d'une nouvelle formation d'éléments semblables. En effet, si l'on examine le sang du malade quelque temps après l'opération, on y trouve un certain nombre de globules en régression et d'autres à diverses phases de leur évolution vers l'état adulte.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer qu'il faut se garder de conclusions trop hâtives à propos de la transfusion : les expériences les plus récentes tendraient à assimiler les résultats de l'opération à ceux d'une *saignée*. Cette proposition peut paraître paradoxale au premier abord, mais elle s'appuie sur des faits certains : le sang sorti d'un vaisseau, qu'il subisse ou non le contact de l'air, est du sang *mort;* introduit dans la circulation, ce sang inerte amène la destruction des globules auxquels il vient se mélanger. Il est prudent d'attendre que la question, actuellement à l'étude, soit plus complètement élucidée.

M. *Féréol* a constaté que, à la suite d'une transfusion pratiquée par lui, le chiffre des globules rouges avait diminué d'une façon sensible : il avait cru à une erreur de numération ou à un phénomène absolument anormal; ce fait semblerait venir à l'appui des assertions de M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Ferrand* pense que la diminution du chiffre des globules peut s'expliquer bien plus simplement. Les hématies qui se détruisent et dont les principes sont éliminés par l'urine sont celles du sang transfusé, mais non pas les hématies préexistantes chez l'opéré; le chiffre des globules se trouve donc moindre *relativement* à la masse du liquide en circulation, rendue plus considérable par la transfusion.

— M. *Dujardin-Beaumetz* offre à la Société, au nom de l'auteur, la thèse inaugurale d'un de ses élèves, M. H. Callias, sur la *résorcine et son emploi thérapeutique*. Il rappelle que la résorcine est un oxyphénol, extrait d'abord de quelques plantes de la famille des ombellifères et en particulier de l'*asa fœtida*, et que l'on obtient aujourd'hui par voie de synthèse au moyen du phénylènesulfite de sodium. C'est une substance soluble dans l'eau en toute proportion et qui n'offre aucune odeur; elle possède des propriétés antifermentescibles, et, par suite, antiputrides à une dose assez faible, à 1 pour 100. Lorsqu'on l'administre à un animal à dose progressivement croissante, on voit apparaître du tremblement, puis des accidents convulsifs qui se terminent par la mort lorsqu'on atteint le chiffre de 1 gramme par kilogramme du poids de l'animal en expérience.

La résorcine est très employée actuellement en Allemagne comme antipyrétique et antiputride; M. Dujardin-Beaumetz a recherché son efficacité thérapeutique dans la dothiénentérie et le rhumatisme articulaire, il l'a également employée en applications externes. Dans la fièvre typhoïde elle n'a fourni que des résultats absolument nuls. Administrée à la dose de 1 à 4 grammes par jour, elle n'a produit aucun abaissement de la courbe thermique, contrairement aux assertions des auteurs allemands. Dans le rhumatisme, contre lequel on pouvait *a priori* penser que son action serait manifeste, à cause de son analogie avec l'acide salicylique, elle n'a donné que des résultats très douteux, bien inférieurs à ceux du salicylate de soude. En un mot, son efficacité thérapeutique, en tant que médicament interne, reste encore à démontrer. En applications externes, elle a été employée pour le lavage de l'estomac en solution au centième : elle est trop irritante et ne réussit que médiocrement dans le cas de catarrhe simple de la muqueuse gastrique; elle donne quelques résultats avantageux lors de dyspepsie putride. Elle semble également avoir une action topique favorable dans la diphthérie, soit en pulvérisations, soit en applications locales au moyen d'un pinceau; mais c'est surtout dans le pansement des affections chirurgicales qu'on en retire d'excellents effets : elle empêche la fermentation à la surface des plaies et facilite la cicatrisation; elle présente sur l'acide phénique pour cet usage le double avantage d'être plus soluble et de n'avoir aucune odeur; elle agit également d'une manière favorable dans les vaginites et les leucorrhées putrides. Lorsqu'on l'administre par la voie stomacale, elle passe dans les urines, quoique moins rapidement que l'acide salicylique ou l'acide phénique : on la constate dans l'urine avec le perchlorure de fer, qui donne une coloration violette analogue à celle qu'il fournit avec l'acide salicylique.

M. *C. Paul* reconnaît que c'est un avantage précieux pour une solution antiputride de n'avoir pas d'odeur, car on est assuré, si la fétidité de la plaie disparaît, qu'elle n'est pas seulement masquée par l'odeur forte du topique. Il croit que, dans bien des cas, on pourra employer dans le même but avec succès l'acide thymique qui est antifermentescible en solution aux 2 millièmes, et qui, loin d'avoir une odeur désagréable comme l'acide phénique, présente au contraire un parfum qui plaît aux malades. A la campagne, ou dans les ambulances en temps de guerre, on pourra se servir d'une décoction de thym, avec laquelle on obtiendra des effets analogues. M. C. Paul regrette de n'avoir pu jusqu'ici se procurer du thymotate de soude, avec lequel il voudrait instituer une série d'expériences thérapeutiques.

M. *Tanret* a essayé de préparer le thymotate de soude et n'a pu y parvenir. L'inconvénient de l'acide thymique est

d'exiger une assez forte quantité d'alcool pour se dissoudre facilement; ainsi pour obtenir une solution à 4 pour 1000, il faut employer au moins 80 grammes d'alcool.

M. *Créquy* a récemment observé chez une de ses malades atteinte de polype ulcéré de l'utérus et à laquelle il avait prescrit des injections phéniquées, une répugnance insurmontable pour l'odeur de l'acide phénique; il essaiera, dans ce cas, l'effet des injections de la solution de résorcine.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Un nouveau traitement des hémorrhoïdes, par M. Andrews (de Chicago).

En 1871, habitait dans un village de l'Illinois un pauvre médecin du nom de Mitchell. Cherchant tous les moyens d'améliorer sa situation, il s'occupa de trouver un moyen de guérir les hémorrhoïdes. Sa méthode jouit bientôt de la faveur populaire: le nombre des opérations atteignit un chiffre étonnant. Le secret se vendait d'une personne à l'autre; le prix en montait proportionnellement à l'enthousiasme général : 3000 dollars dans un cas. Des médecins diplomés abandonnèrent leur clientèle, engagèrent leur avoir pour acheter le secret, et se mirent à exercer la pratique ambulante. Des laïques ignorants se mirent de la partie; l'Ouest tout entier retentit bientôt de leurs clameurs; tout le littoral de l'océan Pacifique se hérissa de leurs réclames. Finalement le secret tomba dans le domaine public, et les médecins sérieux employèrent eux aussi ce mystérieux procédé, non sans succès, puisqu'une enquête ouverte par Andrews démontra l'existence de 3300 cas opérés par ses confrères en deux ou trois ans.

Le procédé consiste tout simplement à injecter dans la tumeur hémorrhoïdaire, au moyen d'une seringue de Pravaz, trois à quatre gouttes d'une solution composée de parties égales d'acide phénique très pur et d'huile d'olive et de glycérine. L'opération doit être faite avec lenteur, la canule restant quelque temps dans la tumeur; la muqueuse anale doit être protégée par une pommade quelconque. Il est recommandé d'opérer de préférence les hémorrhoïdes internes, et jamais plus d'une à la fois, l'intervalle entre les opérations étant de quatre à dix jours environ.

Généralement, quelques secondes après l'injection, la tumeur blanchit; puis, dans les cas favorables, elle se dessèche, sans douleur, sans suppuration, sans nécrose; mais souvent aussi il se produit une douleur violente, mais transitoire, puis un abcès hémorrhoïdaire. L'enquête mentionnée ci-dessus a démontré que des accidents fort graves peuvent être la conséquence de l'opération : hémorrhagies graves, 10 fois; embolies hépatiques (supposées), 8 fois, etc. Les cas de mort sont au nombre de 9 (sur 3300 cas), ce qui constitue une proportion qui ne diffère pas sensiblement de celle qui est fournie par les procédés ordinaires. On peut employer aussi d'autres substances coagulantes. Un médecin américain écrivait à l'auteur qu'il avait employé toutes celles que peut fournir le règne animal et végétal, mais qu'il était revenu à l'acide phénique pur. (*Chicago med. Journ.*, 1880, et *Wien. med. Presse*, 1880, n° 51.)

Symptômes rares du « tabes dorsalis », par M. G. Fischer.

Pendant quelque temps, l'absence du « réflexe patellaire » passa pour caractéristique du *tabes :* c'était une erreur, ainsi que l'ont démontré Erb, Berger et Buch. Le réflexe était intact dans 4 cas, dont Fischer donne la relation. Or, chez ces quatre malades, la transmission des impressions douloureuses de l'extrémité inférieure était normale; tandis que dans tous les autres cas observés par l'auteur (au nombre de 15), l'impression était manifestement ralentie. Chez un malade on observa ce fait curieux que du côté où les réflexes tendineux étaient affaiblis, la transmission de la douleur était ralentie, tandis que de l'autre côté, où les réflexes tendineux étaient normaux, la transmission de la douleur se faisait aussi très normalement. De plus, chez les 4 malades en question, les fonctions de la vessie étaient intactes; chez les 12 autres, ces fonctions étaient plus ou moins altérées. Il y a là une relation singulière qui demande à être confirmée par des observations ultérieures.

I. Remak a découvert chez les ataxiques un symptôme spécial et qui porte son nom : lorsque l'on fait une piqûre, le malade constate une sensation *immédiate* de contact et une sensation *retardée* de douleur. Ce symptôme est plus fréquent qu'on ne croit généralement (8 cas sur 19). Les réflexes cutanés se comportaient d'une manière très diverse.

II. Chez deux malades, l'auteur observa un phénomène tout à fait nouveau : c'est que la même piqûre donne lieu simultanément à plusieurs sensations douloureuses. L'auteur propose pour le désigner le nom de *polyesthésie.*

Un fait analogue aurait été observé par Brown-Séquard, qui l'expliquait par la néoformation de cellules nerveuses. Ces faits ont été constatés surtout au pied. Ainsi, sur le gros orteil, un des malades, à un écartement de 6 millimètres, sent trois pointes en triangle; à 11 millimètres, quatre pointes en demi-cercle.

Chez une autre malade, la sensation est déviée. Lorsqu'on lui presse fortement la jambe gauche, il éprouve une sensation dans la jambe droite et réciproquement. Un autre ressentait, dans ce cas, le contact dans les deux jambes.

Tous ces phénomènes sont probablement d'origine cérébrale. Fischer se base sur ces observations pour prétendre :

1° Que le *tabes dorsalis* n'est pas une lésion isolée des faisceaux postérieurs, et que les colonnes grises postérieures sont régulièrement atteintes.

2° Que cette dernière lésion est non seulement régulière, mais apparaît de bonne heure.

Ces symptômes, dit-il, qui cliniquement plaident avec plus ou moins de vraisemblance en faveur d'une participation des colonnes grises postérieures sont : le *ralentissement de l'impression douloureuse*, phénomène constant, selon moi, du *tabes; l'analgésie*, décrite par Berger; la *polyesthésie*, décrite plus haut; l'*absence de réflexes tendineux et cutanés d'origine spinale* (réflexes dans l'intervalle entre l'irritation et la sensation); enfin la plus grande partie peut-être des *paralysies des sphincters.* (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

BIBLIOGRAPHIE

Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire, suivie de recherches sur la situation juridique des fous et des incapables à l'époque romaine, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8.—Paris, 1881. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Qu'il s'agisse de conclure sur la responsabilité criminelle d'un aliéné ou sur sa capacité civile, des divergences profondes existent encore trop souvent entre le magistrat et le médecin. Au progrès de la science seul il appartient, sinon de les faire disparaître complètement, du moins de les diminuer de plus en plus. Le but à atteindre serait que l'œuvre du magistrat fût essentiellement subordonnée à celle du médecin-légiste. Cette subordination, qui n'est pas de droit,

existe heureusement de fait le plus souvent, et cela dans l'intérêt de la justice comme des malades.

Pour rendre plus efficaces encore les progrès accomplis et en obtenir de nouveaux, des esprits distingués proposent d'établir de larges communications entre la médecine et le droit; les échanges qui se créeraient ainsi entre ces deux sciences ne pourraient que tourner à leur avantage, et contribueraient à simplifier bien des questions médico-juridiques ardues et à les éclairer d'un jour nouveau. C'est là une œuvre qu'a entreprise avec succès M. Legrand du Saulle pour la médecine légale des aliénés. Nous n'avons pas à revenir ici sur ses travaux antérieurs, qui ont été en leur temps analysés dans la *Gazette hebdomadaire;* ils se recommandent tous par une qualité essentielle, la clarté de l'exposition. Cette qualité, on la trouve encore à un degré éminent dans l'ouvrage qui vient de paraître récemment et dans lequel M. Legrand du Saulle étudie toutes les questions médico-légales relatives à l'interdiction des aliénés et au conseil judiciaire.

Ce livre n'est que le développement explicatif de l'article 489 du Code civil, qui lui sert d'épigraphe : « Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides. » D'après son titre même, le travail se divise en deux parties : la première consacrée à l'étude de l'interdiction, la seconde qui traite du conseil judiciaire.

Une des premières questions qu'on doit se poser, c'est de savoir dans quels cas et pour quelles causes l'interdiction peut être demandée. La loi répond que l'individu à interdire doit être dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur. M. Legrand du Saulle fait ressortir avec raison combien sont restreintes les catégories établies par le Code, combien peu elles répondent à l'état actuel de la science, et ce que « la loi gagnerait en clarté et en précision si sa nomenclature était plus conforme aux classifications scientifiques généralement adoptées ». Une bonne classification des maladies mentales étant, en l'état actuel de la science, difficile, sinon impossible, force est aux magistrats et aux médecins légistes de se mouvoir dans les limites marquées par l'article du Code.

La nécessité de l'interdiction établie, l'auteur étudie les diverses phases par lesquelles doit passer cet acte juridique. Et d'abord la demande d'interdiction : par quelles personnes et d'après quelles formes peut-elle être demandée? Sur ces questions, les médecins, qui sont le plus souvent les premiers consultés par la famille de l'aliéné, trouveront des renseignements utiles dans les chapitres que nous analysons. Puis vient l'interrogatoire ou examen du malade. Sur ce point, M. Legrand du Saulle distingue l'examen par les magistrats de l'examen par les médecins. Nous partageons complètement les critiques qu'il fait du premier, et nous croyons à la nécessité d'une enquête préalable confiée à un ou plusieurs médecins. En effet, « sans le secours du médecin, le magistrat est exposé à prendre le change sur un état qui n'est pas ou qui n'est déjà plus l'aliénation mentale. Est-il possible enfin d'interroger un aliéné avec fruit si l'on ne connaît pas d'avance le type maladif sous lequel il peut être classé? Il semble que, pour les magistrats qui l'ignorent, le hasard seul devra les mettre sur la trace de son délire. Ajoutons que beaucoup d'insensés ont l'art de dissimuler leur état, ou de n'opposer à toutes les questions qui leur sont posées que des réponses empreintes de fantaisie, de contradiction ou de fausseté. L'interrogatoire qui, comme base première, ne s'appuie pas sur l'enquête médicale dégénère très fréquemment en une mesure illusoire et fertile en mécomptes. » (P. 109.)

Quant au jugement d'interdiction obtenu contre un aliéné, il y a à indiquer quels sont les effets de cette mesure, enfin de quelle manière elle peut être levée. De nombreuses pages sont consacrées à l'étude de ces deux points, où l'auteur fait preuve de connaissances juridiques étendues; mais elles sont précédées de trois chapitres intéressant plus particulièrement les médecins, puisqu'ils traitent du délire des persécutions et de l'aphasie dans ses rapports avec l'interdiction, des états intellectuels contestés et des cas pathologiques difficiles à apprécier. L'auteur nous indique les écueils à éviter, lorsqu'il s'agit d'asseoir un jugement clinique sur ces diverses formes de folie; il montre combien est difficile, en certains cas, de diagnostiquer le délire des persécutions; il fait voir, à propos de l'aphasie, qu'il est indispensable, au point de vue de la capacité civile, de faire des distinctions qui sont vraies aussi au point de vue clinique. Parmi les aphasiques, les uns, en effet, conservent l'intégrité de leur intelligence : ceux-ci, il ne peut être question de les interdire; d'autres sont diminués intellectuellement et doivent, en beaucoup de cas, être pourvus d'un conseil judiciaire. Il existe enfin des aphasiques dont l'intelligence, la volonté et l'activité ont notablement fléchi, dont la mémoire est presque éteinte; ils rentrent nécessairement dans la catégorie des individus auxquels est applicable l'article 489 du Code civil; ils doivent être interdits. Sous la rubrique d'états intellectuels contestés et de cas pathologiques difficiles à apprécier, l'auteur a rassemblé une série de faits rares qui ont donné lieu à des opinions disparates et conduit parfois à des décisions juridiques contradictoires. Ces faits, de même qu'en médecine les erreurs de diagnostic, portent avec eux leur enseignement; leur lecture est donc du plus haut intérêt.

La seconde partie, avons-nous dit, traite du conseil judiciaire. Là, nous trouvons les mêmes divisions que pour l'étude de l'interdiction. L'auteur recherche successivement à quelles personnes on peut nommer un conseil judiciaire, par qui la demande à fin de nomination de ce conseil peut être faite, puis les différentes phases de la procédure, etc.

La lecture d'un tel livre pourrait paraître ardue; il n'en est rien, car le texte est illustré de nombreux exemples; soixante-treize observations venant à l'appui des assertions de l'auteur mettent l'exemple à côté de la théorie et constituent ainsi une sorte de clinique juridique vivante.

L'ouvrage contient en un appendice un tableau succinct, mais très net, de la situation juridique des fous et des incapables à l'époque romaine. En lisant ces pages, on est saisi de deux sentiments contraires, l'un de modestie et l'autre d'admiration. Cette sollicitude que nous prenons des faibles et des incapables, la législation romaine l'étendait dans une bien plus large mesure : aussi aurions-nous à l'imiter encore davantage sur un grand nombre de points. N'est-ce pas faire le plus bel éloge de cette jurisprudence, et n'y a-t-il pas lieu de rappeler cette phrase de Bossuet que M. Legrand du Saulle aurait pu prendre pour épigraphe de son appendice? « Si les lois romaines ont paru si saintes que leur majesté subsiste encore malgré la ruine de l'empire, c'est que le bon sens, qui est le maître de la vie humaine, y règne partout, et qu'on ne voit nulle part une plus belle application des principes de l'équité naturelle. »

Dr Ant. Ritti.

Index bibliographique.

L'Œuvre de Cl. Bernard (table des œuvres de Cl. Bernard; bibliographie de ses travaux scientifiques). — Paris, 1881. J.-B. Baillière.

La table méthodique des Œuvres de Cl. Bernard vient de paraître. Ce travail, dont Cl. Bernard lui-même avait senti le besoin, et qu'il avait commencé, a été achevé par M. Roger de la Coudraie. Mathias Duval, qui partagea avec Dastre la tâche de rédiger les leçons de Bernard, présente ce résumé analytique au monde savant, et aux médecins en particulier : personne n'était plus autorisé à écrire l'Introduction d'un pareil livre.

C'est un ouvrage modeste, mais dont l'importance n'échappera à aucun de ceux qui lisent ou liront les leçons du maître. Jamais

le sommaire d'une leçon de Bernard n'a pu donner une idée suffisante des faits énoncés dans le cours de la leçon; souvent intervenait, jetée comme par hasard, une phrase brève, une réflexion dans laquelle un fait capital était noté. Il fallait suivre, la plume à la main, ligne par ligne, l'œuvre tout entière, pour ne rien laisser échapper, donner une forme concise à chaque idée, et la représenter par un mot ou une courte périphrase : tel est, sans doute, le travail que s'est imposé, à notre plus grand profit, M. de la Coudraie. L'avenir seul dira si tous les points importants ont été relevés; nous n'en pouvons juger à l'heure actuelle d'une façon absolue.

La *Table* est la partie essentielle du livre intitulé : *l'Œuvre de Cl. Bernard.* La notice bibliographique des travaux scientifiques qu'a si soigneusement dressée M. Malloiz a présente, sans doute, un intérêt réel; elle rendra service à quelques-uns, et montrera à tous comment s'est répartie cette prodigieuse activité; mais, pour le grand public, c'est la table qui seule a une réelle valeur.

Ce n'est point à dire que nous ne retrouvions avec plaisir, dans ce volume, les discours de M. Renan, de M. Arm. Moreau, la conférence de M. Paul Bert, que nous connaissions déjà par la *Revue scientifique* et par d'autres recueils; mais avec les 230 pages formées par la table, l'ouvrage, quoique un peu moins volumineux, eût été aussi complet.

VARIÉTÉS

MARCHAL (DE CALVI). — Nous avons annoncé dans le dernier numéro qu'un monument allait être élevé à la mémoire de Marchal, à Calvi, sa ville natale. Cette cérémonie a été fixée, non au 16 juillet, comme on en avait eu d'abord l'intention, mais bien au 4 juillet, qui est le jour de sa naissance. Le conseil municipal de la ville a décidé que le buste de Marchal décorera une fontaine située sur la plus belle place de la ville, entre l'école des filles et l'école des garçons.

NÉCROLOGIE. — Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre que M. MAURICE RAYNAUD, médecin de la Charité, professeur agrégé de la Faculté, membre de l'Académie de médecine, est mort hier au soir mercredi, subitement, comme sont morts récemment Chauffard, Broca, Delpech et Peisse. M. Maurice Raynaud assistait mardi à la séance de l'Académie, où il paraissait plein de santé; il y avait même fait une présentation.

Les obsèques auront lieu samedi à midi à l'église Saint-Eugène, où le corps sera directement transporté de la campagne.

LE DOCTEUR MARCHANT. — Les obsèques de notre regretté confrère, le docteur Marchant, directeur de l'asile des aliénés de Braqueville, dont nous avons annoncé la mort tragique sous les coups d'un aliéné, ont eu lieu à Toulouse au milieu d'une foule attristée, dans laquelle était représentées la Société de médecine de Toulouse, l'Association de secours mutuels départementale, celle de Toulouse, enfin l'Ecole de médecine, dans laquelle Marchant avait enseigné la médecine légale et l'hygiène.

Sommaire du numéro 2 (25 juin 1881) de **l'Encéphale**, journal des maladies mentales et nerveuses, sous la direction de MM. B. BALL et J. LUYS : *Phthisie et folie*, par M. B. Ball. — *Des formes curables de l'aphasie, de l'ataxie et de l'hémiplégie verbales*, par M. J. Luys. — *Contributions à l'étude anatomo-pathologique de l'idiotie, hétérotopie de la substance corticale*, par M. J. Luys. — *Du poids du cerveau et du cervelet chez les épileptiques*, par M. Marie Bra. — *Etude sur les tumeurs intra-crâniennes*, par M. Chambard. — *Note sur l'étiologie et le siège anatomique de l'athéomotome*, par M. Vallon. — *Procédé expéditif pour obtenir des tracés graphiques des plis de l'écorce cérébrale*, par M. Luys. — *Revue générale*, par M. Chambard. — *Archives cliniques*. — *Revue des Sociétés*. — *Revue des journaux*. — *Bibliographie*. — *Nouvelles*.

Ce cahier contient une photoglyptie et deux planches en couleur. Paris, G. Masson, éditeur.

Sommaire du numéro 4 (1er août 1881) des **Archives de physiologie normale et pathologique**, publiées sous la direction de MM. BROWN-SÉQUARD, CHARCOT, VULPIAN et A. JOFFROY : *Méthode pour apprécier la qualité infectieuse des microbes et leur propagation dans l'organisme*, par M. Soubbotine. — *Sur les lésions corticales du cerveau*, par M. Louis Couty. — *Recherches sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées. Contribution à l'étude des tumeurs ossiformes de la peau*, par M. Albert Malherbe. — *Recherches expérimentales sur la formation du cal et sur les modifications des tissus dans les pseudarthroses*, par MM. A. Rigal et W. Vignal. — *Sur une variété de cirrhose hypertrophique du foie*, par M. Sabourin. — *Sur le mode de préparation et l'emploi de l'éosine et de la glycérine hématoxyliques en histologie*, par M. J. Renaut.

Ce cahier contient 5 planches. Paris, G. Masson, éditeur.

MORTALITÉ A PARIS (24e semaine, du vendredi 10 au jeudi 16 juin 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1047, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 16. — Rougeole, 13 — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 52. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 13. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 54. — Phthisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 65. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 61. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 50; au sein et mixte, 38; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 111; de l'appareil circulatoire, 60; de l'appareil respiratoire, 65; de l'appareil digestif, 36; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme, 1. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 4.

Semaine du 17 au 23 juin (25e semaine). — Nombre total des décès : 944, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 24. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 10. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 43. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 46. — Phthisie pulmonaire, 152. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 85. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 53. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 54. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 26; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 84; de l'appareil circulatoire, 53; de l'appareil respiratoire, 51; de l'appareil digestif, 56; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 3. — Morts violentes, 25. — Causes non classées, 6.

Conclusions des 24e et 25e semaines. — Une diminution s'était déjà fait sentir dans la 24e semaine (1047 décès au lieu des 1098 de la semaine précédente), et cette diminution portait principalement sur les affections épidémiques (fièvre typhoïde, variole, rougeole, scarlatine, coqueluche). Dans la 25e semaine, cette amélioration générale s'est accentuée : 944 décès seulement, et la fièvre typhoïde n'a plus causé que 11 décès; mais le nombre des décès par variole a augmenté; la diphthérie ne faiblit que lentement, et la scarlatine paraît en voie de développement, au moins comme cas d'invasion (1).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris

(1) M. Bertillon promet un supplément de temps à autre. Celui qui accompagne le *Bulletin de la 24e semaine* contient le *Relevé statistique par arrondissement des services funèbres*.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 7 juillet 1881.

LA PELLAGRE. — TRAITEMENT DU CANCER ANO-RECTAL.

Académie de médecine : La pellagre.

La courte discussion qui a eu lieu mercredi dernier à l'Académie de médecine sur la pellagre, à l'occasion de l'observation communiquée dans la séance précédente par M. Hardy, cette discussion, dans les termes où elle était engagée, ne pouvait guère aboutir. M. Hardy disait : mon malade a présenté les caractères *cliniques* de la pellagre : troubles du tube digestif, accidents nerveux, érythème des mains. M. Th. Roussel, M. N. Gueneau de Mussy, M. Lancereaux répondaient que, pour la détermination de la nature d'une maladie, l'étiologie a plus d'importance que les symptômes. Rien de plus juste en principe ; mais, en l'état, c'était supprimer et non résoudre la difficulté. Si, en effet, la caractéristique de la pellagre doit être cherchée dans la cause du mal et si cette cause est l'alimentation par le maïs, tout débat devient superflu, M. Hardy étant prêt à reconnaître que son malade n'a touché au maïs de sa vie. Conséquemment, la question posée ou à poser est de savoir si des lésions anatomiques et des symptômes semblables à ceux qui caractérisent la pellagre classique s'observent chez des sujets qui n'ont pas fait usage de maïs ; auquel cas il faudrait bien admettre que la pellagre est l'expression d'un état général de l'économie, d'une cachexie pouvant avoir des causes diverses, empoisonnement zéique, alcoolisme, misère, etc., et constituant dès lors la cause vraie, la cause immédiate de la maladie. Ainsi posée, la question, on le voit, redevient clinique, et il importe peu qu'on découvre chez un individu présentant les phénomènes pellagreux : ici, un cirrhose du foie ; là, telle ou telle altération du système nerveux central ou périphérique, toutes ces lésions n'étant plus que des sortes d'étapes par lesquelles a passé la maladie avant de se constituer.

Il est plus malaisé qu'on ne pense de se prononcer sur ce point délicat de diagnostic, malgré la répugnance qu'on éprouve à ne pas accorder plus de spécificité aux effets d'un champignon toxique. L'anatomie pathologique de la pellagre, de celle qu'on observe à Milan ou dans les Asturies, est encore peu significative, pour ne pas dire, avec M. Roussel, *insignifiante*. Quant aux symptômes, tels que les a rappelés le même orateur, en y rangeant les manifestations cutanées, ils sont sans doute plus accentués que ceux qui ont été présentés par le malade de l'hôpital Saint-Louis ;

FEUILLETON

Jean Guinter, d'Andernach (1505-1574).

SON NOM, SON AGE, LE TEMPS DE SES ÉTUDES A PARIS, SES TITRES, SES OUVRAGES.

Voilà peut-être le plus célèbre et le plus connu de ces médecins érudits de la Renaissance, qui savaient les langues et qui s'évertuèrent à fonder la pure médecine en traduisant en latin les auteurs grecs. Eh bien ! grâce à la négligence des historiens, ce docteur, régent de l'ancienne Faculté, a perdu même son nom. On l'appelle aujourd'hui Gonthier d'Andernach, et comme si ce n'était pas assez, on s'accorde à le faire naître en 1487, dix-huit ans trop tôt.

I

C'est vers le milieu du dix-huitième siècle que la Faculté de médecine de Paris opéra le changement du nom, en proposant pour sujet de prix, pour l'année 1765, l'*éloge de J. Gonthier d'Andernach*, etc. L. A. Prosper Hérissant, étudiant en médecine (1), l'heureux lauréat, n'osa sans doute pas élever de discussion sur ce point, et Guinter allait ainsi passer à la postérité sous le nom de Gonthier. Entraîné sur cette pente fâcheuse, M. Poirson, dans le *Précis de l'Histoire de France* qui devait instruire plusieurs générations, a poussé même l'inattention jusqu'à l'appeler Gauthier (pages 144 et 146 de l'édition de 1840) (1). Il n'est donc pas inopportun de mettre un terme à tant de singularités et d'essayer de rendre à Jean Guinter son véritable nom.

Le titre de ses nombreux ouvrages porte toujours *Joannes Guinterius Andernacus*, et l'un d'eux, traduit en français par lui-même : *Instruction très utile par laquelle un chacun*

(1) Il mourut à vingt-quatre ans, de la variole, le 10 août 1769 (*Éloge histor.*, sans nom d'auteur. Paris, 1771.) Bibl. de l'École de médecine, n° 40 291.

(1) Ce n'est pas une faute d'impression. Il l'écrit à quatre fois différentes, toujours de la même manière.

mais l'ont-ils été moins dans certains cas de pellagre sporadique? On est porté à en douter quand on a pris connaissance d'un certain nombre de cas de pellagre sporadique. Citons seulement celui dont M. Vidal a donné connaissance, en 1862, à la Société médicale des hôpitaux; et celui, qui, observé à la Salpêtrière en 1864, par M. Baillarger, a été communiqué par M. Bouchard à la Société de biologie. « La malade, dit M. Bouchard, portait un *érythème pellagreux type* sur la nuque, le front, les paupières, le nez et le dos des mains. Les lèvres étaient couvertes de squames noirâtres et de gerçures aphtheuses; la langue était lisse, sans papilles, et sillonnée de dépressions qui lui donnaient une apparence fendillée ». Ajoutons qu'une sclérose étendue de la moelle rendait parfaitement compte des désordres de mouvement que cette femme avait présenté. Ne peut-il s'en produire de semblables sous l'influence de l'ergot de maïs? Enfin, il faut compter avec les affirmations de ceux qui, comme M. Faye, affirment l'existence de la pellagre la plus authentique dans les Landes, où la *cruchade* se fait, non avec le maïs, mais avec le millet. (*Académie des sciences*, 11 octobre 1880) (1).

(1) Consulter sur cette question la *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 699, et 1871, p. 95.

Traitement du cancer ano-rectal.

Ce qui a trait au cancer ano-rectal, et surtout à son traitement, est toujours d'un grand intérêt : cette affection est trop cruelle et trop fréquente pour que l'esprit ne soit sans cesse en éveil. La guérir d'une manière définitive, on n'ose y songer et l'on vient toujours se heurter à la fatale récidive; mais du moins on veut apaiser les souffrances et rendre la vie supportable jusqu'au jour où la cachexie et la généralisation emporteront le patient.

Sous ce rapport la chirurgie a fait quelques progrès : elle intervient avec plus de précision; les indications sont plus nettes, et l'on sait, lorsque le siège de la tumeur, son étendue, l'existence ou l'absence d'adhérence ont été constatés, à quelle méthode il faut avoir recours. Le genre d'opération s'impose pour ainsi dire; il n'y a point de parallèles à établir, et le diagnostic mène droit au procédé.

On peut dire que tous les chirurgiens de tous les temps et de tous les pays se sont occupés de cette question. Aussi, ne citerons-nous, à cette place, aucun des auteurs anglais, allemands ou français dont nous résumerons la pratique dans ce court aperçu, rédigé presque en entier d'ailleurs d'après deux cliniques faites à peu près simultanément par les professeurs Verneuil et Trélat.

I

Plusieurs cas peuvent se présenter : le cancer de la région ano-rectale est encore à ses débuts; le doigt introduit dans le rectum atteint les limites supérieures de la tumeur, qui du reste n'a pas dépassé la paroi de l'intestin mobile sur les tissus environnants; le néoplasme, en un mot, est peu étendu et sans adhérences. Que doit faire le chirurgien?

Les opinions varient singulièrement d'une frontière à l'autre, et ce qui se pratique en Allemagne ne ressemble guère à ce qui se fait en Angleterre. Ici on prononce à peine le mot d'ablation; même dans le cas que nous examinons et qui nous paraît si simple, les chirurgiens d'outre-Manche hésitent. Curling rejette presque entièrement l'opération radicale, et Smith la proclame « barbare et antiscientifique ».

En Allemagne, toute autre est la tendance. On enlève sans mesure, et non seulement le cancer limité, mais des tumeurs envahissantes et qui déjà ont altéré les organes environnants, le vagin, l'utérus, la vessie et les parois du bassin. Ils ne craignent pas d'entrer dans le péritoine, puisqu'ils peuvent le suturer; quant à ouvrir le vagin, la vessie même et à recréer pour ainsi dire le cloaque des périodes embryonnaires, ceci n'est qu'un jeu facile pour ces opérateurs hasardeux.

Volkmann n'hésite point, et, si l'on veut savoir jusqu'où peut aller l'audace d'un chirurgien, qu'on lise le mémoire de Bardenheuer: on y verra que par une incision postérieure, et en se faisant du jour par la résection du coccyx, il a pu extirper un cancer de l'S iliaque, situé à 30 centimètres de l'anus, et suturer au rectum la partie inférieure du colon.

Nous n'avons pas, en France, recours à de pareilles mutilations, et malgré l'opération de Reybard, — tout autre d'ailleurs, et mieux imaginée, puisque c'est par la laparotomie qu'il arriva sur la tumeur, — les ablations de ces cancers intrapéritonéaux ne nous séduisent guère jusqu'à présent. Mais nous n'avons pas, d'autre part, la répulsion que marquent les Anglais, et, lorsque le cancer est bien limité et mobile, nous pratiquons l'extirpation totale.

Nous n'ignorons pas la valeur des objections qu'on nous adresse : évidemment la récidive est toujours à craindre; elle est souvent très rapide et le bénéfice de l'opération se trouve perdu. M. Labbé, dans un mémoire de la *Gazette hebdomadaire*, nous dit que, chez huit malades traités par lui, la tumeur s'est toujours reproduite au plus tard dans les dix mois; et

---

se pourra maintenir en santé, tant en temps de peste comme autre temps, imprimé à Argentine (Strasbourg), *au Pélican, l'an* 1547, est *par maître Jehan Guinter d'Andernach, docteur de Paris en médecine*. Rien n'est donc plus simple. Seulement, en tête de ses deux derniers ouvrages, le *de Balneis et aquis medicatis*, in-8°, Strasbourg, 1565, et le gros in-folio *De medicina veteri et nova*, Bâle, 1571, les imprimeurs ont mis un *th* à Guinterius. Cette variante s'explique jusqu'à un certain point pour le livre imprimé à Bâle (dont le titre a été fait sans la participation de Guinter, puisqu'il y est qualifié de *medicus clarissimus*), mais pour le *de Balneis*, imprimé à Strasbourg, où l'auteur résidait alors, on ne devine plus pourquoi l'on met une première fois Guintherius. Ne serait-ce pas une simple faute d'impression? En effet, dans les commentaires de l'ancienne Faculté, dont Guinter a fait partie, son nom est constamment écrit Guinterius, et tous les contemporains, sans exception, ont fait de même. Ainsi, Vésale, dans son édition revue et corrigée des *Institutions anatomiques* de Gunter, Venise, 1538, et dans la lettre *sur la racine de Squine*, Bâle, 1546; comme Lambert Hortensius dans la préface du *Plutus d'Aristophane*, Utrech, 1556; comme Henric Pantaléon, qui (*Prosopographiæ heroum atque illustrium virorun totius Germaniæ... pars tertia*. Basileæ, 1566) a laissé passer une grosse faute d'impression : Quinterius.

Le poëme en vers latins de Georges Calaminus, imprimé à Strasbourg, in-4°, 1575, a pour titre : *Vita clarissimi doctissimique viri Joannis Guinterii, Andernoci medici celeberrimi..... Carmen*. Cependant le même volume contient une oraison funèbre en vers grecs de Hubert Damien d'Andernach, où le nom de Guinterius aurait été remplacé par celui de Γουνθέριος.

Cette innovation de son compatriote, acceptée plus tard par quelques historiens, a été probablement la cause première du changement de Guinter en Gonthier. Le livre de Georges Calaminus est malheureusement introuvable. A son défaut, il

la lecture des observations publiées par d'autres auteurs ne sont guère plus encourageantes.

Pourtant on trouve çà et là des faits où la récidive s'est fait attendre de longues années : ils hantent toujours la mémoire lorsqu'on est aux prises avec ce cancer, et M. Richet nous cite un opéré de Marjolin qui vint le consulter pour un retour offensif de la tumeur; l'ablation fut pratiquée, et la seconde récidive ne survint qu'au bout de quatre ans. Allingham rapporte une observation semblable. N'a-t-on même pas vu des malades guéris de leur cancer, emportés par une autre affection?

On objecte encore que l'ablation est une opération grave. Certainement, et notre ami M. L. H. Petit a montré que, sur 52 faits recueillis dans les auteurs, il y a eu 17 morts et 35 guérisons; or, une léthalité de 33 pour 100 n'est pas sans être à considérer. Cependant l'étude des causes de la mort nous permet d'inférer qu'avec nos moyens actuels, notre outillage perfectionné et la rigueur de nos pansements, la phlébite, l'infection purulente, les érysipèles, les phlegmons diffus, qui chargent surtout la statistique, seront bien diminués, s'ils ne disparaissent pas tout à fait, — et l'argument tiré de la gravité de l'opération nous touche beaucoup moins.

Aussi, en France, acceptons-nous l'ablation; elle est pour nous l'opération de choix; mais, dans le cas bien spécifié au début de ce paragraphe : il faut que le cancer ano-rectal ait des limites supérieures bien précises et facilement atteintes par l'extrémité du doigt explorateur; il faut, en outre, qu'il n'ait pas dépassé la paroi de l'intestin, et qu'il demeure mobile au milieu des tissus environnants. Alors, en même temps que de sa tumeur, le malade sera débarrassé de cette constipation rebelle, des hémorrhagies et des douleurs atroces que provoquait chaque garde-robe.

II

Le cancer a fait des progrès rapides ou bien il a été longtemps méconnu, et lorsque le chirurgien est appelé à intervenir, il trouve une tumeur dont l'extrémité inférieure est encore accessible, mais dont les limites latérales sont moins précises; elle est adhérente, et le néoplasme s'est propagé du rectum aux organes voisins.

La divergence continue encore : les Allemands tiennent pour l'ablation, et nous avons vu que, ne respectant ni vagin, ni vessie, ils ne craignaient pas de transformer le périnée en un véritable cloaque où viennent aboutir et se mélanger les matières fécales, l'urine et la sécrétion de l'utérus. Nous avons cité la pratique de Volkmann, de Nussbaum, de Simon, de Bardenheuer, et nous n'avons plus à dire pourquoi nous ne saurions les imiter; pour entreprendre une pareille opération, il faudrait qu'elle fût moins grave et que ses résultats fussent moins précaires.

En Angleterre, on n'a jamais, dans ces cas, recours qu'à l'anus artificiel. Cette pratique nous semble très préférable à la précédente; mais nous ne l'adoptons pas cependant, parce que, nous avons mieux peut-être, et nous réserverons l'anus artificiel pour la troisième catégorie de faits, que nous examinerons tout à l'heure.

MM. Verneuil et Panas ont proposé de traiter le cancer ano-rectal par une incision postérieure comprenant toute la hauteur du rétrécissement. M. Panas opère avec le bistouri; M. Verneuil avait recours d'abord à l'écraseur linéaire; il se sert maintenant du thermo-cautère de Paquelin. Lorsque le néoplasme remonte un peu haut, il ne craint pas de réséquer le coccyx, ou du moins de plonger le thermo-cautère à la base de cet os, de suivre un de ses côtés, et, au niveau de sa pointe, de rejoindre la rainure interfessière.

Récemment encore nous avons vu M. Verneuil pratiquer cette rectotomie dans son service, et quelques minutes y ont suffi. Le thermo-cautère, planté dans le tissu à la base et sur le côté du coccyx a pénétré rapidement jusqu'à la paroi rectale; une sonde cannelée, introduite par l'orifice, a perforé l'intestin et a pu ressortir par l'anus; elle a servi de conducteur. Sur la ligne de section, une artère assez volumineuse a donné du sang, qu'un fil à ligature a promptement arrêté.

Quant au résultat, il est atteint : la constipation cesse à l'instant; les matières fécales trouvent un passage facile, et les douleurs disparaissent; les malades se sentent immédiatement soulagés. Sous ce rapport, la rectotomie est aussi efficace que l'ablation; les avantages sont les mêmes, sauf, bien entendu, la vague espérance de guérir à tout jamais le malade, car la rectotomie n'est que « palliative ».

A la sûreté de ses résultats, à son extrême simplicité, il faut ajouter son innocuité remarquable. A notre connaissance, M. Verneuil n'a observé qu'un cas de mort déterminé par une péritonite. Tous les auteurs, du reste, sont d'accord sur ce fait, et, en Amérique même, Dudley Beam nous dit que la rectotomie est moins dangereuse que les méthodes rivales, l'anus artificiel lombaire, par exemple.

III

Le cancer ano-rectal est adhérent, il remonte haut dans l'intestin, et l'extirpation ou la rectotomie devrait intéresser

---

nous reste bien l'inscription du même Huber Damien, placée au-dessous du portrait des deux volumes grand in-folio : *De medicina veteri et nova*, où se retrouve le mot grec, écrit de la même manière, Γουνθερίος; mais, dans l'*Iconographie* de Nicolas Reusner, le même portrait, gravé de nouveau par Tobie Stimmer, est accompagné d'autres vers du célèbre professeur de grec, et cette fois l'orthographe est devenue un peu plus conforme à la vérité, Γουινθερίος. N. Reusner (*Icones sive imagines viror. literis illustrium... in Germania præsertim... Additis eorumd. elogiis.* Argentorati, B. Jobinus, 1587, petit in-8) l'inscrit, malgré cela, sous le nom de *Joannes Guinterius Andernacus*, sans *th.*

Pendant longtemps encore on ne fit pas autrement. Ainsi Conrad Gesner (*Bibliotheca recognita et aucta per Jos. Simlerum...* Zurich, 1574, in-fol., p. 377), Gaspard Bauhin, Pascal Gallus (*Bibliotheca medica sive catalog. med. ad annum* 1589. Bâle, 1590, in-8), J. Sambucus (*Veterum aliquot et recentium medic. philosoph. Icones.* Anvers, 1603, n° 34), Jacques Omphalius (*De elocutione... adjectis ad finem epistolis.* Lugduni, 1606, p. 363), et même Jean-Georges Schenck, lorsqu'il publia pour la première fois *V. cl. D. Joan. Guinterii Andernaci Gynæciorum commentarius, de gravidarum, parturientium, puerperarum et infantium cura*, et le tableau des auteurs qui ont écrit sur le même sujet, page 52, in-8 de 56 pages. Strasbourg, 1606. — C'est sans raison que le même auteur, quelques années après, change le *t* de Guinterius en *th* (*Biblia iatrica...* Francfort, 1609, in-8).

Pierre Castellan, professeur de langue grecque à Louvain, revient à *Guinterius* (*Vitæ illustr. med. qui toto orbe ad hæc usque tempora floruerunt.* Anvers, 1618, in-8, p. 239); tandis que Melchior Adam, qui avait d'abord écrit, comme par hasard, *Guenterius*, en faisant une citation (*Vitæ phil. German.*, 1615, t. I, p. 295, art. Lambert Hortensius), adopte le *th* dans l'article Joannes Guintherius (*De vita med. Germ.*, 1620, t. III, p. 223). Cette notice, très litté-

le péritoine et ne pourrait se faire qu'avec des délabrements considérables; il faut alors avoir recours à une troisième méthode qui trouve ici ses indications fort nettes : la création d'un anus artificiel iliaque ou lombaire qui permettra le libre passage des matières fécales.

C'est la grande méthode des Anglais, non pas qu'ils l'aient inventée : l'anus artificiel iliaque, on le sait, est d'origine française et appartient à Littre; l'anus lombaire a été imaginé par le Danois Callisen et perfectionné par Amussat. Mais les chirurgiens d'outre-Manche ont pratiqué si souvent cette opération, ils l'exaltent tellement à l'exclusion des autres, qu'ils l'ont rendue véritablement leur. Allingham et Bryant l'ont, à eux deux, faite plus de 100 fois.

D'après ces auteurs, l'anus artificiel aurait, sur les autres méthodes palliatives, le grand avantage de modérer la marche du cancer. A chaque garde-robe, la tumeur est heurtée par le bol fécal qui en irrite les couches superficielles; les masses profondes elles-mêmes sont contuses par les contractions répétées des tuniques musculaires du rectum qui étreignent le néoplasme.

Pour juger de telles affirmations, il faut avoir recours à la statistique. M. L. H. Petit a rassemblé 107 cas de colotomie, portés à 126 par M. Peyrot dans son excellente thèse d'agrégation. Sur ces 126 cas, on trouve 85 guérisons et 37 morts survenues du premier au vingt-cinquième jour. Des 37 morts, 8 ont été rapportées à la péritonite; 1 à l'infection purulente, 3 à la cachexie et à la généralisation, 14 au collapus et à l'épuisement. Divers accidents viscéraux, pneumonie et bronchite, ont fait succomber 5 opérés.

L'examen de ces chiffres prouve que la mort a été assez rarement causée par l'opération. Il ne faut pas oublier, en effet, que le plus souvent l'entérotomie est « dirigée contre une situation désespérée ». Aussi, voyons-nous la généralisation, la cachexie, le collapus et l'épuisement emporter le plus grand nombre de malades; la colotomie n'y est donc pour rien. Notons, en outre, que chez les 87 survivants, les accidents de rétention ont aussitôt disparus, et « à un état d'obstruction caractérisé par les douleurs les plus vives et par les signes généraux les plus graves, a succédé le repos et le retour de la plupart des fonctions ».

Malheureusement l'examen des observations prouve que la survie n'est pas aussi considérable que pourrait le faire croire le véritable engouement des Anglais. Certainement, il y a des cas où la récidive n'est survenue qu'au bout d'un an, deux ans, quatre ans même; mais il s'agit là de faits exceptionnels et que l'on observe, quelle que soit la méthode employée; cette marche lente est due plutôt à la nature du cancer qu'au moyen de le combattre. Mais, lorsqu'on enlève à la statistique les rétrécissements non cancéreux qui s'y rencontrent indûment, on arrive à une moyenne qui ne dépasse pas cinq mois et demi.

Ce qui précède n'a trait qu'à la côlotomie lombaire. Nous voudrions citer des chiffres aussi considérables pour établir un parallèle entre l'anus de Callisen et celui de Littre. Mais cette dernière opération a été très peu pratiquée. M. Peyrot n'a pu recueillir que 12 observations d'entérotomie pour le cancer du rectum. Encore en est-il quelques-unes par le procédé de Nélaton. « L'ensemble de ces faits donne 8 guérisons et 4 morts, ce qui est un résultat sensiblement voisin de celui que fournit la côlotomie lombaire, et il est possible que si toutes les opérations avaient porté sur l'S iliaque, le résultat eût été sensiblement meilleur. »

C'est dire que le parallèle si souvent fait entre l'anus lombaire et l'anus iliaque aurait besoin peut-être d'un nouvel examen. Avec les Anglais maintenant, on conclut presque toujours à la supériorité de la côlotomie lombaire. Mais l'ancien argument péremptoire, l'ouverture du péritoine dans un cas, son intégrité dans l'autre, a beaucoup perdu de sa valeur depuis que la pratique de l'ovariotomie a montré l'innocuité de son incision.

Cette considération écartée, que reste-t-il en faveur de la côlotomie lombaire? Son long passé tout au plus et l'épreuve répétée qu'on en a fait : car les autres arguments sont à peu près sans valeur. L'anus reste en arrière, nous dit-on, et un appareil est plus facilement applicable en ce point; ce serait à discuter, et Allingham a beau nous parler de ce gentleman qui, après sa selle matinale, pouvait prendre part à la vie mondaine, et, poudré, parfumé, irréprochable dans sa tenue correcte, aller au bal comme par le passé, nous admettrions volontiers qu'il est fort difficile de maintenir propre une région qu'on n'a ni sous les yeux ni sous la main. L'anus iliaque, au contraire, est dans le champ de la vision; nos deux mains peuvent évoluer plus facilement en ce lieu d'un accès très facile, ce qui nous semble un sérieux avantage.

Et puis, l'opération de Littre est aussi d'une exécution plus simple. Nous ne voulons pas dire qu'il soit absolument difficile d'atteindre le côlon descendant; nous avons vu récemment M. Trélat l'aborder avec son élégance ordinaire. Mais la comparaison est évidemment en faveur de l'ouverture de l'S

---

raire et pleine de détails, ayant été, dans la suite, consultée par tous les historiens, a contribué puissamment à cette première modification du nom de Guinter. Désormais on écrira indifféremment *Guinterius* ou *Guintherius*.

Joh. Antonid. Vander Linden (*De script. med.* Amsterdam, 1637, p. 275) a préféré *Guintherius*, tandis que Jean Riolan le fils (*Opera anatom.* Paris, 1649, in-fol., p. 803) a tenu à conserver le nom tel qu'il se trouve écrit aux *Commentaires : Guinterius*. Gabriel Naudé, qui l'appelle ordinairement *Andernacus* (*De antiquit... et dignit. Scholæ med. Parisiens.*, 1663, in-8), a voulu garder aussi *Joannes Guinterius* (p. 137). Paul Freher (*Theatr. vir. eruditione clar.* Nuremberg, 1688, p. 1269) l'enregistre encore sous son vrai nom *Guinterius*.

Dans la même ville de Nuremberg, deux ans auparavant, Mercklin (*Lindenus renovatus*, 1686), ayant sans doute égard au Γουνθεριος d'Hubert Damien, le nomme pour la première fois *Guntherius*.

Au commencement du dix-huitième siècle, sauf Jacques Douglas, qui écrit exactement *Guinterius* (*Bibliogr. anat.* Londres, 1700), en tête de son article (p. 68), tout en laissant passer à la table *Guintherius*, tous les autres historiens, André Ottomar Gælicke, à Magdebourg (*Hist. anatomiæ*, 1713, n° 57); à Leyde, Boerhaave et Albinus, dans la préface qui contient la vie de Vésale (*Opera omnia Vesalii*, 1725), et à Genève J. J. Manget (*Biblioth. script med.*, 1731), adoptent unanimement *Johannes Guintherius* en revenant au *th*.

Après ceux-là, le *Dictionnaire universel de médecine* de James, traduit de l'anglais par Diderot, Eidans et Toussaint, revu par Julien Busson (1746, fol. VI, v.; la première édition est de 1743), retourne à l'orthographe primitive de *Guinterius* (t. I, p. 1240, art. ANATOMIE. A la même époque, à Cologne, le Père Hartzeim (*Bibliotheca coloniensis*, 1747, in-fol.) dit aussi *Guinterius* (p. 178). Cependant l'auteur de la traduction du *Dictionnaire universel* de James l'a nommé, page CXVJ, *Guntherus d'Andernac*. C'est alors le moment de la plus grande confusion. On peut en juger dans l'ouvrage

iliaque et nous serions tenté de conclure, avec M. Verneuil, « anus pour anus, nous préférons celui de Littre ».

IV

Il nous sera facile de résumer brièvement les développements qui précèdent :

1° Lorsque le cancer ano-rectal est bien limité, mobile, non adhérent, c'est à l'ablation qu'il faut avoir recours ;

2° Lorsque les limites supérieures du cancer ne dépassent pas la base du coccyx, mais que le néoplasme est adhérent, c'est la rectotomie de Verneuil qui doit être préférée.

3° Lorsque le cancer envahit un long segment du rectum et qu'il a gagné les organes voisins, il faut établir un anus artificiel.

4° La côlotomie lombaire a pour elle la consécration d'une longue expérience, mais peut-être l'anus de Littre serait-il préférable et les quelques essais faits à une époque où nous étions moins bien armés que maintenant, ne sont pas pour décourager.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie physiologique.

Des scléroses bilatérales de la moelle épinière consécutives a des lésions unilatérales du cerveau, par M. A. Pitres.

Ludwig Türck a établi d'une façon très précise la topographie des dégénérations secondaires de la moelle épinière (*Ueber secundäre Erkrankung einzelner Rückenmarksstränge und ihrer Fortsetzungen zum Gehirne*, in *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Vienne*, 1851). Les conclusions de son travail sur ce sujet sont devenues classiques, et tous les auteurs admettent aujourd'hui que les dégénérations descendantes consécutives aux lésions en foyer d'un hémisphère cérébral occupent, dans la moelle, la partie postérieure du cordon latéral du côté opposé à la lésion du cerveau (*faisceau pyramidal croisé*), et quelquefois, à la région cervicale seulement, la partie la plus interne du cordon antérieur, du côté correspondant à la lésion cérébrale (*faisceau pyramidal direct*).

Il est certain que la loi formulée par Türck représente exactement la topographie des altérations descendantes dans la majorité des cas ; mais je crois pouvoir affirmer qu'elle n'a pas la généralité, la constance absolues qui lui sont attribuées par les auteurs modernes.

Dans le courant des trois années qui viennent de s'écouler (1878-1881), j'ai pu recueillir, grâce à l'obligeance de quelques-uns de mes collègues des hôpitaux de Bordeaux, une vingtaine de moelles ayant appartenu à des malades atteints d'hémiplégie ancienne. Or, sur ces moelles durcies dans des solutions étendues de bichromate d'ammoniaque (2 pour 100), et préparées pour l'examen microscopique d'après les procédés ordinaires, j'ai vu plusieurs fois la dégénération siégeant sur d'autres régions que celles indiquées dans la loi de Türck. Je l'ai vue, en particulier, quatre fois occupant symétriquement les deux cordons latéraux, bien que la lésion initiale siégeât dans un seul hémisphère cérébral.

Voici le résumé de ces quatre observations. Les préparations microscopiques qui s'y rapportent ont été placées sous les yeux des membres de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux avant d'être présentées à la Société de biologie dans la séance du 25 juin dernier.

Obs. I.— Sarah M..., âgée de soixante-douze ans, admise depuis plusieurs années à l'hospice des vieillards (service de M. le docteur Vergely) pour une hémiplégie gauche totale et complète. Contracture très forte du membre supérieur gauche. Le membre supérieur droit n'est pas contracturé; la malade peut le mouvoir avec lenteur, mais avec précision, dans tous les sens. Les deux membres inférieurs sont raides, avec une légère flexion des jambes sur les cuisses; cependant quelques mouvements volontaires de ces membres, particulièrement de celui du côté droit, sont encore possibles. La malade ne se lève pas; elle est gâteuse et démente. Mort de pneumonie, le 24 mars 1879.

Autopsie. — Artères de la base et des méninges très fortement athéromateuses; pie-mère saine, sans adhérences.

Hémisphère droit : écorce saine. Dans la partie la plus antérieure de la tête du corps strié existe un petit foyer de ramollissement du volume d'un haricot. Au niveau de la coupe frontale, on trouve un vieux foyer ocreux allongé dans le sens vertical, mesurant 3 centimètres en hauteur sur 1 centimètre en largeur, étendu du noyau lenticulaire à la surface ventriculaire du noyau caudé en coupant la capsule interne. Les autres coupes ne présentent rien d'anormal. L'*hémisphère gauche* est tout à fait sain.

Protubérance : légère diminution de volume du côté droit. *Bulbe :* pyramide antérieure droite un peu plus grêle que la gauche, sans teinte grise appréciable. La *moelle*, non examinée à l'état frais, a été plongée aussitôt après l'autopsie dans une solution à 2 pour 100 de bichromate d'ammoniaque. Après huit mois de macération dans ce liquide, la moelle et le bulbe ont acquis une consistance suffisante pour qu'on puisse y pratiquer des coupes minces, qui sont colorées au carmin et montées en préparations persistantes dans le baume de Canada, après avoir été déshydratées par l'alcool absolu et éclaircies par l'essence de girofle. L'examen microscopique de ces coupes donne les résultats suivants : dans toute la hauteur du bulbe, la pyramide antérieure droite est le siége d'une sclérose très manifeste; son tissu est plus dense et

---

de Haller (*Methodus studii medici...* (Amsterdam, 1751). L'illustre bibliographe, après avoir donné à *Johannes Guinter Andernacensis* son vrai nom, page 499, l'appelle, dans le même paragraphe, *Guntcrus*, puis *Gunther*, vulgo *Guinterus*, page 849, et ailleurs constamment *Guintcrus* (p. 367 et 588).

De plus, Antoine Teissier avait publié à Leyde, en 1715, les *Éloges des hommes savants*, tirés de l'Histoire de M. de Thou. Pour lui, *Guinterius* devient en français *Guinthier*. Le Père Niceron (*Mémoires pour servir à l'histoire de la république des lettres*. Paris, 1730, t. XII, p. 42) n'a pas fait la faute de mettre un *th;* mais en tirant *Guintier* du latin *Guinterius* il est encore un peu à côté de la vérité. S'il avait connu le petit traité de la peste, traduit en français par maistre Jehan Guinter d'Andernach lui-même (*Instruction très utile.....* Argentine. Au Pélican, l'an 1547), il n'aurait pas eu la peine de chercher à faire un autre nom.

Enfin Eloy (*Dict. hist. de la méd.*, 1re édition. Liège, 1755), comme Moréri, d'après lui, a eu le tort de changer le *t* en *th* et d'écrire *Jean Guinther*.

Ainsi, à l'époque où Astruc travaillait aux *Mémoires pour servir à l'histoire de la Faculté de médecine de Montpellier*, qui furent publiés par Lorry (Paris, 1767), la plus grande confusion régnait sur le nom que les auteurs donnaient à Jean Guinter d'Andernach. Sous l'influence du célèbre Astruc, les études historiques eurent une certaine vogue. On parlait beaucoup de son livre tant de fois promis (Eloy, *Dict. hist.*, 1755, t. I, p. 114), et qui devait voir le jour seulement deux ans après sa mort.

Or, en 1763, « un anonyme (peut-être Astruc lui-même) » ayant fait tenir à la Faculté de médecine une somme de trois » cents livres pour donner un prix à qui ferait le meilleur » éloge d'un médecin célèbre désigné un an d'avance, » J. B. Louis Chomel, ancien doyen, proclamé dans l'assem- » blée générale, le 28 octobre 1764, jour de Saint-Luc, sur le » rapport de MM. Astruc, Casamajor, Gevigland, Moreau,

plus vivement coloré en rouge que celui de la pyramide du côté opposé; il est traversé par des vaisseaux nombreux à parois épaissies. Dans la région sclérosée, on distingue çà et là la section transversale de quelques rares tubes nerveux à myéline qui ont conservé leur aspect normal. Le noyau pyramidal antérieur est conservé; il est seulement plus petit que celui du côté gauche; ses cellules sont normales. Les olives sont symétriques; elles paraissent absolument saines, ainsi que les autres parties du bulbe.

Dans la moelle, on trouve une sclérose systématique occupant symétriquement les deux cordons latéraux. Sur les coupes, les îlots sclérosés siègent dans la moitié postérieure du cordon latéral; leur bord externe est séparé de la périphérie de la moelle par une zone de substance blanche saine; leur bord interne atteint la corne postérieure. A leur niveau, et cela, aussi bien à droite qu'à gauche, le tissu de nouvelle formation n'a pas détruit tous les tubes nerveux; il est traversé par un bon nombre de tubes normaux, dont on distingue nettement, sur les coupes transversales, les cylindres axiles et les gaines de myéline. Les cordons de Türck sont sclérosés, mais d'une façon inégale : à droite, l'épaississement conjonctif est très manifeste; à gauche, il est à peine sensible.

OBS. II. — Veuve Cap..., âgée de soixante-dix ans, admise à l'hospice des Incurables (service de M. le docteur Solles). Hémiplégie gauche totale et complète depuis six ans. Contracture secondaire très prononcée, surtout au membre supérieur gauche. Marche impossible. Intelligence affaiblie; pleurs et rires sans motifs.

Autopsie. — Dans l'*hémisphère droit*, au niveau de la coupe pédiculo-frontale, immédiatement au-dessus du point où la capsule interne se dégage des noyaux striés pour s'épanouir dans le centre ovale, on trouve un foyer ochreux de forme ovalaire, à parois celluleuses, mesurant 1 centimètre et demi dans son plus grand diamètre, et coupant à leur origine toutes les fibres des trois faisceaux pédiculo-frontaux. Le reste de l'hémisphère droit est normal. Dans l'hémisphère gauche, les régions motrices ne présentent aucune altération appréciable. Au niveau de la coupe frontale, on découvre dans les faisceaux sphénoïdaux un petit foyer ancien de coloration jaunâtre, tapissé d'une membrane, et ayant à peu près le volume d'un pois (1).

La région supérieure de la moelle a seule été conservée. Examinée après durcissement sur des coupes préparées par les mêmes procédés que la précédente, elle présente les particularités suivantes : les deux cordons latéraux droit et gauche sont le siège d'une sclérose symétrique également étendue à droite et à gauche, et caractérisée sur les coupes par une double tache rouge occupant la moitié postérieure de chacun des deux cordons latéraux. Au niveau de cette tache, tous les tubes nerveux ne sont pas détruits, car au milieu du tissu sclérosé on en distingue un bon nombre qui ont conservé leur cylindre axe et leur gaine de myéline.

Les deux cordons de Türck sont un peu plus rouges que les parties voisines; ils sont traversés par de petites bandes conjonctives un peu plus épaisses qu'à l'état normal.

(1) Il est à peine besoin de rappeler que les lésions destructives du cerveau ne produisent des dégénérations secondaires que lorsqu'elles siègent dans les régions motrices. Les lésions du lobe sphénoïdal, même lorsqu'elles sont très étendues, ne donnent lieu à aucune altération consécutive de la moelle.

OBS. III. — R... (Marie), admise à l'hospice des vieillards (service de M. le docteur Vergely). Dans le courant du mois de septembre 1879, R... a eu une attaque d'apoplexie, avec paralysie totale et complète du côté gauche. Les muscles paralysés, flaccides au début, sont plus tard devenus le siège de rigidité permanente. La malade n'a jamais pu se lever seule. Etendue dans son lit, elle pouvait se servir de sa main droite pour manger. Sensibilité émoussée partout. Bredouillement sans aphasie véritable. Démence. Mort le 15 février 1880.

Autopsie. — *Hémisphère gauche* : sain. *Hémisphère droit* : foyer ochreux à parois celluleuses, du volume d'une noix, allant du noyau lenticulaire au noyau caudé en coupant la capsule interne dans toute son épaisseur.

Après durcissement dans le bichromate d'ammoniaque à 2 pour 100, la moelle présente à l'œil nu, sur les coupes, deux taches grisâtres exactement symétriques, siégeant à la partie postérieure des cordons latéraux, et tranchant nettement par leur coloration sur la teinte plus foncée et un peu verdâtre du reste de la surface de section.

Des coupes minces, colorées et préparées par les mêmes procédés que dans les observations précédentes, permettent de reconnaître les altérations qui suivent :

Dans la région cervicale, on trouve au niveau de chaque cordon latéral une tache de sclérose présentant des deux côtés la même intensité et les mêmes dispositions topographiques. Comme dans les observations précédentes, chacune des deux taches occupe la moitié postérieure du cordon latéral correspondant, et son bord externe n'atteint pas la limite extérieure de la moelle, dont il est séparé par une bande de substance blanche non sclérosée. Enfin, au centre même de l'îlot sclérosé, on distingue nettement un bon nombre de tubes nerveux ayant conservé toutes les apparences de l'état normal. Les cordons de Türck sont sains.

Dans les régions dorsale et lombaire, la sclérose bilatérale s'atténue à mesure qu'on se rapproche de l'extrémité inférieure de la moelle, mais elle est partout symétrique et égale des deux côtés.

OBS. IV. — Femme Lan..., décédée le 10 juillet 1880, à l'âge de cinquante-six ans, à l'hospice des Incurables (service de M. le docteur Solles). Hémiplégie droite depuis 1875. Contracture secondaire à peu près nulle dans le membre inférieur, légère au coude, très prononcée aux doigts, qui sont fortement fléchis dans la paume de la main. La malade est restée jusqu'en 1879 sans pouvoir marcher; depuis cette époque, elle marche un peu en s'aidant d'une béquille. Sensibilité conservée.

Autopsie. — Hémisphère droit sain. Au centre de l'hémisphère gauche, sur la coupe pariétale, on trouve un foyer ochreux à parois celluleuses siégeant dans le noyau lenticulaire et la région contiguë de la capsule interne.

La moelle, durcie et préparée pour l'examen microscopique par les procédés précédemment indiqués, est le siège d'une sclérose bilatérale, mais d'intensité inégale à droite et à gauche. A droite, on remarque un îlot triangulaire de tissu scléreux très dense, occupant la moitié postérieure du cordon latéral, fortement coloré en rouge, et ne contenant qu'un très petit nombre de tubes nerveux sains. A gauche, dans la région symétrique, le tissu conjonctif es

---

» Solier et Roux, fut admis à lire son Eloge de Louis Duret, » docteur régent, professeur au Collège royal, médecin ordi- » naire de Charles IX et de Henri III ». (A Paris, chez Lottin l'aisné, 1765.) Il est dit dans la préface, page XIII : « On » peut donc espérer de voir le prix fondé de manière ou » d'autre. On fera des éloges, et les médecins de la Faculté » seront admis au concours. Chaque siècle fournira au moins » deux ou trois médecins. On propose pour l'année prochaine » l'Eloge de *Gonthier* d'Andernac. Il paraît donc qu'on s'oc- » cupe actuellement du siècle de François Ier; ce siècle est » celui du renouvellement des lettres en France. » Ainsi voilà qui est fait : Guinter est dépouillé de son nom, sans motif, négligemment, par la Faculté elle-même, à l'instigation, sans doute, du célèbre Astruc; car, dans les *Mémoires pour servir à l'histoire de la Faculté de Montpellier* (p. 236), il est appelé Jean Gunthier d'Andernac.

Prosper Hérissant ne pouvait évidemment pas se permettre de discuter la nouvelle appellation de Jean Gonthier d'Andernach, qui lui était imposée; mais il aurait dû s'en tenir là et ne pas divulguer la note manuscrite de M. Schœpflin, alors professeur d'histoire et de belles-lettres à l'Université de Strasbourg. Cette note inqualifiable, placée en marge d'un précieux exemplaire du poème de Georges Calaminus, contient autant d'erreurs que de mots. Elle est reproduite à la première page de l'*Eloge historique*, etc., par Prosper Hérissant (Paris, 1765).

La voici : « Le nom de Gonthier était *Winther*, ce qui si- » gnifie en allemand *hiver*. Il a changé le *W* en *Gu*, comme » on écrit *Guillelmus* pour *Wilhelmus*. La plupart des au- » teurs le citent sous le nom de *Guintier*. A son nom propre » il joignait toujours la dénomination de sa patrie, qu'il asso- » ciait ainsi à sa gloire. On voit à la tête de la plupart de ses » ouvrages *Joan. Guinterius Andernacus*, quelquefois An- » dernacus tout seul, ou *Janus Antoniacus* ou *Antoniace-* » *nus*, c'est la même chose. Andernach portait dans l'ancienne » Gaule, et sous nos premiers rois, le nom d'*Antoniacum*. »

un peu épaissi; mais l'altération est moins profonde que du côté opposé, car les tubes nerveux sont en grande partie conservés intacts.

Il me paraît ressortir des observations dont je viens de résumer les détails qu'une lésion unilatérale du cerveau peut donner lieu à une dégénération bilatérale de la moelle épinière. J'ajouterai que cette bilatéralité de la dégénération secondaire dans la moelle n'est sans doute pas très rare, puisque, dans un espace de temps relativement restreint, j'en ai observé quatre exemples.

Selon toute vraisemblance, la distribution de la dégénération est subordonnée à la distribution anatomique du faisceau pyramidal. Or on sait, depuis les recherches de M. Flechsig, que l'entrecroisement du faisceau pyramidal est soumis à de nombreuses variétés individuelles; que chez certains sujets l'entrecroisement est complet, tandis que chez d'autres la moitié seulement ou le tiers des fibres provenant d'un côté du cerveau passent du côté opposé de la moelle. Il est dès lors très probable que ses dégénérations secondaires présentent, dans leur topographie, des variations correspondantes. Chez les sujets chez lesquels l'entrecroisement est complet, la dégénération secondaire sera exactement limitée à un côté de la moelle; chez les autres, au contraire, elle sera bilatérale.

La bilatéralité de la sclérose secondaire de la moelle peut rendre compte de certains phénomènes cliniques. L'extension d'un côté à l'autre de la trépidation épileptoïde provoquée, observée par M. Déjerine (*Sur l'existence d'un tremblement réflexe dans le membre non paralysé chez certains hémiplégiques*, in *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 20 mai 1878), la contracture bilatérale des membres inférieurs décrite par M. Brissaud (*Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur la contracture permanente des hémiplégiques*, th. doct. Paris, 1880), ont été théoriquement attribuées par ces auteurs à une propagation de la sclérose secondaire aux deux côtés de la moelle épinière, et leur hypothèse est assurément très légitime.

La bilatéralité de la dégénération dans la moelle peut peut-être faire comprendre d'autres phénomènes cliniques. On sait, par exemple, que la plupart des hémiplégiques peuvent, après avoir traversé la période apoplectique du début, marcher assez facilement malgré la paralysie ou la rigidité des membres d'un côté. Quelques-uns sont, au contraire, indéfiniment condamnés au repos au lit; il leur est impossible de se lever et de marcher seuls; ils sont, pour ainsi dire, à la fois hémiplégiques et paraplégiques. Il serait très possible que cette forme plus grave de l'hémiplégie fût en rapport avec les dégénérations bilatérales de la moelle. On remarquera, en effet, que dans nos trois premières observations, dans lesquelles la lésion était symétrique et égale des deux côtés, les malades ne pouvaient ni se lever seuls, ni marcher, et que dans la quatrième, dans laquelle les lésions étaient inégalement distribuées à droite et à gauche, la malade n'a pu, qu'après quatre années, faire quelques pas en s'appuyant sur une béquille.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

De la vaccination et surtout de la revaccination obligatoires (1).

La question est de nouveau posée : la revaccination est-elle d'une utilité incontestable? Sera-t-elle, au moins dans les cas pratiques, décrétée obligatoire? Ceux qui, comme nous, pensent que la revaccination est un complément indispensable de la vaccine, ont pu d'abord éprouver un sentiment de satisfaction lorsqu'ils ont vu, au début de la session législative de 1880, M. le docteur Liouville, député de la Meuse, prendre l'heureuse initiative d'un projet de loi qui, ayant le mérite d'être exprimé en quelques articles très précis, pouvait nous donner, non seulement la vaccination obligatoire suivie, pour les réfractaires à la loi, d'une pénalité suffisante, mais encore la revaccination obligatoire et décennale. Théoriquement, on ne pouvait rien présenter de plus complet que ce projet de loi; mais, au point de vue pratique, il fallait compter avec les difficultés de la mise à exécution. Est-ce à dire, pour cela, qu'on doive se contenter du règlement actuel? Nous ne le pensons pas. Invitée à se prononcer sur cette question importante, l'Académie de médecine s'est hautement déclarée, comme nous le verrons plus loin, pour la vaccine obligatoire et pour le principe de la revaccination, encouragée et même imposée partout où cela est possible. Mais voici que M. Liouville, pénétré des difficultés que l'adoption de son projet primitif doit rencontrer devant les pouvoirs législatifs, et désireux d'aboutir enfin à quelque chose de pratique, est venu présenter, entre la première et la deuxième délibération, un amendement important, qui n'est, comme le fait remarquer son auteur lui-même, qu'un simple contre-projet. Au chapitre II, *Revaccination*, nous lisons, en effet, l'article suivant :

« ART. 7. — La revaccination sera encouragée par des primes données annuellement par les conseils d'hygiène.

» En cas d'épidémie constatée, comme il est dit à l'article 1er, la revaccination pourra être décrétée obligatoire dans une localité déterminée, par un arrêté préfectoral, pour tous les enfants des deux sexes âgés de plus de dix ans, fréquentant les écoles publiques ou libres. Les parents de ces enfants, les directeurs de ces écoles seront, sous les peines ci-dessus déterminées, responsables de chaque infraction à cette obligation. »

Qu'on nous permette de dire toute notre pensée, ce nouveau projet ne nous donne plus assez; il restreint par trop les limites de la revaccination, et ne tient pas assez compte de l'urgente nécessité qu'il y a à propager cette grande mesure d'utilité publique; enfin, il est peu conforme à l'opinion exprimée par l'Académie.

(1) En publiant cet article, j'ai voulu répondre à l'appel d'un confrère éminent, un des promoteurs les plus ardents de la revaccination obligatoire. A.

La confusion n'était pas assez grande! il n'y avait pas assez de *Gonthier*. Voilà maintenant un nouveau nom, *Winther* (qui aujourd'hui ne prend plus d'*h*). Certes, il n'a pas été difficile à M. Schœpflin de s'imaginer que *Guinter* venait de *Winter*. Mais de *Winter* arriver à *Gonthier*, c'est autre chose. *Gonthier* en allemand se dit *Günther*, en latin *Guntherus*, ce qui est vraiment trop loin de *Guinterius*. *Winter* et *Gunther* sont deux mots qui ont leur signification propre. Il faut choisir. Ce ne peut être l'un et l'autre. Si c'est *Guinter*, ce n'est pas en même temps *Gonthier*. En second lieu, Teissier et le Père Niceron sont les seuls auteurs qui l'aient appelé *Guinthier* ou *Guintier*. Eloy (*Dict. hist.*, 1755) l'avait nommé *Guinther*. Quant à joindre toujours à son nom propre le nom de la patrie, il ne faisait en cela que suivre la coutume de son temps. De même qu'en tête des ouvrages de Galien, on voit *Claudius Galenus Pergamenus*, et de ceux de Vésale, *Andreas Vesalius Bruxellensis*, etc., on a mis sur ceux de notre auteur *Joannes Guinterius Andernacus*, mais jamais *Andernacus* tout seul; cette abréviation n'a été employée dans la suite que par quelques historiens. Seulement, pour le traité en latin *de la Peste*, Guinter a remplacé *Andernacus* par *Antoniacenus*. Une autre fois, il a pris le pseudonyme de *Janus Antoniacus*, dans le temps où il s'est abstenu même de signer l'une de ses traductions, *De diebus decretoriis libri tres*... Paris, 1529. Haller (*Bibl. med.*, p. 232), d'après Conrad Gesner (*Bibl...*, 1574, p. 327) et J. G. Schenk (*Bibl. iatrica...*, 1609, p. 266), a écrit *Antoniacus*. Mais, dans l'original (*Cl. Galeni Perg. de constitutione artis medicæ liber*), il a quatre fois répété *Antoniacus*. Faut-il ajouter que dans l'ouvrage de Gesner il s'était glissé une faute d'impression, un *t* à la place du *c*, et que Schenck a copié *Antoniatus*. Enfin Andernach ne portait pas le nom d'*Antoniacum*, mais bien *Antenacum* (Ammien), *Antonacum* ou plutôt *Antunnacum*.

Et c'est ainsi qu'on fait de l'histoire à la légère! Par les erreurs accumulées sur le nom seul de Guinter on peut juger

Que sont, en effet, au point de vue numérique, les enfants âgés de plus de dix ans fréquentant les écoles en comparaison de tous les autres enfants de tout âge placés en dehors des écoles? Bien plus, quel nombre forment-ils si on les compare à la masse totale de la population pour laquelle ce nouveau projet n'imposera rien? Et cependant, quels sont les individus qui sont les plus exposés à contracter la variole? Sont-ce les enfants qui fréquentent les écoles, et qui sont encore, en grande partie, sous l'influence de leur vaccine antérieure, ou bien, au contraire, les individus qui, beaucoup plus âgés, ne jouissent plus de la même garantie? Ne suffit-il pas de poser la question? De plus, est-ce que les maisons d'école seront toujours placées dans le voisinage des foyers infectieux, et la distance qui en sépare les élèves ne sera-t-elle pas pour eux une nouvelle garantie? Cependant ce sont ces enfants qui seront obligés de subir la revaccination, tandis que les personnes dont les habitations enveloppent les centres épidémiques ne le seront pas? Est-il possible, nous le demandons, qu'un projet de loi soit élaboré sans s'occuper, d'une façon très active, de ceux qui forment l'immense majorité de la nation, de ceux qui ont le plus besoin de la revaccination?

Cette question de la revaccination obligatoire, sur laquelle nous insistons avec tant de vivacité, est-il besoin d'en démontrer l'absolue nécessité? Les preuves abondent. Voici quelques faits tirés de notre observation personnelle :

En 1871, la variole ayant fait invasion dans quatre communes du canton de Baccarat, et la revaccination n'ayant été pratiquée nulle part, nous avons voulu savoir combien de sujets, sur les 250 varioleux observés, présentaient des traces antérieures de vaccine :

10 n'avaient pas été vaccinés; 70 avaient été vaccinés lors de leur première ou deuxième année, mais les traces du vaccin avaient disparu; 120 portaient des cicatrices, mais celles-ci étaient peu visibles; 50 avaient encore des marques évidentes de la vaccine.

Il résulte de là : 1° que, sur 250 sujets atteints de variole, 10 seulement n'avaient pas été vaccinés, tandis que 240 l'avaient été pendant leur première ou deuxième année; 2° que le nombre des varioleux a été d'autant plus grand que les cicatrices étaient peu visibles; 3° que, par conséquent, pour ces 250 sujets atteints, le nombre des non vaccinés a été à celui des vaccinés dans la proportion de 1 à 24.

Nous concluons donc qu'il faut surtout, si l'on veut faire œuvre utile, s'occuper de ces derniers et revacciner le plus largement possible.

Au contraire, qu'arrive-t-il lorsque, une épidémie étant constatée, on s'applique à revacciner aussi largement que possible? En 1879, une épidémie s'étant montrée dans trois des localités de notre circonscription, nous avons procédé à la revaccination immédiate de tous les individus habitant dans le voisinage des foyers varioleux, et nous avons été assez heureux, chaque fois, pour arrêter les progrès de l'invasion épidémique.

La plupart de nos confrères ont pu, sans doute, observer des faits analogues; la nécessité de la revaccination n'en est que plus évidente. Il faut donc, si l'on veut faire quelque chose de vraiment bon, s'occuper principalement de la revaccination (1) des sujets qui, ne jouissant plus de l'immunité que leur première vaccine leur a conférée, sont les plus exposés à contracter la maladie.

(1) Par l'effet du règlement actuel sur la vaccine, bien que celle-ci ne soit pas obligatoire, tous les enfants, à de très rares exceptions près (environ de 1 à 4 sur 100), jouissent des bienfaits de la vaccination. En rendant celle-ci obligatoire, on ajoute donc peu à l'état présent.

Veut-on savoir, du reste, quelle est l'opinion de l'Académie sur ce point? Voyons ce qu'elle a décidé après la récente et mémorable discussion que l'on sait.

« Art. 1er (voté par 46 voix contre 19 et 2 bulletins blancs sur 67 votants). — Il est urgent et d'un grand intérêt public qu'une loi rende la vaccine obligatoire.

» Art. 2 (voté à une très forte majorité, sans scrutin). — La revaccination doit être encouragée de toutes les manières et même imposée par des règlements d'administration dans toutes les circonstances où cela est possible... »

Il s'ensuit que tout projet qui veut s'inspirer des opinions émises par l'Académie de médecine, si compétente en pareille matière, doit : 1° rendre obligatoire la vaccination; 2° encourager la revaccination de toutes les manières; 3° l'imposer même dans toutes les conditions où cela est possible.

Quelles sont donc les conditions dans lesquelles la revaccination peut et doit être faite? Toute la question est là.

a. *La période décennale.* — Notre éminent confrère, M. le docteur Liouville, frappé de ce grand fait d'épidémiologie que la vaccine ne donnait pas une garantie absolue au delà de dix ans, avait d'abord réclamé la revaccination obligatoire et décennale. En principe, rien de mieux; mais quand il a fallu songer à la mise en pratique, que de difficultés on a rencontrées? Comment, par exemple, imposer la revaccination décennale dans les petites localités, qui, souvent même tous les cinquante ans, ne sont pas visitées une seule fois par la variole?

b. *La fréquentation des écoles.* — Nous en avons assez dit sur cette question pour montrer qu'en se contentant de la revaccination obligatoire, en temps d'épidémie, des enfants fréquentant les écoles, on ne fait rien pour l'immense majorité des individus, qui sont bien plus exposés que les enfants à contracter la variole.

Y a-t-il cependant d'autres éléments pouvant servir de point de départ à tout projet de revaccination? Oui, certainement. Voici quelques données à ce sujet :

c. *Le nombre des sujets atteints.* — On comprend, en effet, qu'il serait souvent inutile de procéder à la revaccination lorsqu'il n'y a qu'un cas isolé de variole. Dans la pratique, il vaut donc mieux se baser, avant de commencer cette opération, sur le caractère épidémique pris par la maladie.

d. *Le chiffre de la population.* — Dans les petites localités, n'ayant que quelques centaines d'habitants, qui peut s'opposer à la revaccination obligatoire? Au contraire, dans les grands centres, quelles difficultés rencontrera-t-on à imposer cette mesure dans le quartier, ou au moins dans les maisons qui avoisinent le foyer infectieux?

e. *Les relations.* — Les parents, amis, serviteurs, etc., habitant un quartier éloigné du siège de l'épidémie, mais ayant des relations fréquentes avec les sujets contaminés, ne doivent-ils pas être soumis à la revaccination? Nous savons que ce caractère est moins saisissable que les précédents; mais, dans la pratique, il peut, du moins dans certaines mesures, recevoir facilement son exécution.

Voici donc comment, en tenant compte des éléments précédents de classification, on pourrait peut-être formuler un projet utile et pratique.

---

du reste. Il faut bien trop de temps pour remonter aux sources. N'est-il pas infiniment plus commode de se servir des écrits des autres sans se préoccuper en aucune façon de ce qu'ils peuvent contenir de vrai ou de faux et même d'inacceptable! *Guinter* devenu *Gonthier* et Gonthier transformé en *Winter* n'est pas possible. Vous croyez qu'on va s'arrêter devant cette impossibilité? Pas du tout! Eloy, un historien sérieux cependant, dans la deuxième édition de son *Dict. hist. de la médecine anc. et mod.*, in-4°, 4 volumes, 1778, après le nom de Jean Guinther, ajoute : « que d'autres appellent *Gonthier.* Son nom véritable était *Winter.* Il » changea le *W* en *Gu* et se donna celui de *Guinther.* » Malgré cela, dans le cours de son article, Eloy le désigne constamment sous le nom de *Gonthier*, d'après l'Eloge de Prosper Hérissant.

Déjà, en 1774, Haller lui-même (*Bibl. anatom.*, I, 174), subissant l'influence du livre nouveau, avait abandonné le nom de *Guinter* du *Meth. studii medici* pour celui de Guntherus (l'appellation latine de *Gonthier*). Je pense, dit-il dans une note, qu'on doit plutôt le nommer ainsi, parce que son compatriote Hubert Damien l'appelle Γουνθερίον; mais, ajoute-t-il, le mot grec devrait être écrit autrement, si *Winter* était le vrai nom. Il lui était facile de s'assurer de la vérité, puisque partout il y a Joannes Guinterius Andernacus. Après le titre *Guntherus*, il commence sa notice par *J. Günther*, vulgo *Guinter*, *Andernacensis*, pour dire ensuite constamment *Guinterus*. La confusion devient encore plus grande dans la *Bibl. med. pract.* du même Haller (1776, I, 517). Au-dessous du titre, qui cette fois est *J. Guinther*, on lit : *J. Guintherus* (*Winter*) *Andernacensis*. Ailleurs, à la page 208, le nom de J. Guinter est mis correctement comme par hasard. On retrouve, en effet, page 231, *Gunther;* page 232, *Guinther;* et page 233, *Guintherius.* Il est remarquable qu'Haller, écrivant en latin, n'ait pas une seule fois donné l'orthographe réelle de *Guinterius*, qu'il aurait pu voir en tête de ses nombreux ouvrages.

Art. 1er. — Lorsque la variole commencera à prendre un caractère épidémique, la revaccination deviendra obligatoire :

a. Dans les communes où la population ne dépassera pas quelques centaines d'habitants;

b. Dans le quartier qui avoisine le foyer contagieux, lorsqu'il s'agit de localités plus étendues;

c. Dans les maisons où siège l'épidémie, ainsi que dans les habitations qui en sont les plus rapprochées, lorsqu'il s'agit de grands centres d'habitations, tels que les chefs-lieux de département

Nota. — Seront considérées comme appartenant à la maison incriminée, et par conséquent seront également soumises à la revaccination obligatoire, les personnes qui auront des relations fréquentes avec les sujets atteints de variole.

Art. 2. — Un arrêté préfectoral déterminera, d'après l'avis du médecin vaccinateur, et après avoir consulté les conseils d'hygiène départementaux, le périmètre dans lequel la revaccination deviendra obligatoire.

Tout le reste comme dans le projet Liouville.

Dr Alison.

Baccarat, 21 juin 1881.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Nouvelle méthode d'excitation électrique des nerfs et des muscles. Note de M. *A. d'Arsonval.*

Tout serait pour le mieux si l'on pouvait donner au courant inducteur une valeur mathématiquement définie, toujours facile à reproduire. D'autre part, il faut réduire l'excitation électrique à une excitation *purement mécanique;* et, pour cela, supprimer, dans le courant induit, toute action chimique qui modifierait la constitution du nerf, et, par suite, son excitabilité. Il faut également que le courant induit ait *un sens neutre*, qu'on me passe cette expression qui rend bien ma pensée, de façon qu'il n'y ait ni pôle positif ni pôle négatif. Toutes ces conditions sont réalisées dans l'appareil suivant, qui se compose : 1° d'une pile; 2° d'un condensateur; 3° d'un appareil d'induction à chariot; 4° d'une clef de Morse oscillante servant d'interrupteur. — *a*. La pile est composée de 20 couples au bioxyde de manganèse et chlorure de zinc, modèle médical de Gaiffe; sa tension polaire peut varier de 1volt,5 à 30 volts; elle sert à charger le condensateur. — *b*. Le condensateur se compose d'un *microfarad* divisé en dixièmes; il est placé dans le socle de l'appareil d'induction. — c. La bobine d'induction est du modèle du Boys-Reymond, à glissière; elle est seulement mieux isolée. — *d*. La clef de Morse oscillante met en rapport le condensateur, tantôt avec la pile, tantôt avec le fil inducteur de la bobine fixe. Elle est analogue à celle que j'ai employée pour constater, à l'aide du téléphone, la présence d'un courant continu dans les nerfs et les muscles.

J'emploie comme courant inducteur la décharge d'un condensateur de capacité connue, chargé à un potentiel connu. La quantité d'électricité mise en jeu est donc ainsi mathématiquement dosée. Ce courant inducteur instantané, pouvant être assimilé à un courant qui commence et à un courant qui finit, donne naissance, dans le second fil, à deux courants instantanés, *de quantité égale, mais de sens inverse, qui, par conséquent, s'annulent au point de vue chimique et au point de vue de la direction.*

Etiologie et pathogénie de la variole du pigeon, et sur le développement des microbes infectieux dans la lymphe. Note de M. *Jolyet*. — Si l'on examine chaque jour, à partir de l'inoculation, le sang des pigeons au microscope, voici ce qu'on observe : le premier et le deuxième jour, souvent le troisième jour, le sang ne présente rien d'anomal en apparence; toutefois, vers la fin du troisième jour, un examen attentif dénote déjà la présence des microbes dans le sang; les jours suivants, le développement parasitaire augmente d'une façon excessive, et, lorsque le pigeon présente les symptômes manifestes de la maladie, la préparation microscopique de sang offre des myriades de microbes en mouvement. C'est la période d'*incubation*. L'invasion se prononce lorsque le microbe s'est multiplié et généralisé dans une certaine mesure. C'est à ce moment, ou à l'instant qui suit de près l'éruption que l'on constate, à l'examen microscopique, le summum du développement des microbes. La troisième période, ou l'éruption, coïncide avec leur décroissance graduelle. La pustulation cutanée n'est qu'un des modes d'élimination du virus, qui peut manquer et être remplacé par une autre voie d'élimination. Sur un certain nombre de pigeons, en effet, on constate que cette éruption cutanée fait complètement défaut, alors que tous les autres phénomènes morbides s'accomplissent comme à l'ordinaire, et que souvent la mort de l'animal en est la conséquence. Or l'autopsie révèle alors une véritable pustulation intestinale.

Les microbes varioliques, soit des pustules, soit du sang, cultivés dans du bouillon de pigeon, ont fourni des liquides successifs de culture qui, inoculés, ont reproduit l'affection qui nous occupe.

De diverses expériences faites sur l'homme et le porc, l'auteur conclut que, sur l'animal vivant, le milieu dans lequel se multiplient ces organismes infectieux et au moyen duquel se généralise l'affection n'est pas le sang, mais le liquide lymphatique.

Sur la formation du kyste dans la trichinose musculaire. M. *Milne Edwards* présente cette note au nom de M. *J. Chatin*.

Ceux qui se sont bornés à en donner les titres n'ont pas manqué d'écrire exactement son nom. Le *Catalogue* de Falconet a poussé même l'exactitude jusqu'à conserver *Guintherius* pour le *De balneis et aquis medicatis*. Autrement c'est toujours *Guinterius* (p. 230, 232, 233). Dans *Quæstionum medicarum series chronologica* (Paris, 1752, troisième partie), on trouve mentionné à l'année 1530 : *Joannes Guinterius Andernacus*. J. A. Fabricius (*Biblioth. græca.* Hambourg, 1708-1728), qui énumère les divers traducteurs des œuvres de Galien (t. V de l'édition de 1796), dit indifféremment *Guinterius* et *Guintherius*, mais jamais d'autre nom ressemblant à *Gunther* ou *Gonthier*. Enfin la *Bibliothèque française* de Du Verdier Vauprivas (1544-1600) (Paris, 1773, t. II, 440) fait mention de Jean Guinter d'Andernac avec l'*Instruction par laquelle un chacun se pourra maintenir en santé, tant au temps de peste comme en autre temps, imprimé à Strasbourg, au Pélican*, 1547. A cette indication si précise, M. de la Monnoye, de l'Académie française, n'a pas craint d'ajouter la note malheureuse que voici : « Ce médecin, que de son nom latin *Guinterius* nous aurions dû » appeler *Guintier*, n'a rien écrit en français. Mais ayant » composé le livre *De victus et medicinæ ratione cum alio* » *tum pestilentiæ tempore observando*, imprimé à Strasbourg, 1542, in-8°, il s'en est fait une traduction française » *anonyme*, qui est celle dont il est ici parlé, laquelle n'étant » pas de lui ne doit pas lui être attribuée. Il mourut à Strasbourg le 4 octobre 1574, dans sa quatre-vingt-septième » année. Voy. les *Mém.* de Niceron, t. XII, où il est appelé » *Jean Guintier.* » M. de la Monnoye nous apprend la source où il a puisé. Il se trompe en tout très gravement, même sur la quatre-vingt-septième année, comme nous le verrons bientôt. Outre la traduction française de Jean Guinter, il avait paru celle d'Anthoine Pierre, de Rieux. Chez les libraires Jehan et Enguelbert de Marnef, au Pélican, à Poitiers, 1544.

Tous les historiens modernes vont naturellement accepter, sans réflexions, le Gonthier d'Andernach de l'*Eloge histo*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministère de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales de Vichy, Audinac, Aulus, Préchacq et Gamarde pour 1879, ainsi qu'une brochure sur les eaux d'Aulus et un rapport de M. Bouyer, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets (*Commission des eaux minérales*); 2° les tableaux des vaccinations pratiquées en 1880 dans les départements de la Haute-Marne, de la Somme, du Var, de Vaucluse, d'Alger, du Pas-de-Calais et de l'Hérault. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Petit René*, médecin de colonisation à Zemmorah (Algérie) adresse un rapport sur une épidémie de variole et les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées à cette occasion. (*Commission de vaccine.*)

M. *Henry Bouchut* rappelle les travaux qu'il a communiqués, en 1880, à diverses Sociétés sur le fameux digestif *la ficoïne*, qu'il a isolé du suc laiteux provenant de plusieurs *Ficus*.

M. le docteur *Laman* envoie une note relative à un *Procédé d'insufflations mécaniques dans les cas d'asphyxie.* (Renvoi à l'examen de M. Woillez.)

L'Académie reçoit et inscrit : 1° des mémoires anonymes pour les concours des prix : Portal (n° 1), de la Commission de l'hygiène de l'enfance (n° 3), Desportes (n° 6), Godard (n° 3), Saint-Paul (n° 6), de l'Académie (n° 3), Civrieux (n° 2); 2° des mémoires de M. le docteur Lantier pour concourir aux prix Buignet (n° 3), Godard (n° 2), Barbier (n° 5), Amussat (n° 4); 3° un mémoire de M. le docteur Campardon, pour le concours du prix Desportes (n° 5); 4° un travail de MM. les docteurs Tripier, Mallez et Jardin, sur la galvanocaustique et l'électrolysation de l'urèthre, pour le prix Argenteuil (n° 5).

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Charpignon* (d'Orléans), une *Étude sur le serment d'Hippocrate* ; 2° de la part de M. le docteur *Cousot* (de Bruxelles), une brochure sur la *Diphthérite et son traitement* ; 3° au nom de M. Kupfferschlæger (de Liège), des *Éléments de chimie toxicologique* ; 4° de la part de M. le docteur Rumbold (de Saint-Louis), un ouvrage intitulé : *Therapeutic and operative measures for chronic catarrhal inflammation of the nose, throat and ears.*

M. *Chatin* présente un *Mémoire d'hygiène publique et industrielle*, par M. *Dupuy.*

M. *J. Guérin* dépose une étude sur *Les maladies ébauchées et la théorie générale de la vaccination*, qu'il vient de publier dans la *Gazette des hôpitaux.*

M. *De Villiers* fait hommage d'une brochure de M. le docteur Zinnis (d'Athènes), sur la *Principale cause de l'excessive mortalité chez les enfants trouvés à Athènes et les moyens d'y remédier.* (Renvoi à la Commission de l'hygiène de l'enfance.)

M. *J. Bergeron* dépose une note de M. le docteur Gudefroy (de Versailles) *sur un appareil qui supprime tous les dangers des poêles mobiles ou autres.* (Renvoi à la section d'hygiène.)

M. *Laboulbène* offre, au nom de M. le docteur Rousseau (d'Auxerre), un mémoire *sur l'origine des entozoaires.*

DÉCÈS DE M. MAURICE RAYNAUD. — M. *Peter* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Maurice Raynaud; cette lecture est accueillie par des marques unanimes d'assentiment.

PELLAGRE ET PSEUDO-PELLAGRE. — La main, présentée par M. Hardy dans la dernière séance, appartenait-elle à un pellagreux, comme il l'affirmait, ou à un alcoolique ayant présenté des symptômes analogues à ceux de la pellagre ? Telle est la question que M. *Th. Roussel* vient discuter devant l'Académie. La séméiologie de la pellagre, dit-il, comprend deux séries chronologiques de phénomènes qui caractérisent deux états pathologiques successifs : 1° une maladie primitive, dont la marche et les progrès sont déterminés par la répétition des intoxications qui les produisent ; 2° un état cachectique consécutif, résultat complexe des intoxications et des conditions déprimantes au milieu desquelles la maladie toxique s'est développée. Or, dans l'observation rapportée par M. Hardy, si l'on trouve de remarquables analogies avec ce dernier état, il n'en est plus de même des phénomènes primitifs, qui sont caractéristiques, sans contestation possible, de l'alcoolisme, et dont l'autopsie a d'ailleurs confirmé la signification. On attribuait trop souvent autrefois à la pellagre des altérations offrant, il est vrai, des analogies frappantes avec celles de cette affection, mais liées aux progrès de certaines cachexies, telles que l'intoxication alcoolique lente, la paralysie générale, la démence, le rhumatisme; aussi M. Roussel a-t-il pensé et pense-t-il encore, en s'appuyant sur des observations nombreuses, qu'il convient de donner uniquement le nom de pellagre à la maladie spéciale, à l'intoxication primitive produite par l'usage du maïs altéré. Quand bien même l'éruption du dos des mains manquerait dans ce cas, il n'en faudrait pas moins conserver la même dénomination, car cette éruption est simplement le résultat de l'action du soleil sur des individus déjà cachectiques, et l'on peut rencontrer des pellagres sans érythème pellagreux; le pellagreux qui évite le soleil peut éviter cette éruption, mais non la maladie intérieure. L'observation de M. Hardy est un cas de pseudo-pellagre survenue chez un alcoolique.

Cette opinion de M. Th. Roussel est partagée par M. *Lancereaux*, qui pense qu'en présence des lésions évidentes de l'alcoolisme et d'une altération spéciale de la peau, incapable par elle-même de caractériser la pellagre, car elle n'est autre chose alors que le résultat de troubles trophiques dépendant de la cause alcoolique, il convient de ne pas rattacher la pellagre à des causes aussi banales. Il a vu, à Milan, des pellagreux à l'état aigu, dont plusieurs avaient les apparences de l'alcoolisme; mais on ne pourrait pas dire que les pellagreux de la Lombardie sont des alcooliques.

Quant à M. *Noel Gueneau de Mussy*, il estime également que la notion de la cause a plus d'importance que celle des manifestations morbides; il a été frappé de l'analogie du dépôt pigmentaire montré par M. Hardy avec les dépôts pigmentaires signalés dans la maladie d'Addison, dépôts indiquant un trouble pathologique dont l'origine est dans l'irritation du système nerveux abdominal, en particulier du plexus solaire.

M. *Hardy* proteste, au nom de la clinique, contre les théories, suivant lui trop absolues, qui viennent d'être émises; lorsque l'examen clinique, en effet, permet de réunir un ensemble de symptômes composant les caractères principaux de la pellagre : phénomènes nerveux, troubles gastriques e

---

rique de Prosper Hérissant. Cependant Thomas Lauth (*Hist. de l'anat.*, 1815, p. 356) le nomme encore *Guinther*. Il est singulier que cet auteur n'ait pas supprimé l'*h*, puisqu'il commence son article par « Jean *Winter*, appelé en latin *Guintherus* et en français *Gonthier* ». On se demande comment Lauth, sachant l'allemand, a pu conserver un pareil amalgame et laisser croire que le même personnage pouvait avoir deux noms si différents que *Guinter* ou *Winter*, et *Gonthier*, c'est-à-dire *Günther*. Il était si facile de s'assurer des noms véritables, GUINTER et GUINTERIUS. Mais personne ne veut se donner la peine de faire des recherches! La *Biographie médicale* de Boisseau et Jourdan répète sans y prendre garde : « *Gonthier* s'appelait véritablement *Winter*. » Le *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne* de Dezeimeris, 1834, en mettant à côté de JEAN GONTHIER, *Joannes Guinterius Andernachus*, fait un rapprochement qu'il est impossible à un esprit un peu sévère de laisser passer. Brunet (*Manuel du libr.*) inscrit régulièrement *Guinterius* (*Joannes*); mais il dit trop légèrement aussi que *J. Guinterius* est la traduction latine de *J. Gonthier*. Aujourd'hui il n'est plus question dans les ouvrages de bibliographie et d'histoire que de Jean Gonthier d'Andernach !

Ainsi de *Guinterius*, *Guinter* (*Winter*), *Guintherius*, *Guinthier*, *Guintier*, *Guintherus*, *Guinther*, *Guinterus*, on en est arrivé à *Gunthier*, *Gonthier*, *Gunther*, *Guntherus*, *Gunterus*, *Guntherius* (le Γουνθερίος de Hubert Damien, qui avait aussi écrit Γουινθερίος). En vérité, *Gonthier* est trop loin de *Guinter* ou de *Guinterius*, pour qu'on persiste plus longtemps à garder cette nouvelle dénomination, qui n'a pas sa raison d'être. Il faudra donc l'oublier comme un préjugé, et écrire désormais dans l'histoire JEAN GUINTER. Ce sera peut-être moins euphonique que *Gonthier d'Andernach*, mais plus vrai.

Dr E. TURNER.

(*A suivre.*)

intestinaux, affection cutanée spéciale que l'on ne rencontre dans aucune autre maladie, on a bien le droit de dire que le malade est atteint de pellagre. La pigmentation de la face et du dos pouvait être causée par la cirrhose, mais a-t-on jamais vu que la maladie d'Addison pût causer de l'érythème pellagreux des mains? Dans l'état actuel de la science, rien n'établit que la pellagre soit une maladie purement spécifique; si l'usage du maïs altéré est sa cause principale, il peut en exister d'autres. Si ses contradicteurs veulent bien accepter une pellagre alcoolique, il consent à laisser passer le mot, pourvu qu'on lui concède la chose.

Épidémies. — M. *Lancereaux* achève la lecture de son rapport sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1879; les conclusions en sont votées en comité secret, après que l'Académie ait appuyé, le vœu, exprimé par M. *J. Guérin*, que ce rapport appelle l'attention de M. le ministre sur la nécessité de déclarer démissionnaire et de remplacer tout médecin des épidémies n'ayant pas envoyé son rapport annuel.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 JUIN 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Kystes dermoïdes du plancher de la bouche. — Abcès transformés en kystes. — Des usages chirurgicaux de la bande en caoutchouc. — Polype naso-pharyngien. — Présentation de pièces.

M. *Nicaise* a opéré un kyste dermoïde de la face inférieure de la langue chez une petite fille. La tumeur, du volume d'une noisette, se continuait par un pédicule canaliculé qui s'insérait sur les apophyses géni. La guérison fut complète et définitive. Si le pédicule n'avait pas été enlevé, il y eût eu probablement récidive.

M. *Polaillon* fait un rapport sur une observation de kyste dermoïde du plancher de la bouche, par M. Comballat (de Marseille). Un homme de trente-cinq ans portait depuis longtemps une tumeur sous la langue; M. Comballat crut qu'il s'agissait d'une grenouillette, et fit une ponction qui amena un liquide blanchâtre, sébacé. M. Comballat disséqua la poche, qui adhérait au maxillaire inférieur. La paroi fut examinée au microscope; elle contenait des poils, des glandes sébacées, de la graisse. C'était donc un kyste dermoïde.

— M. *Terrillon*, à l'occasion de la pièce présentée par M. Le Dentu, communique l'observation suivante. Un homme de quarante ans fait une chute sur l'épaule. Trois mois après, apparaît une tumeur sur l'omoplate et de la gêne dans les mouvements du bras. La tumeur étant fluctuante : on fit une ponction qui donna issue à un liquide filant, jaune, citrin. Alors M. Terrillon fendit la poche avec le thermo-cautère; au niveau de l'omoplate existait une membrane fibreuse épaisse, qui fut cautérisée. Le malade guérit. S'agit-il d'une périostite externe ou d'un abcès froid en voie de transformation séreuse?

M. *Verneuil*. Quand on a affaire à une tumeur de la région de l'omoplate, il faut toujours penser à la possibilité d'une tumeur gommeuse. Un malade entre dans le service avec une tumeur de l'épaule ressemblant à un ostéo-sarcome; deux ponctions donnèrent un liquide purulent. M. Verneuil institua un traitement au mercure et à l'iodure de potassium. En quelques mois la tumeur a complètement guéri; c'était une gomme.

En six mois, M. Verneuil a vu trois cas de tumeurs gommeuses de l'épaule; le dernier numéro des *Archives de Langenbeck* contient un mémoire sur ce sujet.

— M. *Sée* fait une communication sur l'emploi de la bande en caoutchouc en chirurgie. Cette bande donne de très bons résultats dans les cas suivants :

1° Infiltration œdémateuse des membres, et surtout œdème dur du bras chez les femmes atteintes de cancer du sein et des ganglions axillaires.

2° Infiltration séro-plastique consécutive aux inflammations diffuses.

3° Infiltrations ou épanchements sanguins.

4° Epanchements séreux articulaires (hydarthroses).

5° Inflammations phlegmoneuses circonscrites ou diffuses.

6° Ulcères calleux ou variqueux des membres.

7° Plaies récentes accidentelles ou chirurgicales réunies par une suture.

Pour éviter les accidents, la compression doit être très faible et ne pas gêner la circulation; les tours de bande doivent se recouvrir dans le tiers de leur largeur; la bande doit être renouvelée tous les deux ou trois jours, et réappliquée après avoir été lavée à l'eau phéniquée. Les bandes de caoutchouc, par leur élasticité, exercent une pression faible et continue; par leur imperméabilité, elles maintiennent humide la surface de la plaie et empêchent l'arrivée des germes extérieurs.

M. *Nicaise*. Le caoutchouc gris irrite les plaies; aussi, depuis longtemps, M. Nicaise n'emploie plus, pour les tubes à drainage, que du caoutchouc noir ou rouge.

M. *Verneuil* demande s'il n'y a pas d'inconvénient, dans les œdèmes d'origine cardiaque ou rénale, à supprimer l'infiltration du membre et à refouler dans le torrent circulatoire la sérosité épanchée?

M. *Sée*. La compression modérée n'occasionne pas d'accidents, mais il est sage de donner en même temps des diurétiques.

M. *Théophile Anger* communiquera, dans la prochaine séance, une observation d'éléphantiasis du membre inférieur guéri par la compression avec la bande élastique.

M. *Pozzi* a vu dans le service de Broca un éléphantiasis du membre supérieur très amélioré par la compression élastique et ouatée.

— M. *Le Dentu* présente un garçon de seize ans qu'il a opéré l'an dernier d'un polype naso-pharyngien par les flèches au chlorure de zinc, à travers une boutonnière faite préalablement à la voûte palatine avec le thermo-cautère.

L'exophthalmie, qui était considérable, a disparu. La vue, presque perdue, était revenue, mais depuis deux mois elle s'affaiblit de nouveau; il y a de la névro-rétinite. L'œil gauche devient de nouveau saillant.

M. *Le Fort* pense que la maladie continue vers le sinus sphénoïdal; il conseille d'agir par l'électrolyse.

M. *Nicaise* présente les pièces d'un homme de soixante et un ans, mort dans son service. Depuis l'âge de dix-huit ans, il avait une ostéo-myélite restée constamment fistuleuse. On voit sur une coupe du fémur des séquestres libres et d'autres qui sont en voie d'élimination.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Méthodes calorimétriques : M. d'Arsonval. — Lésions de la parotide après la ligature du canal de Sténon : MM. Arnozan et Vaillard. — Emploi des verres de flint-glass contre le chromatisme avec myopie : M. Javal. — Action du maté : MM. d'Arsonval et Couty. — Étude expérimentale des diverses espèces de pouls veineux : M. François-Franck.

M. *d'Arsonval* décrit les appareils calorimétriques dont il a fait usage et dont les détails de construction ont été donnés dans les *Comptes rendus du laboratoire de M. Marey* (IV, 1878-79). La condition essentielle réalisée dans le calorimètre de M. d'Arsonval est la suivante : *l'appareil est astreint à*

rester toujours à la même température que l'enceinte où il fonctionne. Il ne peut ainsi ni perdre ni gagner de calorique sans l'influence du milieu ambiant. La chaleur dégagée par l'animal et qui tendrait à échauffer le calorimètre est enlevée par un courant d'eau à zéro traversant un serpentin dans la paroi même de l'instrument; le débit de cet écoulement est réglé automatiquement par l'instrument lui-même et en rapport direct avec la production de chaleur.

Ayant à se préoccuper d'obtenir des températures constantes et très basses, l'auteur a eu l'idée d'utiliser le chlorure de méthyle qui bout à — 23 degrés à l'air libre. Or pour faire varier la température d'ébullition, on n'a qu'à faire varier la pression exercée à la surface du liquide, ce qui s'obtient en chargeant avec des poids différents la soupape à travers laquelle s'échappe la vapeur du chlorure de méthyle.

En appliquant ces méthodes aux animaux placés dans des conditions variées, M. d'Arsonval a obtenu un certain nombre de résultats dont il énonce aujourd'hui quelques-uns.

Par exemple, il a observé qu'un animal frotté d'huile (lapin) perd une quantité de chaleur double ou triple de celle qu'il dégage à l'état normal. Il a vu aussi qu'une irritation cutanée (eau à zéro, douche, éther) modifie complètement la production de chaleur en plus ou en moins, et cela par un mécanisme nerveux réflexe et non par soustraction directe de calorique.

— M. *François-Franck* présente, au nom de MM. *Arnozan* et *Vaillard* (de Bordeaux), une note sur les *effets produits sur la parotide du chien par la ligature du canal de Stenon*, et montre les coupes de la glande à l'état normal, au treizième jour et au trentième jour après la ligature.

La marche des lésions produites dans la parotide par la ligature de son canal excréteur paraît être la suivante. Les canaux distendus par le liquide sécrété se dilatent de proche en proche à partir de la ligature jusqu'aux culs-de-sac glandulaires eux-mêmes. Cette dilatation, bornée d'abord aux canaux excréteurs lobaires et lobulaires (treizième jour) ne s'étend à ses dernières limites qu'au bout d'un mois environ (trentième jour). Les conduits dilatés subissent dans leurs parois des lésions profondes qui évoluent parallèlement sur leurs tuniques épithéliales et leurs tuniques conjonctives. Pour les premières, multiplication et aplatissement des cellules, transformation claire du protoplasma, desquamation des cellules dégénérées qui tombent dans la cavité des canaux; celle-ci finit par être oblitérée par une substance particulière qui paraît être de la mucine concrète. Les tuniques conjonctives s'enflamment, et la lésion se propage à la fois le long des canaux et suivant les tractus conjonctifs interlobulaires et interacineux. Au treizième jour, les parties conjonctives de la glande sont surtout infiltrées de cellules embryonnaires; au trentième, le tissu nouvellement formé est adulte, serré; la sclérose est constituée.

Ainsi resserrées entre les faisceaux conjonctifs qui les entourent en dehors, et la dilatation excentrique qui tend à les refouler, les cellules glandulaires s'atrophient; et cette atrophie de la glande combinée avec la sclérose paraît être le terme auquel aboutissent les lésions consécutives à la ligature du canal de Sténon. Jusqu'à quel point peut aller cette atrophie? Quelle serait la fin de son évolution, si on laissait aux animaux opérés une survie de plus de trente jours? Ce sont des questions auxquelles des recherches ultérieures donneront peut-être une réponse.

— M. *Javal* a dit, il y a plusieurs années, que le chromatisme de l'œil peut être une cause de gêne pour la vision. Il a eu occasion de diminuer ce chromatisme chez quelques malades par l'emploi de verres jaunes et chez d'autres, qui étaient myopes en même temps, par le moyen de verres de flintglass : dans les deux cas, les résultats ont parfaitement répondu à son attente.

— M. *d'Arsonval* fait, au nom de M. *Couty* et au sien, une communication sur les effets physiologiques du *maté*.

En injectant cette substance dans le sang, aussi bien qu'en la faisant absorber par les voies digestives, les résultats sont les mêmes, seul le moment de leur apparition est différent.

Ces résultats consistent :

1° En une diminution constante des gaz du sang dont le chiffre s'abaisse quelquefois jusqu'à plus de moitié de sa valeur normale.

2° En une très grande fixité de ces gaz, qui ne se dégagent que très difficilement par le vide et la chaleur dans la pompe à mercure.

On constate de plus que, quand l'animal est en digestion, les effets sont beaucoup moins accentués.

— M. *François-Franck* donne quelques résultats des expériences qu'il poursuit sur la circulation veineuse, en indiquant seulement certains points relatifs à l'influence de la circulation artérielle, sur la circulation veineuse et au pouls veineux jugulaire.

I

L'influence de la circulation artérielle sur la circulation veineuse ne se borne pas au fait essentiel bien connu de la *vis a tergo*, s'exerçant sur le sang veineux par l'intermédiaire des capillaires. Cette force, qui n'est autre que celle du ventricule gauche emmagasinée par les artères, constitue la principale cause du cours du sang veineux.

Mais, indépendamment de cette influence, la circulation artérielle vient encore en aide à la circulation veineuse par d'autres moyens, qui sont accessoires, mais non sans importance. C'est ainsi que chaque expansion artérielle du cerveau provoque, par la pression excentrique qu'elle excerce sur les canaux et sinus veineux intra-crâniens, l'expulsion d'une quantité de sang veineux égale à la quantité du sang artériel qui afflue au cerveau. La démonstration de ce fait a été tout récemment donnée à nouveau par Mosso en étudiant le pouls des sinus veineux crâniens; elle avait été déjà fournie par Berthold, qui constata le pouls des jugulaires à la base du crâne. Bien antérieurement Carson (1819), Marx, la même année, avaient interprété les mêmes faits de la même manière. (Voy. pour l'exposé de cette question, l'article historique et critique de M. François-Franck sur la circulation cérébrale. *Gaz. hebd.*, 15 juillet 1881).

Cette influence de l'expansion artérielle des organes sur la circulation veineuse n'est pas limitée au cerveau : on la retrouve dans l'œil, dans le testicule, organes à parois résistantes; on l'observe aussi dans les autres tissus qui gonflent à chaque afflux sanguin et dont le mouvement excentrique agit, quoique moins efficacement que dans les organes limités par des coques osseuses ou fibreuses, pour provoquer l'expulsion du sang veineux. Ce mode d'action est comparable à l'influence du gonflement des muscles sur les veines inter-musculaires.

Si maintenant on considère certaines régions artério-veineuses en particulier, on peut voir que l'action sur les veines voisines des expansions et retraits des gros troncs artériels eux-mêmes est tout à fait semblable : ainsi dans le sinus caverneux, chaque dilatation de la carotide favorise l'expulsion du sang veineux ; chaque retrait de l'artère augmente la capacité du sinus et y facilite l'accès d'une plus grande quantité de sang.

De même encore, l'artère vertébrale enveloppée à demi par sa veine satellite dans le canal des apophyses transverses, agit sur la paroi veineuse qui lui est adhérente, comme la carotide dans le sinus caverneux. Dans les régions où les aponévroses forment aux artères et aux veines des loges à parois résistantes (comme à la base du cou, dans le triangle de Scarpa), les mouvements artériels influencent de la même façon la circulation veineuse.

Tous ces cas d'action *médiate* (gonflement artériel des organes) et d'action *immédiate* (expansion et retrait des ar-

tères unies aux veines) de la circulation artérielle sur la circulation veineuse, doivent être rapprochés les uns des autres par l'identité du mécanisme en vertu duquel les artères agissent sur les veines : c'est par la *pression latérale* variable des tissus ou des artères elles-mêmes que se trouve influencée la circulation des veines voisines.

II

Sans développer aujourd'hui la question si importante du *pouls veineux jugulaire*, M. François-Franck indique seulement les résultats de ses expériences sur un point particulier du sujet : il a uniquement en vue la cause de *l'affaissement subit* des jugulaires qui se produit rhythmiquement à chaque systole du cœur, et qui est bien visible quand les veines présentent un certain degré de gonflement.

Ce point spécial a été examiné il y a quelques mois par Mosso dans un mémoire publié à Rome (Acad. d. Lincei, 1880). L'auteur constate que chaque systole du cœur s'accompagne d'une véritable *aspiration* déterminant le retrait des parois costales, du creux épigastrique, la rentrée de l'air dans la trachée, etc. (tous phénomènes déjà étudiés par Buisson, Ceradini, Franck, etc.); il admet que la même influence aspiratrice brusque s'exerce aussi sur les jugulaires et détermine l'affaissement subit dont il s'agit. La seule raison qu'il donne à l'appui de cette opinion, c'est que *cette dépression jugulaire coïncide précisément avec le début de la systole ventriculaire.*

Mais l'auteur n'a pas tenu compte de ce fait que au moment même où les ventricules se contractent, *les oreillettes se relâchent brusquement*, permettant ainsi l'afflux rapide dans leur cavité jusque-là resserrée du sang accumulé dans les voies veineuses afférentes.

Du reste, une expérience bien simple aurait suffi à montrer à l'auteur que *l'aspiration systolique* du ventricule n'était point la cause de l'affaissement brusque des jugulaires : il n'avait qu'à supprimer la possibilité de cette aspiration intra-thoracique en ouvrant la poitrine d'un animal : il aurait vu, comme M. François-Franck, persister l'affaissement jugulaire au moment de la systole des ventricules, c'est-à-dire *de la diastole de l'oreillette droite.*

Une autre expérience montre bien que la fonction ventriculaire est complètement étrangère à ce phénomène : si on interrompt la communication entre l'oreillette et le ventricule droit en serrant l'oreillette avec une pince à longues branches parallèles, on voit persister l'affaissement jugulaire, pendant quelques instants, à chaque diastole de l'oreillette. Si on vient à supprimer la communication entre la veine cave supérieure et l'oreillette droite, l'affaissement jugulaire disparait.

Il faut donc conclure que la dépression brusque des jugulaires ne fait que *coïncider* avec la systole des ventricules ; elle résulte de la rapide pénétration du sang veineux dans le thorax, permise par le relâchement soudain des parois de oreillette droite.

Ces conclusions tirées d'expériences directes par M. François-Franck, on les trouvera tout aussi nettement formulées M. Potain, qui ne les a posées que par simple raisonnet : dans ses études sur le pouls veineux (1808), M. Potain très complètement analysé les causes complexes des moudes veines du cou. Par conséquent, l'expérimentation t seulement ici confirmer ce qu'avait déjà établi l'obseron sur l'homme.

M. *François-Franck* exposera dans une prochaine comunication les résultats de ses expériences sur le *pouls par reflux* dans l'insuffisance tricuspidienne artifiement produite.

REVUE DES JOURNAUX

Des changements de l'épithélium pulmonaire dans la pneumonie expérimentale, par M. Veraguth (de Zurich).

Le revêtement alvéolaire normal du lapin se compose de deux éléments : de petites cellules rondes ou polygonales, à noyau apparent, accouplées deux par deux, et de plaques épithélioïdes, sans noyau appréciable, provenant probablement des premiers éléments. Ces plaques endothéliales font place aux cellules à noyau à mesure que l'on se rapproche de la bronche terminale.

Lorsque dans une alvéole ainsi tapissée on fait pénétrer sur l'animal vivant quelques gouttes d'une solution légère de nitrate d'argent (1 — 4 pour 100), on observe les transformations suivantes :

Les cellules deviennent des sphères volumineuses, le noyau se développe, le protoplasma devient granuleux et vient se répandre en grande partie dans la cavité même de l'alvéole. Les plaques, tout en conservant leur forme, prennent un aspect granuleux et se dissolvent en une masse feutrée qui forme avec les sphères cellulaires et le protoplasma un exsudat intraalvéolaire très peu épais. Cela dans les douze premières heures.

A la périphérie de l'alvéole se fait en même temps une sorte d'imbibition séreuse avec hyperhémie du parenchyme. Les globules blancs se sont accumulés dans les capillaires dilatés et commencent, au bout de vingt-quatre heures, à pénétrer dans les alvéoles et dans le tissu interstitiel. Au bout de quelques heures l'infiltration leucocytique est tellement serrée, que le lobe entier paraît privé d'air ; dans certaines portions l'exsudat intraalvéolaire devient tellement compact, qu'il rappelle absolument les moules fibrineux de la pneumonie franche primitive. Plus tard, pendant que cette diapédèse des globules blancs se poursuit, on constate que le contenu de l'alvéole commence à devenir granuleux, à se désagréger, à se préparer à la résorption ou à l'expectoration.

Les deux particularités les plus intéressantes du processus que nous venons de décrire sont : les modifications du revêtement alvéolaire et la production d'un exsudat fibrineux.

Les transformations des cellules, et spécialement leur tuméfaction, sont considérées par l'auteur comme étant de nature inflammatoire. Il est difficile en effet, vu la méthode expérimentale employée, et la prolifération des noyaux, d'admettre un simple désordre de nutrition. Quant aux plaques endothéliales, leur attitude est purement passive : elles tombent et se désagrègent sans réagir.

L'exsudat fibrineux qui vient cimenter le mélange de cellules tuméfiées, de plaques ratatinées et de leucocytes est probablement fourni directement par les vaisseaux périphériques, mais seulement, semble-t-il, dans les alvéoles qui ont perdu, en tout ou en partie, leur revêtement de plaques épithélioïdes. Toutes les fois que ce revêtement était intact, l'exsudat ne contenait pas de fibrine et se composait d'une accumulation de cellules jeunes, comme dans la pneumonie catarrhale. (*Virchow's Archiv.*, t. LXXXII.)

L'extrait de fève de Calabar contre l'atonie de l'intestin, par M. Schaefer.

Les six observations rapportées dans ce travail sont de nature à encourager les médecins à employer ce médicament contre une affection très rebelle et qui résiste souvent à toute thérapeutique. Subbotin a le premier recommandé l'emploi de la solution suivante : extrait de fève de Calabar, 5 centigrammes, glycérine 10 grammes, 4 à 6 gouttes toutes les trois

heures. Schaefer emploie la même dose et la même préparation.

L'explication de l'action rapide et énergique du médicament se trouve dans ce fait que chez les animaux il provoque un véritable tétanos de toute la longueur du canal intestinal, avec expulsion violente du contenu. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 51.)

Des taches de rousseur, par M. P. DEMIEVILLE.

Les altérations histologiques principales sont : une infiltration cellulaire du chorion et des dépôts pigmentaires dans le chorion et le réseau de Malpighi. L'accumulation de noyaux consiste en nids et en cordons qui prennent naissance par l'infiltration de la membrane adventice des vaisseaux par des noyaux. La disposition en nids et en cordons peut aussi conduire à une infiltration diffuse du derme. Les vaisseaux présentent constamment un épaississement des noyaux endothéliaux. Une portion s'oblitère d'une façon constante (surtout dans les cordons du centre de la tache), une autre portion reste perméable. C'est autour de ces derniers que se fait le dépôt pigmentaire, circonstance qui plaide en faveur de la nature hématogène du pigment. La légère élévation de la tache est due à l'infiltration du chorion.

Les éphélides (taches de soleil) montrent au microscope des différences de degré d'avec les taches congénitales : le réseau de Malpighi seul contient du pigment, mais dans le tissu choréal sous-jacent il y a cependant une petite infiltration nucléaire autour des vaisseaux.

La couche cornée est d'ordinaire normale : quelquefois elle est épaissie et forme des espèces de bouchons ou des masses sphériques analogues aux perles du cancroïde ; le *stratum lucidum* et le réseau de Malpighi ne sont jamais élargis, au contraire souvent amincis. (*Virch. Archiv*, t. LXXXI.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de climatologie médicale, comprenant la Météorologie médicale et l'Etude des influences physiologiques, pathologiques, prophylactiques et thérapeutiques du climat sur la santé, par le docteur LOMBARD (de Genève), t. III et IV. — Paris, 1879 et 1880, J.-B. Baillière.

Nous avons rendu compte (*Gaz. hebd.*, 1878, p. 60) des deux premiers volumes de cet ouvrage et indiqué, à ce propos, son plan général et les qualités qui le recommandent. Nous n'avons point à revenir sur cette appréciation ; il nous paraît aussi inutile d'analyser longuement le troisième volume qui est tout entier consacré à la *géographie médicale* des climats tempérés chauds et torrides. Quelque intéressante que soit (et elle l'est beaucoup ici) une étude de ce genre, elle ne peut que très difficilement être résumée. Quand nous aurons dit que l'auteur examine successivement les conditions climatologiques, ethnologiques et géographiques d'une contrée, qu'il s'occupe ensuite de ses conditions démographiques, enfin qu'il passe en revue les divers groupes de maladies en insistant principalement sur celles que le climat ou les actions telluriques peuvent influencer, on comprendra qu'un travail de ce genre ne puisse être résumé ni même analysé en quelques lignes. Les parties les plus intéressantes de l'ouvrage, celles du moins qui seront le plus souvent consultées terminent le quatrième volume. Leurs titres sont les suivants : *Conclusions sur la distribution géographique des maladies dans les différentes régions du globe ; Influences pathogéniques et prophylactiques qui dépendent du climat et de la race ; Influences thérapeutiques des divers climats.* La distribution géographique des maladies a été figurée, nous dit une note, dans un atlas pathologique dont les cartes sont imprimées en couleur. N'ayant pas reçu cet atlas, nous ne pouvons en parler ; mais si nous en jugeons d'après ce que nous venons de lire dans le texte du traité de Lombard, l'atlas peut paraître inutile. Nous reconnaissons le soin avec lequel a été étudiée la distribution géographique de la dysentérie ; nous aurions voulu plus de détails au sujet de quelques autres maladies climatériques, mais nous avouons ne pas tenir fortement à un chapitre ou à une carte (si elle existe) reproduisant par des teintes variées les régions du globe où l'on observe les hémorrhoïdes. Est-il bien juste de dire qu'elles se développent avec plus ou moins d'intensité « suivant le climat » ? Passe pour le genre de vie ! Encore y aurait-il lieu de tenir compte d'un grand nombre de conditions bien plutôt individuelles que géographiques. Nous en dirons autant de la méningite tuberculeuse, des convulsions, du tétanos, des calculs urinaires, des érysipèles (que l'on s'obstine dans le livre à imprimer *érésipèle*), etc., etc.

L'intérêt que présente une étude des influences pathogéniques et prophylactiques du climat est, au contraire, très considérable. Toute cette partie du livre de M. Lombard se lit avec plaisir. Il en est de même du livre IV qui traite de l'action thérapeutique des stations maritimes et des stations hivernales. L'étude très attentive que l'auteur a faite de la phthisie pulmonaire et de ses accidents donne à son appréciation du climat méditerranéen et des principales résidences où l'on a coutume d'envoyer les phthisiques, une autorité incontestable. Nous en dirons autant des chapitres qui sont consacrés à examiner l'influence physiologique, pathologique et thérapeutique des stations montueuses de la Suisse sur la marche de la phthisie pulmonaire. L'un des premiers, M. Lombard, a reconnu l'heureuse action qu'exercent l'altitude, l'exposition et la température sur l'évolution de certains accidents de la tuberculose. L'un des premiers, il a indiqué d'une manière précise, en tenant compte de leur température moyenne et de leur altitude, les avantages des stations de la Haute-Engadine. Les renseignements que contient son livre, sont, à cet égard, très utiles à consulter, car ils nous sont donnés par une médecin qui a longuement visité et sérieusement étudié toutes ces stations.

VARIÉTÉS

LES FACULTÉS NOUVELLES. LES FACULTÉS MUNICIPALES. — On lit dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux :*

Le *Journal général de l'instruction publique* publie dans son dernier numéro du 25 juin le classement des professeurs dans les Facultés et dans les Ecoles supérieures de pharmacie.

Ce classement a eu lieu le 1er juin, conformément au décret du 12 février 1881, et sur l'avis du comité consultatif.

Voici quel est le classement des professeurs dans les Facultés de médecine de Montpellier et de Nancy :

A Montpellier, MM. Bouisson et Boyer sont rangés dans la 1re classe, avec un traitement de 11 000 francs.

A Nancy, M. Tourdes a été placé dans la 1re classe avec un traitement de 11 000 francs.

Deux professeurs sont classés à Montpellier dans la 2e classe, avec un traitement de 10 000 francs ; ce sont : MM. Dumas et Dupré.

A Nancy, MM. Coze et Morel sont placés dans la 2e classe, avec un traitement de 10 000 francs.

Dix professeurs sont placés dans la 3e classe, à Montpellier, avec un traitement de 8000 francs ; ce sont : MM. Benoît, Courty, Combal, Motessier, Cavalier, Jaumes, Estor, Dubreuil, Bertin et Engel.

A Nancy, huit professeurs sont placés dans la même classe ; ce sont : MM. Michel Hergot, Parisot, Feltz, Hecht, Beaunis, Poincarré et Ritter.

Enfin, la 4e classe ne comprend que des professeurs nommés depuis moins d'un an : trois professeurs à Montpellier, MM. Planchon, Castan et Grasset, et six professeurs à Nancy, MM. Gross, Lallement, Bernheim, Chrétien, Charpentier et Heydenrich.

Les professeurs des Facultés nouvelles de Lyon, de Lille, de Bordeaux, seront-ils indéfiniment condamnés au minimum? Il serait temps de ranger dans une loi commune toutes les Facultés de France.

Les Facultés dites *municipales* souffrent de l'état d'infériorité dans laquelle elles se trouvent vis-à-vis des Facultés de Nancy, de Montpellier et vis-à-vis même de la Faculté *catholique* de Lille. Elles ont montré, je crois, que leur enseignement était à la hauteur de celui de leurs aînées; elles ont créé, en luttant contre bien des obstacles, des centres scientifiques qui auront certainement leur influence sur l'enseignement médical en France. On a reconnu tous leurs efforts, on leur a prodigué des éloges, mais cela ne suffit point, il est temps d'ajouter à des éloges dont on peut être fier des mesures qui sont de la plus stricte justice et qui doivent être la récompense de leurs travaux et de leurs peines.

Le classement des professeurs des Facultés de Lyon, de Bordeaux, de Lille s'impose à l'administration supérieure, et ce classement doit avoir ses conséquences immédiates. Les municipalités qui ont pris toutes les charges de la création des Facultés nouvelles, ne se soustrairaient pas aux obligations qui résulteraient pour elles du classement de leurs professeurs, si l'administration supérieure insistait avec toute l'autorité dont elle dispose, pour démontrer que cette mesure est absolument juste, et qu'elle rentre même dans les obligations des contrats en vertu desquels ces Facultés ont été concédées.

L'Etat a donné aux professeurs des nouvelles Facultés les mêmes privilèges, les mêmes attributions, les mêmes charges qu'aux professeurs des Facultés de Nancy et de Montpellier, il serait injuste qu'il ne leur fît point accorder la même rémunération.

A ce propos, nous signalerons encore une inégalité choquante qui froisse à bon droit tout le corps de l'agrégation des Facultés nouvelles. Des agrégés qui concourent ensemble, qui sont nommés en même temps par les mêmes jurys, ont un traitement de 3000 francs à Montpellier et à Nancy, et sont réduits à 2500 francs, quel que soit leur classement, s'ils sont obligés de choisir les Facultés de Lyon, de Bordeaux ou de Lille. Nous sommes persuadés qu'une pareille anomalie ne saurait être longtemps maintenue.

Les professeurs des Facultés nouvelles, quoique rétribués par les municipalités, sont membres de la grande Université de France, et nous sommes persuadés que, à ce titre, l'administration supérieure ne saurait manquer de défendre avec énergie, devant qui de droit, leurs intérêts. (*La Rédaction.*)

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE LONDRES. — Nous rappelons que ce Congrès doit s'ouvrir le 2 août prochain. Les personnes *munies d'une lettre d'invitation du Comité* (dont on doit faire la demande à M. Mac Cormac, secrétaire général du Congrès, en y joignant le montant de la souscription, soit une guinée, soit 26 fr. 50 c.), *pourront prendre à toutes les stations des chemins de fer français un billet direct pour Londres, par Boulogne ou Calais,* via South Eastern, ou London and Chatham Railway, *et obtenir au départ de Londres un billet gratuit pour le retour à la gare de départ.*

SERVICES D'ACCOUCHEMENTS DES HÔPITAUX. — Dans sa séance du 30 juin, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a poursuivi l'examen de la réorganisation des services d'accouchements des hôpitaux. La discussion s'est terminée par l'adoption du projet d'avis suivant, déposé par M. le docteur Dubrisay :

Le conseil, considérant que, en présence des nombreux faits regrettables qui se produisent depuis longtemps, et qui, dernièrement encore, ont agité l'opinion publique, une réorganisation radicale des accouchements dans les hôpitaux et chez les sages-femmes s'impose à bref délai; considérant que les propositions faites au conseil par la commission, dont M. Nicaise est le rapporteur, ne sont pas de nature à prévenir le retour de faits semblables; considérant que les projets présentés par MM. Le Fort et Siredey, le premier en son nom propre, le second au nom d'une commission composée de MM. Trélat, Siredey, Millard, Guéniot et Tarnier, donnent satisfaction à tous les *desiderata* et doivent être pris en sérieuse considération, Emet l'avis :

1° Conformément aux propositions de MM. Le Fort et Siredey, les accouchements se feront partie chez les sages-femmes agréées, partie dans les services spéciaux d'hôpitaux désignés; 2° un concours spécial sera institué pour la création d'accoucheurs des hôpitaux; 3° les accoucheurs seront chargés de la surveillance et des opérations, tant chez les sages-femmes que dans les hôpitaux désignés; 4° pour tous les détails d'organisation, l'administration se conformera aux indications données dans le rapport de M. Siredey.

Nécrologie.

Les obsèques de M. MAURICE RAYNAUD, dont nous n'avons pu qu'annoncer la mort subite dans notre dernier numéro, ont eu lieu samedi au milieu d'un immense concours de médecins et d'amis. Des discours ont été prononcés sur la tombe par M. Peter, au nom de l'Académie de médecine, par M. Féréol, au nom de la Société médicale des hôpitaux, et par M. Dieulafoy, au nom de la Faculté de médecine.

Ces discours ont éloquemment rendu hommage aux qualités et aux travaux du médecin, du savant, du philosophe et du lettré dont la mort a si vivement impressionné le corps médical et dont la perte sera si profondément ressentie. Il a succombé à une attaque d'angine de poitrine qui le terrassa en quelques heures. Né en 1834, interne en 1857, docteur en médecine et docteur ès lettres en 1862, il devint médecin des hôpitaux en 1865, agrégé en 1866, et l'Académie de médecine lui ouvrit ses portes en 1879. Ses principaux travaux sont : sa thèse inaugurale *Sur l'asphyxie locale et la gangrène symétrique des extrémités*, ses thèses de doctorat ès lettres : *De Asclepiade, Bithyno, medico ac philosopho*, et les *Médecins au temps de Molière;* ses thèses d'agrégation : *Sur les hyperhémies non phlegmasiques* et *De la révulsion*. Il écrivit aussi un grand nombre d'articles de dictionnaire; et, parmi ses fréquentes communications dans les Sociétés savantes, on se rappelle celle qu'il fit à l'Académie sur *l'infection et l'immunité vaccinales ; sur le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids*, ainsi que ses recherches récentes avec MM. Pasteur et Lanuelongue, recherches qui ont fait quelque bruit, *sur la salive d'un enfant mort de la rage.*

M. Maurice Raynaud n'ambitionnait plus qu'une chaire à la Faculté de médecine, à laquelle l'appelaient ses aptitudes professorales et le succès de ses suppléances à la Faculté, de ses leçons à l'hôpital Lariboisière et à l'hôpital de la Charité. Il avait eu aussi quelque désir d'entrer dans la vie politique, mais il essuya il y a quelques mois un échec dans les élections au Conseil municipal de Paris, et depuis cette époque il parut se réserver pour sa nombreuse clientèle, pour ses études et son enseignement au lit du malade, où il savait acquérir auprès de ses élèves et de ses amis une grande influence bien due à la richesse de son érudition, à la sagacité de son diagnostic et à son talent d'exposition.

— Il y a trois jours, une foule nombreuse accompagnait le convoi d'un des plus jeunes agrégés de la Faculté de médecine, M CHANTREUIL, qui venait de succomber en quarante-huit heures à une péritonite suraiguë, due probablement à une perforation intestinale. Chantreuil s'était progressivement élevé par le travail et par une activité scientifique sans égale à la haute situation qu'il occupait si légitimement, et qui lui assurait un brillant avenir. MM. Pinard, Tarnier, Prévost ont, avec une éloquente émotion, rappelé sur sa tombe les travaux de l'homme de science et les qualités aimables de l'homme privé. Chantreuil avait à peine quarante ans; fils d'un médecin qui a la douleur de lui survivre, il fut reçu en 1865 interne des hôpitaux, et en 1869 il soutenait sa thèse inaugurale, qui fut un travail de premier ordre, demeuré classique : *Sur les déformations du bassin chez les cyphotiques au point de vue de l'accouchement.* Chef de clinique en 1870, il devint professeur agrégé dans la section d'accouchements, après avoir soutenu une thèse sur les *dispositions du cordon qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement.* Bientôt sa réputation de gynécologiste s'accrut; après avoir fait plusieurs cours à l'Ecole pratique, il fut chargé à la Faculté de suppléer M. le professeur Depaul, et il remplaçait cette année, pour la seconde fois, M. le professeur Pajot. Ses principaux travaux sont : une *Etude sur quelques points d'hygiène hospitalière* (*Arch. de méd.*, 1868); *Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement* (1872); la reproduction des leçons faites en 1873 à l'hôpital des Cliniques, par M. Guéniot; une traduction de la *Clinique obstétricale et gynécologique* de Simpson. Outre sa collaboration aux journaux

spéciaux, Chantreuil publiait avec M. Tarnier un *Traité d'accouchements*, dont le premier fascicule avait paru en 1878, et auquel il s'était préparé par des voyages que lui facilitait sa connaissance approfondie des langues étrangères. Esprit ouvert, d'une gande érudition, très au courant des améliorations hospitalières, Chantreuil avait acquis une véritable autorité sur les élèves, dont son affabilité le rapprochait, et qui ne tardaient pas à devenir ses amis. Sa perte cruelle et si brusque sera vivement ressentie par tous ceux qui ont été à même d'apprécier, comme l'a si bien dit M. Tarnier sur sa tombe, ses qualités maîtresses, la persévérance dans le travail, le désir toujours inassouvi d'étendre le cercle de ses connaissances, une grande volonté, une fidélité à toute épreuve dans ses amitiés, une bonté qui ne s'est jamais démentie.

— On annonce également la mort d'un médecin auquel ses relations avec le monde des artistes et des réceptions hebdomadaires très courues avaient contribué à lui donner de la notoriété. M. le docteur MANDL, avant de s'occuper des affections du larynx, particulièrement chez les chanteurs, avait été l'un des premiers à propager, par ses travaux spéciaux, l'emploi du microscope pour les recherches anatomo-pathologiques. Il était né à Pesth en 1812; après avoir pris le grade de docteur dans sa ville natale en 1836, il vint compléter ses études à Paris, où il passa son doctorat en médecine en 1842; il fut naturalisé français en 1849. On cite plus particulièrement de lui, outre un grand nombre d'articles dans les *Archives de médecine* et la *Gazette médicale de Paris*, sa thèse intitulée : *Recherches médico-légales sur le sang* (1842); une *Anatomie microscopique* (1838-1857), ouvrage formant 2 volumes in-folio, avec 92 planches; une étude sur *la fatigue de la voix dans ses rapports avec le mode de respiration* (1855); un *Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx* (1872), et un livre intitulé : *Hygiène de la voix* (1873), qui est la reproduction du cours qu'il professait, sous ce même titre, au Conservatoire de musique et de déclamation.

— Le corps de santé militaire vient de faire une perte très sensible dans la personne de M. RAPP, médecin-major de première classe au 79e de ligne. Rapp était un fanatique du devoir, un militaire accompli; il est mort sur la brèche; jusqu'à l'avant-veille de sa mort, il a fait son service dans un régiment où le labeur est des plus rudes. Il avait sur l'organisation du service de santé des armées étrangères une telle masse de documents puisés aux sources directes, il s'en était assimilé à tel point l'économie et le fonctionnement, que l'on voyait en lui le réformateur indiqué de nos institutions sanitaires. Dureste, déjà Rapp, qui possédait à fond l'allemand, qui parlait l'italien, lisait l'anglais et l'espagnol, a donné dans la *Revue militaire de l'étranger* plusieurs séries d'études sur l'organisation sanitaire des armées européennes, et ces études ont pu servir de point de départ aux revendications légitimes du corps de santé. Au ministère, sa valeur, sa compétence, étaient appréciées de tous, elles ne le furent pas moins dans les corps où il a servi.

— UNE NOUVELLE VICTIME DU DEVOIR PROFESSIONNEL. — On nous écrit de Saint-Omer, le 2 juillet :

Un évènement bien douloureux, qui intéresse le monde médical tout entier, vient de plonger dans la consternation la petite ville de Fruges (Pas-de-Calais). Un jeune docteur en médecine, M. Réant, installé depuis quatre jours dans cette ville, voulant sauver le cinquième enfant d'une famille dont les quatre autres venaient de mourir d'une angine couenneuse, contracta la terrible maladie, et fut emporté en quarante-huit heures. Par suite d'un revers de fortune, ce jeune homme laisse sa mère dans la plus affreuse misère. Un appel a été fait à la Société des médecins du Pas-de-Calais; un autre le sera à la Société des médecins de France.

L'honorable confrère qui nous transmet ces tristes détails nous demande s'il n'y aurait pas lieu ici à intervention du gouvernement. Dans l'état actuel de la législation, c'est au Conseil général du département à prendre l'initiative d'une demande, et cette demande doit être adressée au ministre de l'intérieur, qui a, chaque année, un crédit ouvert pour le soulagement des infortunes personnelles. Mais rien n'empêcherait les autorités et les confrères de la localité d'intervenir directement auprès du ministre.

CONCOURS POUR L'ADMISSION DANS LE CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les Ecoles de médecine navales de Brest, de Rochefort et de Toulon, à partir du 1er septembre 1881, dans le but de pourvoir à treize emplois d'aide-médecin et à deux emplois d'aide-pharmacien.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — A été promu dans le corps de santé de la marine, après concours :

Au grade de médecin professeur : M. Féris (Bazile-Palmyre), médecin de 1re classe.

ŒUVRES DE RABELAIS. — ERRATUM. — Un titre inexact a été mis au feuilleton du dernier numéro. Il ne s'agissait pas de *lettres inédites*, mais bien d'une *traduction inédite* de deux lettres de Rabelais, ainsi que cela est d'ailleurs spécifié dans les quelques lignes dont nous avons fait précéder cette traduction.

MORTALITÉ A PARIS (26e semaine, du vendredi 24 au jeudi 30 juin 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1025, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 23. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 46. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 36. — Bronchite aiguë, 29. — Pneumonie, 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 66; au sein et mixte, 31; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 87; de l'appareil circulatoire, 51; de l'appareil respiratoire, 68; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 11. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 2. — Morts violentes, 40. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 26e semaine. — Il y a cette semaine une aggravation notable de la mortalité par suite d'un excès de 81 décès, dont 27 par fièvre typhoïde, et 23 par athrepsie portant exclusivement sur les enfants nourris au biberon. Il y a lieu aussi de signaler une légère augmentation de décès par diphthérie (46 au lieu de 43), à laquelle je ne m'arrêterais pas si je n'avais à signaler, dans le quartier de la *Roquette*, le très gros chiffre de 6 décès par cette cause.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris

---

Sommaire du numéro 4 (1er août 1881) des **Archives de physiologie normale et pathologique**, publiées sous la direction de MM. BROWN-SÉQUARD, CHARCOT, VULPIAN et A. JOFFROY : *Méthode pour apprécier la qualité infectieuse des microbes et leur propagation dans l'organisme*, par M. Souhbotine. — *Sur les lésions corticales du cerveau*, par M. Louis Couty. — *Recherches sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées. Contribution à l'étude des tumeurs ossiformes de la peau*, par M. Albert Malherbe. — *Recherches expérimentales sur la formation du cal et sur les modifications des tissus dans les pseudarthroses*, par MM. A. Rigal et W. Vignal. — *Sur une variété de cirrhose hypertrophique du foie*, par M. Sabourin. — *Sur le mode de préparation et l'emploi de l'éosine et de la glycérine hématoxyliques en histologie*, par M. J. Renaut.

Ce cahier contient 5 planches. Paris, G. Masson, éditeur.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 14 juillet 1881.

Des ptomaïnes : leur importance au point de vue de la toxicologie et de la pathologie en général.

A peine les découvertes de Selmi étaient-elles connues, que l'on essaya, de divers côtés, d'étendre leur application bien au delà du point de vue très restreint où s'était placé le savant italien. On peut s'attendre à voir s'exagérer encore ce mouvement; on ne manquera pas, par exemple, de mettre une nouvelle doctrine iatrochimique en opposition avec la doctrine parasitaire; mais c'est précisément le devoir de la critique de chercher à le maintenir sur un terrain solide, et même de le guider dans une voie rationnelle.

On comprend que les ptomaïnes puissent jouer un rôle plus ou moins considérable :

1° En toxicologie pure.

2° Dans les empoisonnements par les aliments.

3° Dans l'étiologie de certaines maladies infectieuses.

I. — Au point de vue de la *toxicologie*, la présence des alcaloïdes de la putréfaction peut avoir un double inconvénient également préjudiciable à l'enquête médico-légale.

1° L'existence des ptomaïnes peut faire croire à un alcaloïde toxique qui n'existe pas.

C'est, nous l'avons dit, le côté de la question qui frappe de prime abord, obstacle de premier ordre qu'il importe de renverser à tout prix. Nous connaissons aujourd'hui des exemples avérés d'erreur de ce genre.

Dans une note très intéressante de Selmi publiée dans le *Journal d'hygiène* du 30 juin 1881, nous trouvons le passage suivant :

« Dans le cas du général Gibbone, j'ai démontré par les réactions chimiques et par les divers modes d'action physiologique que la substance incriminée, la *delphine*, était une ptomaïne.

» Devant le tribunal de Brescia, j'ai trouvé que la prétendue morphine n'était, en réalité, qu'une ptomaïne.

» A Rome (3e cas), j'ai établi que ce que l'on supposait être de la conine pouvait constituer une base volatile cadavérique.

» A Vérone (4e cas), je réfutai victorieusement l'existence de la strychnine comme cause d'empoisonnement. »

(1) Dans notro précédent article, nous avons dit (p. 412) que lors du Congrès d'hygiène, en 1878, M. de Pietra Santa avait présenté les alcaloïdes décrits par Selmi comme « ayant les mêmes caractères quo la digitaline et les autres poisons végétaux ». M. de Pietra-Santa nous écrit qu'il a parlé seulement d'une *analogie de propriétés* et non d'une *identité de caractères*. Nous donnons acto à notro confrère de sa déclaration, mais nous devons faire remarquer que notre texte est entièrement conforme à celui du *Compte rendu officiel du congrès*, lo seul qu'il nous soit permis de suivre.

FEUILLETON

Jean Guinter, d'Andernach (1505-1574).

SON NOM, SON AGE, LE TEMPS DE SES ÉTUDES A PARIS, SES TITRES, SES OUVRAGES.

(Suite. — Voyez le numéro 27.)

II

C'est une chose acceptée par tous les historiens depuis Melchior Adam (1620) que Jean Guinter d'Andernach est né en 1487, et qu'il avait quatre-vingt-sept ans lorsqu'il mourut le 4 octobre 1574. Vander Linden (*De script. med.*, 1637) a bien mis 1497 au lieu de 1487 ; mais comme il a laissé persister à côté de cette date nouvelle « mort à quatre-vingt-sept ans », on ne peut avoir aucun doute ici sur une faute d'impression, qui a été reproduite, malgré cela, par quelques auteurs distraits.

La *prosopographie* d'Henric Pantaleon (1566) fait seule exception à l'opinion généralement admise. Elle recule la naissance de Guinter jusqu'en 1510. Mais le retentissement des ouvrages de Melchior Adam a fait oublier l'ouvrage contemporain de H. Pantaléon, et la date 1510 a été abandonnée, repoussée même assez dédaigneusement par Prosper Hérissant (*ouv. cit.*, note de la page 38), qui avec tout le monde fait naître Guinter en 1487, dix-huit ans trop tôt. H. Pantaléon tout en se trompant était, on le voit, bien plus près de la réalité, cinq ans trop tard.

On ne peut comprendre la persistance d'une pareille erreur, que la lecture plus attentive du récit de Melchior Adam devait faire soupçonner. Suivons, en effet, pas à pas les premières années de cette biographie de Jean Guinter que tous les historiens ont copiée sans se rendre compte, il faut bien le dire, de ce qu'ils écrivaient. Né en 1487, à Andernach, de parents honnêtes mais sans fortune, il est envoyé à l'école dès l'âge de quatre ans. Il quitte à douze ans « le lieu de sa

Au dire de Kobert (*Schmidt's Jahrbücher*, juin 1880), Æby et Schwarzenbach, dans le procès Trümpy (Suisse), auraient retiré « des diverses parties du cadavre des substances tétanisantes ». Dans leurs diverses publications, MM. Boutmy et Brouardel ont, de leur côté, bien mis en relief le danger de pareilles méprises.

La question a d'autant plus d'importance que les ptomaïnes sont nombreuses et rappellent par leurs réactions chimiques et physiologiques les alcaloïdes les plus divers, depuis la strychnine et la morphine jusqu'à la vératrine et la conicine.

Il est certain, dès à présent, que la recherche toxicologique des alcaloïdes devra être en grande partie remaniée, que la réaction biologique, autrefois si précieuse, a perdu momentanément de sa valeur, que l'existence d'un poison végétal déterminé ne pourra être démontrée rigoureusement qu'avec l'aide de la chimie.

2° Les ptomaïnes peuvent masquer, la présence des alcaloïdes végétaux.

Ce point n'est pas douteux; il a été démontré indirectement de la façon suivante :

Dans les premiers jours de juillet 1876, un vétérinaire de Straubing (Bavière) était accusé d'avoir empoisonné sa femme au moyen de la strychnine. Le cadavre ayant été exhumé quatre mois après le décès; l'on se demanda d'abord si, au bout d'un laps de temps aussi considérable, la recherche de la strychnine était encore possible. Les principaux toxicologistes allemands répondirent affirmativement; le procès se termina d'ailleurs par un acquittement; mais l'attention ayant été éveillée sur ce point, on empoisonna dix-sept chiens avec 1 décigramme de strychnine. Les cadavres de ces animaux furent enterrés et restèrent dans le sol pendant 100-330 jours. Lors de l'exhumation, les viscères furent confiés à MM. Buchner, Gorup-Besanez et Wislicenius pour en faire l'examen chimique.

Voici, parmi les résultats obtenus par ces chimistes, ceux qui nous intéressent spécialement.

Aucun d'entre eux ne put démontrer sûrement, par la voie de la chimie, l'existence de la strychnine, quoique l'amertume de l'extrait rendît infiniment probable l'existence de cet alcaloïde.

Par contre, les expériences sur les grenouilles mirent en évidence les propriétés tétanisantes de l'extrait (surtout de celui du foie et de la rate, beaucoup moins de celui de l'intestin). « Ici, en effet, on constata l'action que corps narcotiques qui arrêtait et troublait l'action de la strychine... Cette action paraît appartenir à des extraits putrides, et l'on doit admettre que ceux-ci existent surtout dans l'intestin. »

Cette observation nous paraît extrêmement topique. Il faut se rappeler que les chimistes en question travaillaient dans un but déterminé, sans opinion préconçue, et bien avant que les travaux de Selmi n'aient été appréciés à leur juste valeur (*Virchow's Archiv*, t. LXXV, p. 1).

II. — Les *intoxications alimentaires* sont, en pathologie, un vaste champ à peu près inexploré, ce qui contraste péniblement avec les tendances utilitaires de l'hygiène actuelle. De loin en loin, un désastre retentissant attire l'attention de quelques hommes spéciaux : on lui consacre dans les journaux de médecine un compte rendu insignifiant, une allusion distraite, et tout se borne là. Pas de recherches suivies et méthodiques, pas même l'intérêt banal qui s'attache aux questions scientifiques. On ne remarque même pas que trop souvent l'enquête est l'œuvre d'un homme incompétent.

La découverte de Selmi va jeter une lumière bien nécessaire sur cette question obscure, négligée, et cependant pleine d'actualité. Oui, d'*actualité*, car il va me suffire de jeter un coup d'œil sur les deux ou trois dernières années pour réunir tout un dossier d'intoxications alimentaires de tous les genres, de toutes les gravités. Citons, parmi les faits qui sont le plus en rapport avec les ptomaïnes :

1° Des empoisonnements bien connus par les fromages altérés. Kobert cite un fait observé à Heiligenstadt, où l'on observa la mort de plusieurs enfants : à l'autopsie, on trouva les symptômes les plus nets de lésions typhiques. A Pyrmont, en 1878, il y eut un empoisonnement en masse d'une grande partie de la population. Gläsel (*Ugesk. f. Läger*, t. XII, p. 342) a observé un empoisonnement de ce genre dans une famille. Un homme et quatre enfants furent atteints : un enfant mourut. Le fromage, qui avait mauvais aspect, fut donné aux animaux sans inconvénient.

2° Des empoisonnements par des poissons altérés. Tout le monde connaît l'action de certains coquillages. Mais il y a des faits plus graves. Ainsi le fait de Cohn (*Archiv für Augenheilkunde*, IX, 2), où l'ingestion d'un brochet salé détermina, outre des symptômes d'intolérance des voies digestives, une paralysie persistante de l'accommodation.

Celui de Schaumont (*Recueil de mémoires de médecine mil.*, 1878, p. 504), qui observa des phénomènes cholériformes, chez 122 soldats de la légion étrangère, à la suite de consommation de morue avariée. Hermann (*Saint-Petersb. med. Wochenschrift*, 1878, p. 371) a vu de même cinq cas

---

» naissance où les sources manquaient à son ardeur pour » l'étude », et va à Utrecht où il eut pour condisciple Lambert Hortensius. De là, il passe à Deventer où, dit la légende, il fut forcé de mendier pour vivre. Il était encore fort jeune, puisqu'il alla ensuite terminer ses humanités et faire sa philosophie à Marbourg. Et quand, aussitôt après, il fut choisi par la ville de Goslar, en Saxe, pour y instruire la jeunesse, il devait avoir dix-huit à dix-neuf ans. Ainsi, raisonnant avec l'erreur qui le fait naître en 1487, on serait alors en 1505 ou 1506. Mais Dieu ne permit pas qu'il y demeurât longtemps, et il se rendit à Louvain pour y continuer ses études (*studiorum ibi continuandorum causâ*). Dès son arrivée, il fut chargé d'enseigner la langue grecque, ce qu'il fit avec un soin et une habileté au-dessus de tout éloge. C'est à ce moment qu'il fut pris du désir invincible de venir étudier la médecine en France. Il a environ vingt et un ans. On devrait donc être en 1508; pas du tout, on est en 1526. Car la dédicace du *Syntaxis græca*, le premier ouvrage de Guinter, imprimé à Paris au mois d'avril 1527, nous apprend qu'il professait les lettres depuis quelques mois, lorsqu'il fut invité à publier son livre déjà presque terminé à Liège, l'année précédente.

Il vint donc à Paris en 1526, à vingt et un ans. Prosper Hérissant dit, sans y réfléchir, qu'il y était venu en 1525 et qu'il avait alors trente-sept ou trente-huit ans. En suivant le même calcul, il aurait été reçu docteur en 1530 à quarante-deux ou quarante-trois ans (*ouv. cit.*, p. 10). Dans cette supposition erronée, que deviennent la précocité intellectuelle de Guinter et sa vocation irrésistible pour la médecine?

Pour ne pas tomber dans une si grosse erreur, il ne fallait pas négliger un renseignement qui se trouve dans la préface du *Plutus* d'Aristophane de Lambert Hortensius (in-4 imprimé à Utrecht, en 1556). Ce livre est introuvable; mais les passages qui nous intéressent ont été conservés par Melch. Adam lui-même (*Vitæ philos.* Heidelberg, 1615, I, 295, *art.* LAMBERT HORTENSIUS). Ils sont aussi dans Pierre Castellan (*ouv. cit.*,

d'empoisonnement par la morue avariée, avec des symptômes analogues au choléra (cyanose, crampes, vomissements, diarrhée, abaissement de température, etc.).

Celui de Rapin, du fameux « procès des écrevisses » (*Revue des sciences médicales*, t. XIV, p. 513), où neuf personnes devinrent malades à la suite d'un repas où l'on avait mangé des écrevisses préparées depuis deux jours, où l'on observa même un décès au bout de vingt-trois jours avec des symptômes de fièvre typhoïde adynamique.

Kobert (*loc. cit.*) dit que « la substance toxique des poissons salés a occasionné en Russie des morts nombreuses ».

En l'absence de documents positifs sur ce point, mon expérience personnelle me permet de dire que sur les bords du Volga, où la base de la nourriture des pêcheurs est le poisson salé (même le poisson avarié lorsqu'il s'agit de Kalmouks), l'on observe souvent des petites épidémies qui déciment les pêcheries et sont attribuées à une substance toxique développé dans certains poissons (le grand esturgeon, par exemple). Il est vrai de dire que les médecins russes ne s'accordent pas sur la nature de ce poison. On l'assimile volontiers au venin des serpents, et on se base sur ce que les symptômes sont toujours les mêmes et que l'agent toxique se trouve toujours dans les mêmes poissons, avariés ou frais (?).

3° Des empoisonnements par la viande. Ici abondent les observations. Il suffit de rappeler le cas de Brouardel et Boutmy (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, t. IV, p. 352) d'une femme morte rapidement après l'ingestion d'une certaine quantité d'oie farcie. L'existence d'une ptomaïne fut démontrée chimiquement.

Un fait rapporté dans la statistique de l'armée allemande (*Statistischer Sanitäts-Bericht für* 1874-78, p. 27) où sept personnes tombèrent malade après avoir mangé la viande d'une chèvre tuée onze jours auparavant. Phénomènes cholériques, collapsus. L'examen chimique de la viande (qui avait, paraît-il, un goût amer), ne donna aucun résultat sur la nature du poison. La même statistique (*Deutschemil. Zchft*, II, p. 463) signale une intoxication en masse de 251 hommes, à la suite d'ingestion de foie de bœuf avarié.

Kobert prétend qu'un empoisonnement grave a atteint en France plusieurs personnes qui avaient mangé de la conserve de viande anglaise qui datait de deux ans. Nous n'avons pu retrouver le fait auquel il est fait allusion.

Dans la même classe on peut ranger toutes les observations publiées sous le nom de *botulisme* ou d'empoisonnement par les saucisses. On se rappelle que cette maladie énigmatique était localisée dans le grand-duché de Bade ou dans le Wurtemberg, qu'elle tuait en quelques jours les personnes atteintes, que le chiffre de la mortalité était environ de 40 pour 100, que le total des personnes atteintes peut être évalué à 2 ou 3000 jusqu'à ce jour.

Dans tous les cas auxquels nous tenons de faire allusion, qu'il s'agisse de fromages, de poisson, de viande avariée, l'intervention de ptomaïnes toxiques est non seulement possible mais probable. Elles ont, du reste, pu être constatée directement dès que l'attention a été attirée de ce côté.

Il ne faut pas s'étonner de la diversité des symptômes, puisque, nous l'avons vu, rien n'est plus variable que la nature des ptomaïnes contenue dans un tissu organique en voie de décomposition.

Les symptômes généralement observés immédiatement après l'ingestion des aliments suspects consistaient d'ordinaire en une irritation extraordinaire des premières voies digestives, en collapsus et quelquefois en désordres cérébraux divers, quelquefois même une action narcotique. Tout cela est en parfait accord avec les recherches de Selmi.

Mais il est d'autres faits, et ce sont justement ceux qui ont eu le plus de retentissement, que l'on ne peut aussi aisément expliquer par la présence de ptomaïnes. Ce sont ces cas extraordinaires qui sont caractérisés au point de vue épidémiologique par l'atteinte simultanée d'un très grand nombre de personnes, au point de vue clinique par des symptômes identiques, ou peu s'en faut, avec ceux de la fièvre typhoïde. Ces *empoisonnements en masse*, comme on les appelle, ne sont pas rares hors de chez nous : j'ai reproduit d'après des documents authentiques l'histoire des deux plus célèbres, celui de Kloten, en 1877, et celui d'Andelfingen, en 1846 (*Revue d'hygiène*, t. I, p. 280). La nature de la maladie était restée douteuse dans la dernière épidémie : dans la première, le diagnostic de fièvre typhoïde avait été porté non seulement par le médecin (Walter) qui pratiquait sur les lieux, mais par Huguenin, professeur de clinique Zurich, qui vit plusieurs malades à l'hôpital.

On peut rapprocher de ces curieuses épidémies, en 1878, l'empoisonnement en masse observé par Huber à Wurzen : 206 personnes atteintes en même temps : symptômes typhiques apparaissant quelques jours après l'ingestion d'une viande suspecte. Le même médecin cite des empoisonnements semblables à Werdau (Saxe) en 1879, à Zeitz en 1878, à Embrach et Kurzenberg (Suisse) en 1879.

Anvers, 1618, p. 239, *art.* JO. GUINTERIUS ANDERNACUS).

« En ce temps-là, l'Académie de Louvain jetait un vif éclat. » Les professeurs Rutger Rescius pour le grec, Conrad Goclenius pour le latin et Jean Campensis pour l'hébreu y attiraient tant de savants et d'élèves, qu'en peu de temps on » en vit sortir, comme du merveilleux cheval de Troie, une » armée innombrable d'hommes instruits. Je suivais aussi, dit » Lambert Hortensius, les leçons du péripatéticien Louis Vivès » et du rhéteur Jean Paludanus, qui était déjà vieux : *J'avais » alors au cours de mes études un condisciple auquel je » communiquais exactement tous les discours de ces maîtres, » Jean Guinter d'Andernach, que j'avais connu à Utrecht » dès mon jeune âge* (*ab unguiculis*). » D'après cette citation, on peut déjà croire qu'ils étaient du même âge, tout en pressentant que Lambert Hortensius devait être le plus vieux. Or, ce dernier est né en 1501, suivant Paul Freher (*ouv. cit.*, p. 1472), qui a raison sur ce point contre Bayle (*Dict. hist. et crit.*, p. 1500).

En prenant la date fautive de Bayle, 1518, pour la naissance de Lambert Hortensius et celle de Melchior Adam, 1487, pour la naissance de Jean Guinter, on voit que les erreurs des historiens peuvent aller jusqu'à mettre trente ans de différence d'âge entre deux personnages *qui ont été camarades d'études dès la plus tendre enfance.*

Mais revenons à la citation de Lambert Hortensius. Il rappelle ensuite la pauvreté de son ami, qui, par son intelligence et ses aptitudes à l'érudition, put cependant montrer bientôt ce dont il était capable. Et il invoque à ce sujet le témoignage du savant Stephanus Montanus. « Car peu après, dit-il, ayant » quitté Louvain pour se rendre à Paris, il donna aussitôt des » preuves de son savoir qui, jusque-là, était resté dans l'om» bre et commença sa glorieuse carrière aux applaudissements » de tous. Nommé professeur de langue grecque, il mérita » bientôt (*paucis diebus*) de magnifiques appointements. » En voilà assez, il me semble, pour prouver qu'au moment où Guinter vint à Paris, il avait environ vingt et un ans et non

Huber proteste avec quelque vivacité contre le diagnostic de fièvre typhoïde des médecins suisses. Pour lui il s'agit d'une manifestation rare du charbon, analogue à la mycose intestinale (Wagner). Il nous est impossible de prendre parti dans une pareille discussion; il nous paraît difficile, d'un côté, de prétendre de loin que des observateurs aussi compétents que Huguenin ont commis de grossières erreurs; de l'autre, d'expliquer la genèse de la fièvre typhoïde dans des circonstances aussi extraordinaires.

En tout cas, une maladie dont les caractères principaux sont la lenteur du décours, la nature grave des symptômes, apparaissant plusieurs jours seulement après l'ingestion de l'aliment suspect, ne nous semble pas, dans l'état actuel de la science, devoir être classée dans les intoxications.

Il y aurait lieu, peut-être, d'examiner maintenant si les maladies dites *céréales*, et spécialement l'ergotisme convulsif et la pellagre, ne seraient pas le résultat d'une intoxication par des ptomaïnes.

Mais ce serait élargir outre mesure le cadre de ces alcaloïdes. Que la *pellagrocéine* (Brugnacelli et Pellagio) existe réellement, comme le prétendent ces auteurs; que ce soit elle qui donne lieu aux symptômes curieux de la pellagre, nous n'en voulons point douter; mais ce n'est pas une raison pour l'assimiler aux alcaloïdes cadavériques, sa place est plutôt à côté de l'ergotine, de l'émétine, ou même de la muscarine, des alcaloïdes végétaux qu'il importe surtout de différencier des ptomaïnes.

III. Les *maladies infectieuses* ont bien des points de ressemblance avec les empoisonnements. C'est pourquoi, de temps immémorial, on a prétendu faire intervenir dans leur genèse des corps toxiques plus ou moins définis. Il est vrai que depuis un siècle environ, l'on a reconnu que les maladies dites virulentes ne pouvaient en aucune façon être justiciables d'une pareille explication: de sorte que l'origine toxique était tout au plus réservée à ce que Henle appelait les affections *miasmatico-contagieuses* (les typhus, la fièvre jaune, la dysenterie, le choléra, etc.). Dans ce groupe important, il est tout aussi difficile d'*admettre* que de *nier* d'une façon absolue l'intervention de quelque substance chimique analogue aux ptomaïnes ayant pour effet soit de préparer le terrain, soit de produire directement les symptômes incriminés. Il est évident que le courant scientifique actuel est en faveur de la doctrine parasitaire. Mais est-il possible d'éliminer entièrement l'action des agents chimiques? Si des alcaloïdes toxiques se produisent spontanément dans les cadavres, dans les égouts, dans les amas de détritus organiques, si ces alcaloïdes sont solubles (et ils paraissent l'être), pourquoi ne seraient-ils pas emportés par la pluie, pourquoi ne pénétreraient-ils pas dans l'eau potable, puis dans l'organisme?

Mais de pareilles hypothèses sont plutôt dangereuses qu'utiles pour la science, tant qu'elles ne sont pas appuyées sur des faits. Il n'en est pas moins vrai qu'il serait intéressant de rechercher les alcaloïdes en question dans certaines eaux dont l'influence pathogénique est évidente. L'attention n'a pas encore été attirée de ce côté. On continue à doser péniblement la quantité des matières organiques dans l'eau potable, comme si l'on ne savait pas que ce n'est pas la *quantité* mais bien la *qualité* de ces matières qui importe au médecin.

Parmi les maladies infectieuses, il en est deux surtout que nous devons citer à ce point de vue spécial : le tétanos et la septicémie, précisément parce que c'est dans ces deux affections que la pathogénie chimique a joué le plus grand rôle et a résisté le plus longtemps.

Le *tétanos* a eu sa théorie humorale. Les découvertes de Selmi permettraient de lui donner une forme nouvelle, et par exemple de dire : « Le tétanos est dû à la pénétration dans le sang d'un agent inconnu qui détermine une intoxication progressive de l'organisme. Cet agent est probablement une ptomaïne, les expériences modernes ayant démontré que certaines ptomaïnes avaient, à dose presque infinitésimale, une action extrêmement énergique, semblable à celle de la strychnine. Suivant que la quantité de ptomaïne pénétrée dans le sang est forte ou faible, l'on observera toutes les formes cliniques de l'affection, depuis le spasme léger et transitoire, jusqu'au tétanos le plus grave et le plus rapidement mortel. »

Ainsi présentée, la doctrine serait évidemment plus spécieuse qu'autrefois. Mais l'objection fondamentale subsiste toujours. Comment peut-on, dans l'hypothèse d'une intoxication quelle qu'elle soit, expliquer la marche progressive de la maladie? Si tout à l'heure, nous avons été à l'aise pour attribuer les intoxications alimentaires à l'action des ptomaïnes, c'est que ces intoxications sont en quelque sorte immédiates et qu'en quelques heures, la gravité est à son maximum. En est-il de même dans le tétanos? Sans compter qu'il n'y a pas toujours de plaie, ou que la plaie peut être insignifiante ou en excellent état.

---

pas trente-sept ou trente-huit, comme l'a dit Prosper Hérissant, avec lui tous ceux qui l'ont fait naître en 1487, d'après Melchior Adam.

Mais avant de quitter l'historien Pierre Castellan, je dois faire ressortir un autre fait important. A la fin de son article, il se borne à dire que Guinter mourut à Strasbourg le 4 octobre 1574, *sans parler de son âge*. J. G. Schenck (*Bibl. iatrica*), 1606, avait fait la même chose: « *obiit vero Argentinæ*, 1574, *4 octobris* ». Et plus tard le Père Hartzeim (*Bibl. Coloniensis*), 1747, garde la même réserve, ne préjugeant rien sur la date réelle de la naissance.

Melchior Adam avait pris sans doute la malheureuse date, 1487, dans le très curieux recueil de portraits de Nicolas Reusner gravés par Tob. Stimmer (*Icones*... 1587). Mais il est impardonnable de l'avoir acceptée, puisqu'elle est en désaccord constant avec son récit. Nous y avons suivi jusqu'à présent les premières années de la vie de Guinter. A l'occasion de sa mort, nous retrouvons la même impossibilité relativement à l'âge qui lui a été assigné.

« Enfin à l'automne de l'année 1574, appelé auprès de » l'illustre et vaillant baron Lazare de Schwandy qui était » tombé malade, il fut pris lui-même de fièvre ardente et » ramené à Strasbourg; il passa dans une meilleure vie le » quatrième jour d'octobre dans sa quatre-vingt-septième » année. » Voilà Guinter qui fait de la médecine active, en dehors de sa résidence, à quatre-vingt-six ans passés! Il n'en avait en réalité que soixante-huit. Mais ce n'est pas tout. Melchior Adam donne aussitôt après l'épitaphe que Michel Toxites fit pour son maître et ami, et l'on n'est pas peu surpris d'y lire que Jean Guinter avait vécu environ soixante-dix-ans.

Excessit septem decies atque amplius annos,
Mens tamen in sano corpore sana fuit.....

Ce temps n'aurait-il pas subi même une légère augmenta-

La *septicémie* est, de nos jours encore, attribuée par certains chirurgiens à l'action d'un agent chimique.

Panum (*Schmidt's Jahrbücher*, t. CI) avait déjà prétendu en 1855 :

1° Que le maximum d'activité des substances putrides existe aux premières heures de la décomposition ;

2° Que le poison putride (sous forme d'extrait) est stable, fixe, non volatil, et qu'au point de vue de l'énergie, il n'a *de comparable que le venin des serpents, le curare et les alcaloïdes végétaux*.

Hemmer disait, en 1866, que le poison putride agit en quantité infinitésimale, et peut être comparé aux *poisons les plus actifs*.

Bergmann et Schmiedeberg annonçaient en 1868 (*Cent. für med. Wiss.*, n° 32) la découverte du sulfate de sepsine, qu'ils considéraient comme l'agent actif de la putridité.

Enfin Zuelzer et Sonnenschein (*Berl. klin. Woch.*, 1869, n° 2) disent avoir isolé un alcaloïde (putride) qui n'est pas la sepsine, mais qui est *comparable à l'atropine et à l'hyosciamine*.

Panum revint à la charge en 1874 (*Virchow's Archiv*, t. LX, p. 301). Il ne croit guère à la sepsine : pour lui, ce poison putride (sous forme d'extrait) se compose de plusieurs corps toxiques différents (chimiquement et physiologiquement), comme l'opium par exemple. Voici donc, résumés en quelques lignes, des travaux nombreux et importants et qui ont été considérés non sans raison comme ayant frayé la voie à ceux de Selmi. Mais ces divers alcaloïdes découverts dans ces liquides putrides nous rendent-ils compte de la genèse de la septicémie? Non, pour les mêmes raisons que nous avons indiquées plus haut pour le tétanos.

Koch raconte dans un mémoire qui a malheureusement passé inaperçu en France, que lorsqu'il injectait à une souris cinq gouttes de sang putréfié, il la voyait mourir rapidement et le sang de cette souris pouvait être impunément injecté à une autre. C'est bien là le type d'une intoxication, mais voit-on en chirurgie des formes de ce genre?

Le même auteur raconte que lorsqu'il injectait une demi-goutte seulement, la souris ne devenait malade qu'en vingt-quatre et trente six-heures, et son état ne s'aggravait que progressivement, le sang était devenu virulent. Voilà bien la septicémie, mais en quoi cela rappelle-t-il une intoxication ?

On a bien essayé de concilier toutes les contradictions qui pullulent dans cette théorie de la nature chimique des maladies infectieuses, en prétendant, — soit que le poison chimique déterminait dans l'organisme, par sa simple présence, une transformation des substances protéiques qui reproduisait et par suite multipliait le poison, — soit que l'agent toxique était le produit de la vie et de la multiplication des microbes. Mais la première théorie, qui est celle de Liebig, est une pure hypothèse qui n'a jamais rallié personne ; la seconde, qui est celle de Billroth, Pasteur et Panum lui-même, enlève toute son importance aux composés chimiques qui n'existent que secondairement.

Nous dirons donc pour résumer cette longue discussion :

1° Que l'importance des ptomaïnes pour le toxicologiste est évidente, et que la nécessité s'impose de remanier la recherche des alcaloïdes en médecine judiciaire.

2° Que la plupart des intoxications alimentaires (fromages, poissons et viandes avariées) sont dues à ces mêmes ptomaïnes.

3° Que dans les maladies infectieuses (même la septicémie et le tétanos) leur rôle est douteux, en tout cas secondaire.

C. Zuber.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Du rôle des muscles dans les luxations traumatiques, par feu M. le professeur Rigaud.

(Suite.— Voyez les numéros 24 et 25.)

Deuxième section. — *De l'influence des muscles sur les changements consécutifs que les os éprouvent dans leurs rapports anormaux.* — Ici, bien au contraire de la déclaration négative que j'ai faite à la précédente question, celle que nous ferons à la question présente est tout à fait affirmative : *Les muscles sont presque exclusivement les seuls agents de ces déplacements consécutifs.* J'ai dit presque exclusivement, parce qu'il n'est pas permis de toujours négliger, sans en tenir aucun compte, les refoulements que les os déplacés peuvent subir de la part, soit, et dans les premiers instants, de la violence extérieure qui a produit la luxation et dont l'activité peut ne pas être encore entièrement épuisée, dès que la luxation primitive est effectuée ; soit des divers refoulements plus ou moins répétés que les os peuvent ultérieurement supporter quand, par exemple, les blessés s'appuient sur le membre déplacé, ou qu'accidentellement un choc, une pression, viennent agir sur lui.

Ce sont des actions différentes, mais presque exclusivement des rétractions et des contractions musculaires perma-

---

tion pour fournir la mesure du vers? Peu importe. S'il s'était trouvé un lecteur assez attentif pour découvrir ces contradictions à quelques lignes de distance, cet oiseau rare en histoire médicale n'aurait pas manqué de se mettre à l'œuvre, et, sans chercher beaucoup, il serait arrivé à trouver la date certaine de la naissance de Jean Guinter. En effet, il nous la fait connaître lui-même dans la dédicace de sa première traduction : *Cl. Galeni Pergameni libri tres..... Guinterio Joanne interprete.* Parisiis, apud Simonem Colinœum, 1528, in-8.

« Depuis trois ans passés qu'il fait partie de la famille médi-
» cale, dit-il en commençant, il a voulu, suivant l'usage, lui
» témoigner toute sa gratitude. Jusque-là il s'était voué au
» culte des nymphes aimables des lettres ; mais le sort et la
» rigueur des temps l'ont arraché à ses douces amours pour
» le porter vers les graves matrones de la science. » Plus loin, il réclame l'indulgence pour son œuvre « parce que,
» d'abord, je suis jeune et tout nouvellement initié à la méde-
» cine. Que peut, en effet, écrire et savoir un homme à peine
» sorti de sa vingt-troisième année ? » *Primum quod et juvenis et recens adhuc medicinæ mysta sim. Quæ enim scribendi facultas et rerum cognitio esse possit in homine vix vigesimum tertium ætatis annum egresso?.....* Cette dédicace au prince Antoine de la Marck, comte de Beaulieu (en Argonne), son bienfaisant Mécène, est fort intéressante et mériterait d'être citée tout entière. Comment a-t-elle échappé aux yeux des historiens? C'est incompréhensible !

Proper Hérissant, qui a joint à son éloge de Gonthier d'Andernach un catalogue raisonné de ses ouvrages, n'a pas même mis cette première traduction à sa vraie place. Il ne parle pas non plus d'une autre publication qui parut la même année 1528 : *Claudii Galeni Pergameni de Elementis ex Hippocratis sententia libri duo*, suivis de deux petits traités aussi de Galien : *De optimo corporis humani statu* et *De bono corporis habitu*, où Jean Guinter allègue encore sa jeunesse comme excuse, « *me homine propemodum adolescente* », dans sa dédicace au révérend père en Christ Jean Olivier

nentes ou alternantes, qui effectuent les déplacements consécutifs des os luxés, cela d'une façon lente et progressive. Elles peuvent amener ainsi les parties à constituer successivement plusieurs des diverses espèces de luxations propres aux segments du squelette qui ont éprouvé les déplacements.

C'est ici l'occasion de rappeler ce point de l'histoire des luxations, et sur laquelle tous les praticiens, aussi bien que les auteurs, ne sont pas tout à fait d'accord, à savoir : s'il peut exister et persister, ne fut-ce que pour un temps qui ne serait pas très long, des déplacements articulaires des os en état de luxation incomplète, dans lesquelles l'os déplacé répondrait encore en partie à la cavité qu'il n'occupe plus entièrement et en dehors de laquelle il se trouverait en partie faire saillie; on peut dire qu'il serait ainsi en état d'équilibre instable sur le bord de la cavité, aussi certains mouvements même faibles et quelques actions musculaires peuvent alors, soit le déplacer complètement ou le faire retomber dans sa cavité; ceci, pour le dire en passant, advient assez rarement; le premier effet est le plus ordinaire. Les muscles qui entourent une articulation en état normal doivent être regardés comme les plus solides moyens d'union des os articulés; il les maintiennent sûrement dans leurs rapports en appliquant exactement l'une sur l'autre les surfaces articulaires en contact; mais lorsque les os se sont abandonnés, que l'un deux s'est échappé de la cavité articulaire, à travers la déchirure de la capsule fibreuse, et qu'il est venu se mettre en contact, soit avec des parties du squelette, qui n'étaient pas conformées de manière à établir avec lui des rapports corrélatifs, soit avec des masses musculaires, tendineuses ou aponévrotiques, qui ne sont pas faites pour le supporter : ces mêmes muscles, qui avaient maintenu jusque-là les rapports réguliers des articulations, tendent maintenant à entraîner de plus en plus l'os déplacé vers le point fixe de leur insertion et produisent les déplacements consécutifs, variés, que la pratique nous donne journellement l'occasion d'observer.

Ainsi, la réponse affirmative que nous avons donnée à la question présente est pleinement justifiée, et elle est tout aussi absolue dans son sens que la précédente l'était dans l'autre sens. Je veux, pourtant, ajouter encore que ces déplacements secondaires qu'éprouvent les os luxés peuvent s'effectuer et s'effectuent parfois peu de temps après l'accident et, souvent même, immédiatement à sa suite; il y a plus, ils semblent, dans quelques cas, s'être effectués presque en même temps ou comme le complément de la luxation première. Pour être tout à fait éclairé sur ce point, je puis renvoyer à la première observation de mon premier mémoire : luxation sous-acromio-épineuse, où nous avons dit, page 20, ligne 20 et suivantes : « la luxation, axillaire dans le principe, a donc été le premier degré du déplacement que nous avons sous les yeux, et cette luxation sous-acromio-épineuse en a été le second degré et doit être considérée comme consécutive à la luxation première, qui n'a été que transitoire. » Dans la deuxième observation du même mémoire, on a l'exemple d'une luxation sous-scapulaire qui a succédé presque immédiatement à une luxation axillaire; la luxation sous-scapulaire s'est produite secondairement, mais cela toutefois, au moment de l'abaissement du bras, lorsque la chute sur le sol a eu lieu et quand la main, d'abord accrochée à la branche de l'arbre où le blessé s'était suspendu, a dû l'abandonner et que, dans ce second temps de l'accident, la main ou le coude ayant frappé par terre, le bras a été refoulé vers l'épaule et la tête humérale s'est engagée sous le scapulaire.

Dans mon mémoire de 1873, page 61, j'ai donné une observation de luxation sous-claviculaire, qui a succédé à une luxation sous-coracoïdienne; quand ce déplacement consécutif s'est-il effectué? Je ne saurais le dire précisément, car je n'ai vu le blessé que trois mois après l'accident, mais il me paraît probable que ce n'est que graduellement qu'il s'est produit par l'action lente des muscles, secondés peut-être par quelques circonstances accessoires, mouvements, pressions. A la page 37, premier mémoire 1858, on trouve un exemple de luxation sous-pubienne du fémur; à la page 41, même mémoire, j'ai donné une observation de luxation iliaque externe du même os; enfin, à la page 60, deuxième mémoire 1873, on trouvera un nouveau cas de luxation sous-pubienne; eh bien, toutes ces luxations du membre pelvien, que tous les chirurgiens disaient généralement primitives, mais à tort, ont toutes succédé à un premier degré ou à un premier temps de déplacement, lequel s'était effectué à travers une déchirure de la capsule, déchirure plus inférieure que le lieu où nous avons trouvé la tête fémorale qui, par conséquent, était remontée aussi haut que possible et plus ou moins immédiatement après l'accident, mais n'en constituant pas moins des luxations consécutives à celles qu'elles avaient été transitoirement au moment de la déchirure de la capsule; et c'est cette ouverture vers laquelle il faut toujours ramener la tête de l'os luxé pour la pouvoir faire rentrer dans sa place naturelle; c'est précisément ce que fait rationnellement la méthode par rétrogradation.

TROISIÈME SECTION. — *De l'action des puissances musculaires dans la réduction des luxations.* — Dans l'ancienne doctrine, dans la doctrine de l'école, la préoccupation du chirurgien, en présence d'une luxation, était de se mettre en mesure de lutter efficacement contre les puissances musculaires qu'il allait avoir à combattre. De cette fausse idée naquirent toutes ces machines de réduction, véritables instruments de torture, dont le plus grand inconvénient n'était pas de torturer le patient, mais d'être dangereuses en même temps qu'elles étaient souvent inutiles. L'époque moderne fit un véritable

---

abbé de Saint-Marc. Mais ce n'est pas le moment de dire combien l'*Eloge historique de Jean Gonthier d'Andernach* par Prosper Hérissant renferme des fautes et d'omissions. C'est une œuvre de jeunesse, et d'ailleurs trop légèrement conçue, comme la plupart des productions historiques de son époque. Elle est à refaire. J'ai déjà rassemblé pour cela de nombreux matériaux, et j'espère un jour terminer une étude plus complète sur la vie et les œuvres de l'homme célèbre auquel je me borne à rendre aujourd'hui son nom et son âge, en y joignant le catalogue revu et corrigé de ses ouvrages.

Jean Guinter d'Andernach, né en 1505 au lieu de 1487, était donc quand il mourut, le 4 octobre 1574, non pas dans sa quatre-vingt-septième, mais dans sa soixante-neuvième année. Cette rectification entraîne nécessairement avec elle dans l'histoire de cette époque des changements qu'il est utile de mettre en évidence. Jacques Sylvius, né en 1478 (peut-être 1491), devient l'aîné de Guinter de vingt-sept ans. Jean Fernel, qui était de la même licence, et Charles Estienne (1503-1564) sont ses contemporains, comme Jean Sleidan (1506-1556), Bartholom. Latomus, Jacques Omphalius, Guillaume Rondelet (1507-1566) et Jean Sturmius (1507-1589) que Melchior Adam fait son élève avec André Vésale (1514-1564). Les quelques détails dans lesquels je vais entrer prouvent que Melchior Adam était un agréable panégyriste, et non un véritable historien digne d'être cité sans réserves. Ainsi Jean Guinter a été professeur de langue grecque à l'université de Louvain; André Vésale y a fait à peu près vers le même temps ses humanités : il ne lui en a pas fallu davantage pour dire hardiment que Vésale avait eu Guinter pour professeur de grec. Or cette assertion, qu'on retrouve partout dans les auteurs comme un fait bien connu, est loin d'être prouvée. On sait en effet que, d'une part, Jean Guinter quitta Louvain en 1526, peut-être même en 1527, puisqu'il était allé aussi à Liège, comme nous l'avons déjà vu (préface de *Syntaxis Græca*). D'autre part à cette époque Vésale, né le 31 décembre 1514, n'avait pas encore douze ans, tout juste

progrès; malheureusement encore ce progrès se fit dans la mauvaise voie, lorsqu'on eut l'idée de suppléer, du moins en partie, à l'intervention irrégulière et par secousses des aides, pour si intelligents qu'on les suppose, par l'emploi plus ou moins méthodique des mouffles, dont le premier et le plus grand avantage est d'agir d'une façon progressive, régulière, que l'on peut modérer à volonté et dont le dynamomètre indique la quantité; l'échappement qu'on y applique peut avoir aussi sa grande utilité; toutefois, que l'on veuille bien me permettre de faire, à ce mode d'emploi des forces et à leur mesure, les critiques qui me paraissent devoir lui être faites : leur premier tort, à mes yeux, c'est d'être, comme les tractions par des aides, irrationnellement employées, puisqu'elles se proposent aussi de lutter contre des résistances musculaires auxquelles le chirurgien doit chercher et peut parvenir à se soustraire sans lutter avec elles; nous allons y revenir, car c'est sur ce dernier principe éminemment rationnel que doit reposer la méthode générale; en second lieu, le dynamomètre vous fait bien connaître la quantité de force que vous développez, c'est un avantage sans doute; mais savez-vous quel est le degré auquel il est nécessaire d'atteindre pour arriver au but que vous cherchez? Savez-vous à quel degré d'efforts commence le danger? Quelle est la force de traction que peuvent supporter les muscles qui vous résistent? Combien ce point est variable suivant chaque blessé! Celui qui sera insuffisant chez l'un, produira de graves désordres chez un autre; et quand vous croyez être arrivé à la limite que vous ne pensez pas pouvoir dépasser prudemment, vous renoncez à faire la réduction; c'est bien, mais peut-être étiez-vous arrivé justement à ce degré où le plus minime accroissement d'efforts vous eût fait atteindre le but. Ainsi donc, le dynamomètre, s'il peut vous guider et vous faire connaître la quantité de forces que vous avez employée, est insuffisant pour vous instruire sûrement et avec la certitude que vous lui demandiez et qu'il ne peut pas vous donner. Ainsi, ce qu'il peut donner ne suffit pas; du reste, rien ne nous donne le juste point dans ces méthodes irrationnelles et brutales. Il nous faut revenir au grand et excellent principe qu'a donné Pouteau : « C'est de mettre tous les muscles dans l'état le plus complet et le plus égal possible de relâchement pour n'avoir à exercer aucune violence sur eux et ne point exciter leur contraction ». Combien nous sommes loin ici des doctrines anciennes; et, bien plus encore, dans la pratique, l'on avait vu Maisonneuve, au dire de Pouteau, réduire des luxations de la cuisse sans le secours d'aucune extension, comme Hippocrate et Paul d'Egine l'avaient proposé; il y a longtemps, « Maisonneuve fléchit la cuisse à angle droit, puis il donne à cette cuisse, dit Pouteau, un mouvement de rotations (c'est sans doute un mouvement de circumduction ou un arc qu'il veut dire) qui la fait approcher d'abord vers le ventre autant que possible, pour la porter ensuite en dehors vers la hanche et la redresser aussitôt, en la ramenant vers la cuisse saine », il faut bien savoir qu'il s'agissait ici d'une luxation dans la fosse ovalaire. Mais Pouteau ne comprit pas tout ce qu'il y avait d'excellent dans la manœuvre de Maisonneuve, il s'arrêta en chemin, comme firent plus tard Gordy et Després; ils ne virent pas, les uns ni les autres, que, tout en approchant du but, ils ne l'avaient pas atteint; c'est là ce qu'ils ont laissé à faire et je pense y être arrivé. Ici donc, en développant le principe fondamental posé par Pouteau : « il faut mettre les muscles dans l'état le plus complet et le plus égal de relâchement possible, pour n'avoir à exercer aucune violence sur eux et ne point exciter leur contraction, » nous pouvons immédiatement déclarer que les muscles ne veulent et ne doivent s'opposer en rien, dans une méthode vraiment rationnelle, aux efforts de réduction, efforts toujours nécessaires, mais dans une faible mesure, puisque nous allons nous servir des os luxés eux-mêmes comme leviers de la réduction, et comme ils l'ont été de la production de la luxation qu'ils constituent.

Je vais plus loin et je veux prouver encore ici, comme je l'ai déjà fait antérieurement dans mes deux précédents mémoires, qu'à un certain moment donné de la réduction d'une luxation, certains muscles deviennent des auxiliaires de l'opérateur, comme ils avaient parfois concouru indirectement au déplacement; c'est ce qui se trouve établi implicitement dans mon premier mémoire (1858), sixième observation : luxation iliaque externe du fémur, à la page 43, ligne 11 et suivantes, fait que tous les assistants ont pu voir et toucher. Dans le même mémoire et dans les deux premières observations : luxation sous-acromio-épineuse droite et luxation sous-scapulaire droite consécutives ou secondaires, on put observer la même chose au moment de leur transformation en luxation axillaire primitive, à laquelle elles avaient succédé, et où nous secondâmes dans la première l'action de la longue portion du triceps, en poussant de haut en bas l'humérus, que nous avions tout à fait renversé en haut (page 22, ligne 11 et suivantes); dans l'autre, nous laissâmes la chose se faire toute seule (page 26, ligne 9 et suivantes). Je n'ai pas besoin d'aller plus loin pour formuler ma réponse à la troisième question. De l'action des puissances musculaires dans la réduction des luxations, je puis dire cette action *est nulle*, ou du moins, le chirurgien peut et doit la rendre nulle, et plus explicitement : «*Les muscles, quand on applique de tous points la méthode rationnelle par rétrogradation, ne s'opposent en rien aux efforts de la réduction; on les évite entièrement et complètement; de plus même, dans un certain moment, ils viennent parfois en aide à l'opérateur, bien loin qu'il ait à lutter contre eux.*»

Afin de ne laisser aucun doute dans les esprits, je vais

---

l'âge où l'on commence à apprendre la langue grecque. Ainsi Vésale ne fut réellement l'élève de Guinter qu'à Paris. Il y suivit ses leçons. Puis il disséqua sous sa direction, après avoir été l'élève de Sylvius en anatomie. Si l'on peut dire de ce dernier qu'il a été le vieux maître de Vésale, il ne sera plus permis d'en faire autant pour Guinter qui était bien plutôt son contemporain, puisqu'il n'y avait entre eux que neuf ans de différence.

Et, à ce propos, qu'on me permette d'insister en terminant sur l'explication d'un fait qui a été mal interprété par tous ceux qui en ont parlé. Pendant un voyage d'André Vésale à Cologne, Jean Eccius lui avait montré une lettre de Dryander, où il était blâmé de n'avoir fait aucune mention des célèbres professeurs d'anatomie de son temps et en particulier de son maître Jean Guinter. « .....*a me nostræ ætatis celebrium dissectionis professorum nullam esse factam enumerationem, ac me præter aliquot alios Joannem Guinterium hac in parte præceptorem non cognovisse.* » A cela Vésale répond, à la page 177 de la *lettre sur la racine de Squine*, qu'il a certes pour lui (Guinter) beaucoup d'estime sous bien des rapports et qu'il l'a reconnu dans ses écrits pour son professeur de médecine. « *Quem ego sane multis nominibus colo et in medicina præceptoris loco publicis scriptis habeo.* » Mais je demande, dit Vésale, qu'on m'attribue toutes les dissections que je lui ai vu tenter sur l'homme ou quelque autre animal, excepté à table. « *Verùm tot mihi modos sectionis infligi cupio, quot illum aut in homine, aut alio bruto (præterquam in mensa) tentantem vidi.* » Et je ne crois pas que Guinter ait lieu de s'en fâcher, puisqu'il est constant que pour lui comme pour d'autres, s'il a appris quelque chose en dehors des livres de Galien dans cette partie de notre art, c'est à moi qu'il le doit. « *Neque arbitror Guinterium id ægrè ferre, quum ipsi cum paucis aliis constet, num mihi aliquid in hac nostræ artis parte debeat, si quid modo in dissectionis ratione extra communes Galeni libros, sibi vindicet.* »

rappeler ce qui se passe au moment où l'on fait les manœuvres rationnelles nécessaires pour la réintégration de certains os luxés et qui ont ainsi perdu leurs rapports naturels; dans la luxation de la cuisse en haut et en dehors, qui, pour le dire en passant, n'est jamais primitive, comme cela se répète partout et toujours, la tête fémorale qui s'était échappée de la cavité cotyloïde, après la rupture du ligament rond et la déchirure de la capsule fibreuse à sa partie postérieure, était venue reposer momentanément sur la surface arrondie qui sépare la cavité articulaire de la grande échancrure sacro-sciatique, mais n'avait pu y rester à l'état d'équilibre instable; elle a été immédiatement entraînée en haut par l'action des principaux muscles qui, du bassin, vont au membre pelvien, et elle est ainsi arrivée dans la fosse iliaque externe, constituant alors la luxation en haut et en dehors, luxation iliaque externe qui est donc ainsi véritablement secondaire ou consécutive. Quand maintenant on veut en effectuer la réduction suivant la méthode rationnelle par rétrogradation, il faut fléchir la cuisse, non pas seulement à angle droit, comme le recommande Pouteau, et comme Després et Gordy le firent plus tard, mais il est nécessaire de porter plus loin la flexion sur le ventre et jusqu'à ce que le genou vienne toucher la poitrine; alors, et si pendant ce mouvement exagéré de flexion on a étudié attentivement ce qui s'est passé du côté de la luxation, on a vu la tête fémorale entraînée par les muscles postérieurs de la cuisse descendre de plus en plus, à mesure que l'on portait plus loin la flexion du membre. Elle est ainsi revenue se placer derrière la cavité cotyloïde, entre elle et la grande échancrure sacro-sciatique sur cette surface arrondie, qui se trouve entre elles, et comme au moment où la luxation s'était effectuée; cette descente est la preuve manifeste de l'intervention utile de l'action musculaire. C'est à ce moment que, pour faire rentrer la tête fémorale dans le cotyle, à travers la déchirure de la capsule, vis-à-vis de laquelle elle est venue de nouveau se placer, il suffit d'imprimer au membre un mouvement d'abduction en même temps que de rotation en dehors; pour que la réduction soit faite, on laisse alors étendre le membre et tout est remis dans l'ordre.

L'analyse détaillée de la luxation sous-acromio-épineuse et de la luxation sous-scapulaire que nous avons indiquées plus haut et qui se trouvent relatées et analysées dans mon premier mémoire (1858, pages 17 et 23), aussi bien que toutes les autres que j'ai publiées, montrent péremptoirement les mêmes faits et établissent les mêmes principes.

Répétons-le donc une fois encore : « Dans la méthode rationnelle de réduction des luxations (méthode par rétrogradation), les muscles ne s'opposent en rien aux efforts de la réduction, leur action est nulle et même parfois elle vient en aide à l'opérateur. »

En finissant ici, je puis donc résumer de la façon suivante les principes généraux de ma doctrine, touchant *le rôle des muscles dans les luxations :*

1° Les muscles n'interviennent jamais *directement* pour effectuer les luxations traumatiques;

2° Les déplacements consécutifs que les os luxés éprouvent dans leurs rapports anormaux sont essentiellement produits par l'action des muscles ;

3° Dans la méthode rationnelle de la réduction des luxations traumatiques *par rétrogradation*, les muscles ne s'opposent jamais et ne peuvent pas s'opposer à la réintégration des os luxés dans leurs rapports naturels; au contraire même, souvent ils y concourent.

Afin de ne rien négliger de ce qui peut répandre la lumière sur l'histoire théorique et pratique des luxations traumatiques et pour répondre, autant qu'il est en moi, à tous les *desiderata*, ainsi qu'à toutes les critiques que l'on pourrait adresser à ma doctrine et aux faits de détail de mon travail, j'ai entrepris et j'ai complété une série d'expériences sur le cadavre humain ; ces expériences sont toutes venues corroborer et justifier les principes théoriques et toutes les applications pratiques que j'ai donnés et formulés d'une façon très catégorique et absolue :

1° J'ai effectué les luxations du bras dans l'aisselle en renversant le membre en haut, lorsque l'épaule était solidement appuyée sur le bord de la table et que la partie supérieure du tronc était absolument fixée, du moins autant que possible, au moyen d'une large sangle et que des aides fixaient le reste du corps; j'ai fait basculer l'humérus sur la saillie de la voûte acromio-claviculaire, la tête humérale est alors un peu descendue en même temps qu'elle est venue soulever la partie inférieure de la capsule fibreuse; à ce moment, et lorsque deux aides l'empêchaient de glisser en dedans ou en dehors, une brusque violence de renversement du bras, toujours en haut et en arrière, a rompu la capsule fibreuse, à travers laquelle la tête osseuse s'est échappée; poussant alors vers le bas le membre renversé, nous avons vu la tête humérale, soulevant la peau, venir se placer au-dessous de la cavité glénoïde, et le bras, renversé alors dans sa position à peu près normale, nous a montré tous les signes de la luxation *in alam* d'Hippocrate; la réduction s'est ensuite effectuée si facilement, qu'il n'a pas été nécessaire de recourir aux manœuvres méthodiques qui, toujours avantageuses sur le sujet vivant, ne sont souvent pas nécessaires dans les luxations récentes, mais sont les seules rationnellement efficaces dans les cas de luxations anciennes et réussissent quand les autres méthodes violentes et irrationnelles ont échoué.

2° Sur le même cadavre, j'ai voulu produire la luxation de la cuisse en haut et en dehors dans la fosse iliaque externe; j'y ai réussi sans de bien grandes difficultés, mais ici, comme

---

Th. Lauth (*Hist. de l'anat.*, p. 315) va donc trop loin quand il écrit : « Il est donc indécent que Vésale, élève de Sylvius » et de Guinther, se permette de dire que le premier ne savait » pas disséquer, et qu'il n'a jamais vu disséquer le second » qu'à table. » Je suis en cela de l'avis de Haller (*Bibl. anat.*, I, 174) qui accepte simplement la déclaration de Vésale: « *negat unquam corpora humana incidisse Vesalius, Guinterii discipulus.* » Guinter d'ailleurs le reconnaît lui-même dans ses commentaires *De medicina veteri et nova*, 1571: « *Quod olim Lutetiæ Parisiorum accidit, cum cadaveris fœminæ incisioni publice in scholis, Andrea Vesalio tum mihi operam dante, præessem,* » p. 159 du premier commentaire, et à la page 91, au commencement du dialogue IV qui traite de l'anatomie. « *Hanc nos quoque docendi rationem olim Lutetiæ ante annos triginta in anatome celebranda observavimus. Deinde cum alii, tum Andreas Vesalius, qui antea mihi medicinam publice profitenti operam dabat...* » Il avait déjà dit (*Inst. anat.*, 1536, p. 32 et 33) : « *Nuper autem opera Andreæ Vesalii imperatoris Myropolæ filii, me Hercules juvenis magnæ expectationis, ac præter singularem medicinæ cognitionem in corporibusque dissecandis dexterrimi, post longam partium disquisitionem invenimus.* »

Tout cela n'empêche pas Jean Guinter d'Andernach d'avoir été appelé par Riolan d'abord, « *Primus Anatomes in Academia Parisiensi instaurator* », appréciation qui plus tard a été attribuée à Winslow par Prosper Hérissant (*ouv. cit.*, p. 24), et ensuite par Th. Lauth, qui a eu le tort de croire à la vérité de ce renseignement (*ouv. cit.*, p. 317.)

E. Turner.

(*A suivre.*)

dans l'expérience précédente, il nous a fallu faire d'assez grands efforts; après avoir bien fixé le bassin et tout le reste du tronc, j'ai fortement et entièrement fléchi la cuisse sur le bassin en même temps que je portais, autant que possible, le genou dans l'adduction et le membre entier dans la rotation en dedans; la partie supérieure du fémur est venue s'appuyer sur le pubis; là il a basculé, et la saillie qu'a d'abord formée la tête fémorale dans le centre de la fosse s'est subitement prononcée davantage quand j'ai senti que le ligament rond venait de se rompre; à ce moment, j'ai poussé le membre en arrière et en haut, après l'avoir ramené à angle droit avec l'axe du corps; après quoi, le replaçant autant que possible dans sa position normale, nous avons vu la tête osseuse remonter dans la fosse iliaque externe et tous les signes de cette espèce de luxation ont été manifestes.

Nous répéterons ici ce que nous avons dit au sujet de l'expérience de la luxation humérale; la réduction s'est affectuée si aisément, qu'il ne faut en rien comparer ce qui se passe ici, dans ces occasions, avec les difficultés que l'on rencontre sur le vivant, et particulièrement dans les luxations anciennes, où la méthode de réduction par rétrogradation est souvent la seule efficace, et, dans tous les cas, c'est toujours la méthode rationnelle.

3° Sur le même sujet encore et du côté opposé, bien entendu, nous avons réussi, en prenant toutes les précautions nécessaires, à effectuer la luxation ovalaire ou sous-pubienne du fémur. Pour cela, j'ai fait l'effort nécessaire pour renverser le membre en extension et en abduction forcées; la tête fémorale a fait tout de suite une assez grande saillie en dedans, et elle a semblé près de s'échapper de la cavité cotyloïdienne avant la rupture du ligament rond, qui nous a semblé ne se faire qu'après ou en même temps que l'irruption de la tête de l'os qui, placée, dès ce moment, dans la fosse ovalaire, a permis de retrouver tous les signes de cette luxation.

4° Sur le cadavre d'un homme de quarante ans, j'ai produit la luxation du coude en arrière; le bras était bien fixé, l'avant-bras fut renversé vers la partie postérieure du membre, à quoi nous procédâmes lentement, pour ne pas faire de fracture de l'humérus, et, lorsque le renversement en arrière fut suffisant, c'est-à-dire quand l'angle, rentrant postérieurement, fut de 25 degrés environ, je fis vivement refouler l'avant-bras vers le haut, et aussitôt l'apophyse coronoïde du cubitus passa derrière la poulie articulaire de l'humérus pour venir se loger dans la cavité olécranienne, d'où l'olécrane s'était échappée pour remonter sur la face postérieure de l'humérus; le membre était alors raccourci de 3 centimètres, les parties ayant alors été abandonnées à elles-mêmes; nous ramenâmes, avec une extrême facilité, l'avant-bras à sa longueur normale par une bien légère traction, et la luxation était ainsi réduite.

Toutes ces expériences pour la production, sur le cadavre, des luxations du bras dans l'aisselle, auxquelles nous avons ajouté les luxations sous-coracoïdienne et sous-épineuse, primitives et secondaires, ainsi que les luxations sus et sous-pubiennes du fémur, que nous avons jointes aux luxations iliaque externe et ovalaire, ont été répétées plusieurs fois sur des sujets d'âge et de sexe différents; elles nous ont toujours donné le résultat cherché, qui n'ont jamais pu être sûrement obtenus en agissant d'une manière différente de celle par laquelle nous avons effectué les luxations que nous avons voulu produire et que nous qualifions de mode rationnel, aussi bien pour leur production que pour leur réduction. Je dois ajouter que dans toutes les occasions où j'ai vu effectuer expérimentalement à Paris, il y a bien longtemps, et plus tard, à Strasbourg, les diverses luxations sur des cadavres humains, j'ai pu me convaincre qu'aucun anatomiste et qu'aucun chirurgien n'ont réussi qu'en s'y prenant comme nous venons de le décrire et de le faire, et cela, pourtant, sans principes arrêtés, sans doctrine aucune, mais par la nécessité à laquelle ils étaient conduits à la suite de l'impossibilité où ils s'étaient trouvés de réussir en agissant autrement et malgré les plus grands efforts.

Jamais je ne les ai vus, dans ces diverses occasions, réussir à effectuer une véritable luxation simple du coude en arrière, mais presque toujours des fractures et des ruptures de différentes sortes. Le procédé que j'ai suivi est donc le procédé naturel, c'est-à-dire celui par lequel se produit cette luxation sur le vivant, dans une chute ou par suite d'une violence spéciale. En résumé, je puis, une fois de plus, soutenir cette thèse, que c'est le mode suivant lequel on peut arriver, sur le cadavre, à effectuer toutes les luxations recherchées par lequel se produisent accidentellement ces mêmes accidents pendant la vie; ajoutant cette démonstration à celle-ci d'un autre genre, à savoir, comme je l'ai dit et écrit précédemment, que, bien des fois, c'est par la marche rationnelle suivie sur le vivant pour obtenir des réductions complètes dans les cas difficiles que l'on peut se rendre un compte parfaitement exact de la manière dont les choses se sont passées pour la production de ces luxations, je crois donc pouvoir dire : ces expériences sont la démonstration rigoureuse de la doctrine générale que j'ai exprimée et soutenue dans mes divers mémoires.

Je veux compléter mon travail par l'indication de mes dernières expériences; en effectuant, sur le cadavre, les luxations de la mâchoire inférieure et celles des deux extrémités de la clavicule, j'y suis parvenu; mais c'est, je dois le dire, avec d'assez grandes difficultés, pour les luxations de la mâchoire; il m'a fallu fixer très solidement soit la mâchoire supérieure, soit la tête, qui, après qu'elle avait été très fortement renversée en arrière (la partie postérieure du cou, reposant sur le bord de la table) a été retenue au moyen d'une petite corde passant sous l'arcade dentaire supérieure et solidement fixée au sol; alors, un fort et large crochet de fer a saisi l'arcade dentaire inférieure et j'ai fait tirer dessus par deux garçons d'amphithéâtre; ainsi, nous avons pu abaisser le maxillaire inférieur jusqu'au sternum, en même temps que le bord postérieur de la branche montante de la mâchoire inférieure a basculé sur le sommet de l'apophyse mastoïde, et qu'ainsi, le condyle, chassé en avant, a passé sous la racine transverse de l'arcade zigomatique pour se placer et rester au-devant d'elle. Je dois noter que les ligaments articulaires n'ont pas été déchirés, non plus que la capsule articulaire, et que le ménisque fibro-cartilagineux est resté dans la cavité digitale, et nous devons supposer qu'il en est également ainsi sur le vivant, mais j'ignore si l'on a jamais recherché ce qu'il en est dans les rares occasions où l'on aurait pu le faire.

Je termine en ajoutant que dans cette expérience, renouvelée trois fois, il a toujours suffi de soulever assez légèrement le menton pour que les condyles soient immédiatement rentrés en place; pourquoi n'en est-il pas de même sur le vivant? C'est qu'alors le déplacement est maintenu solidement par la contraction douloureuse des muscles élévateurs convulsés, pourrais-je dire, et spécialement la crotaphite, qui, tirant vigoureusement vers le haut, par l'intermédiaire de l'apophyse coronoïde, retient et fixe le condyle au-devant de la racine transverse de l'apophyse zigomatique.

Quant aux luxations de l'extrémité interne de la clavicule, il a fallu, pour l'effectuer, entraîner très fortement en arrière le moignon de l'épaule, et, par une secousse violente et subite, nous avons pu, une fois, déchirer les ligaments sterno-claviculaires, pendant que nous faisions refouler très énergiquement l'épaule de dehors en dedans, après et encore pendant qu'elle était rejetée en arrière; dans plusieurs autres tentatives, nous n'avons pas réussi à produire cette luxation, pour laquelle il faut toute la puissance qui se développe dans une chute d'un lieu élevé sur le moignon de l'épaule violemment refoulé en arrière.

Les luxations de l'extrémité externe de la clavicule sont assez facilement produites par un brusque et très fort abaissement du moignon de l'épaule, lorsque le mouvement de bascule se produit sur la base de l'apophyse coronoïde. Le pouce

et les autres doigts sont luxés sans beaucoup de difficultés, lorsqu'on les a engagés dans un anneau ovale dont un des bords agit sur la première phalange ou sur le métacarpien, où il prend son point d'appui pendant que l'autre bord agit sur la phalange à luxer; en renversant la tige de l'anneau vers la face dorsale, on produit les luxations palmaires, ou la renversant vers la face palmaire, on produit les luxations dorsales.

Qu'on veuille bien ne pas oublier que, lorsque je dis que telle luxation est assez facilement produite sur le cadavre, il ne faut pas moins toujours comprendre que les efforts doivent être généralement assez considérables et quelquefois même très grands.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Le classement des professeurs dans les Facultés de médecine de province.

Nous recevons de Bordeaux les observations suivantes :

M. le ministre de l'instruction publique, après avoir pris l'avis du comité consultatif, vient de procéder, conformément aux prescriptions du décret du 12 février 1881, à la répartition des professeurs des Facultés de Montpellier et de Nancy en quatre classes, pourvues naturellement d'appointements différents et qui s'élèvent graduellement de 6000 à 11 000 francs. Trois professeurs sont placés dans la première classe, quatre dans la seconde, dix-huit dans la troisième et neuf dans la quatrième.

Ces dispositions constituent, pour les titulaires de chaires en province, un avantage assez marqué, car elles permettent à quelques-uns, peu nombreux il est vrai, d'atteindre à des appointements un peu plus élevés que ceux dont ils étaient jusqu'à présent pourvus, quoiqu'ils soient encore loin d'être excessifs.

Le principe même du classement nous paraît une chose juste; il est logique qu'à des services plus anciens dans l'enseignement supérieur, à des travaux de plus en plus remarquables, corresponde une situation matériellement un peu plus favorable, et si, comme on doit le croire, les promotions de classe savent tenir une exacte balance entre l'ancienneté de services et le mérite scientifique, on ne pourra qu'applaudir à une mesure juste et équitable.

Mais on a pu constater avec un certain étonnement que la division en classes n'a pas été, jusqu'à présent, appliquée aux trois nouvelles Facultés de province, Lille, Lyon et Bordeaux. Nous tenons pour certain que les professeurs de ces centres d'enseignement médical se regarderaient comme absolument lésés dans leur dignité et dans leurs intérêts s'ils continuaient à se voir écartés de la répartition.

Il est évident que le ministère de l'instruction publique, pour agir comme il l'a fait, a dû se trouver en présence d'une situation délicate. Les Facultés de Lyon et Bordeaux, en vertu de la loi du 8 décembre 1874, celle de Lille, créée par le décret du 12 novembre 1876, ont été organisées sur la demande des municipalités, qui se sont engagées par contrat à faire tous les frais des constructions d'après les devis approuvés par le ministère, et, de plus, à verser au trésor public une subvention variable suivant chacune des Facultés, et cela pour un temps déterminé. De là est venue l'habitude de les regarder comme « Facultés municipales », en ce que les municipalités font une partie des frais de leur entretien, l'Etat complétant du reste le budget annuel par un crédit supplémentaire.

Or, de cette équivoque il résulte ceci : que, lorsque ces établissements demandent à l'Etat une création nécessaire, il leur est répondu qu'elles doivent saisir de leurs désirs les conseils municipaux; lorsque, au contraire, elles se retournent vers ces derniers, on leur affirme qu'elles sont essentiellement établissements d'enseignement supérieur, et que les villes ont absolument rempli leur mandat lorsqu'elles se sont tenues dans les termes de leur contrat avec le gouvernement, contrat fort onéreux et qu'elles tiennent à ne pas modifier à leur détriment.

Une telle situation est essentiellement fâcheuse à tous les points de vue; elle est de nature à entraver le développement d'établissements déjà en pleine prospérité, à décourager un personnel qui se dévoue avec ardeur à la mission qui lui a été confiée.

On peut affirmer aujourd'hui que la création de nouvelles Facultés a été une mesure heureuse et féconde, car leur vitalité s'accuse par une population scolaire de plus en plus considérable. Nancy et Montpellier restant hors de cause; on constate avec satisfaction que Bordeaux possède près de six cents élèves; que Lyon, un peu moins favorisé peut-être, présente un nombre d'examens très élevé ; que Lille suivrait rapidement la même voie, n'était le voisinage d'une Faculté libre qui, naturellement, lui cause un certain préjudice. Après Paris, Bordeaux, puis Lyon, sont les Facultés de province les plus peuplées et cela même en faisant la déduction des étudiants en pharmacie qui, dans les anciens centres universitaires, comptent aux écoles supérieures de pharmacie.

Or, ces établissements ne doivent à aucun titre recevoir le qualificatif de « Facultés municipales ». L'Etat y nomme les professeurs, il les choisit parmi les agrégés des Facultés de médecine issus d'un seul et même concours, il les paye sur les fonds de l'instruction publique, il contrôle et détermine leur budget annuel. Voilà pour la partie administrative. Au point de vue de l'enseignement, elles sont constituées comme les anciennes Facultés, leurs sœurs aînées, font passer les mêmes examens et délivrent des diplômes qui sont ceux de l'Etat et non ceux d'une municipalité.

On ne saurait en aucune façon établir entre elles et les Facultés de Nancy et de Montpellier la moindre différence officielle, et les villes qui les ont sollicitées se sont simplement engagées à en faire une partie des frais.

Ce principe admis, comment expliquer dès lors qu'il existerait entre les professeurs des anciennes Facultés de province et ceux des nouvelles une différence aussi considérable que celle qui consisterait à donner aux premiers un droit à un avancement légitime et qui forcerait les seconds à rester indéfiniment dans une classe particulière?

Ne voit-on pas que leur dignité comme leurs intérêts matériels en seraient profondément lésés?

D'aucuns allégueront, il est vrai, que, à l'expiration des contrats passés entre l'Etat et les municipalités, celui-ci a *le droit* de prendre les Facultés à sa charge, qu'il en aura même *le devoir*, si les villes, comme il est certain, se refusent à renouveler le traité. A ce moment, le personnel des Facultés rentrerait dans la loi commune.

La réponse est facile; l'Etat a le droit, d'après le contrat, de prendre à sa charge les Facultés nouvellement créées le jour où il lui semblera bon; il en a agi ainsi pour certaines Facultés de droit qui ont promptement vu leurs recettes dépasser leurs dépenses. Pour les Facultés de médecine, les frais sont si considérables, qu'elles seront toujours une charge budgétaire, surtout avec la gratuité des inscriptions. L'Etat n'aura donc aucun intérêt à les rattacher à son budget pour la totalité de leurs dépenses, et le jour où il sera obligé de le faire, dans neuf ou dix ans, quelle sera la situation des professeurs? Ils auront vu leurs jeunes collègues prendre rang avant eux et se trouveront classés, après douze ans ou plus d'enseignement magistral, à la suite d'autres professeurs nommés de la veille, mais nommés à Nancy ou Montpellier. De la sorte, ils n'arriveront jamais à s'élever au-dessus de cette quatrième classe à laquelle ils seraient indéfiniment condamnés.

En envisageant la situation sous ces différents points de vue, il paraît évident qu'un gouvernement qui, en toutes circonstances, montre la plus vive sollicitude pour les besoins de l'enseignement et pour les intérêts de ceux qui le distribuent, ne peut avoir l'intention de laisser cet état de choses persister plus longtemps.

Deux voies sont ouvertes pour en sortir : en premier lieu, le ministère de l'instruction publique a fait insérer dans certains de ses contrats avec les villes (nous n'en sommes cependant sûrs que pour Bordeaux) qu'elles seront tenues de contribuer aux frais de modifications ou de créations qui pourraient être instituées par le gouvernement dans les Facultés nouvelles, si ces mêmes modifications étaient apportées dans les Facultés de Nancy et de Montpellier. Il est donc parfaitement en droit de faire considérer le classement des professeurs comme une création, un progrès réalisé.

En second lieu, si ce moyen ne paraît pas praticable ou équitable envers les villes, il peut prendre à sa charge l'excédant de dépense qui incombera au budget de chacune des Facultés. La somme ne sera jamais excessive, car, durant de longues années, les professeurs des nouvelles Facultés tiendront naturellement un rang peu élevé au point de vue de l'ancienneté. Ce serait évidemment la solution la plus rapide, la plus simple, et dût-elle entraîner une dépense totale de 50 000 ou 60 000 francs, croit-on que jamais le parlement se refuserait à la sanctionner?

Mais c'est trop s'appesantir peut-être sur une question toute matérielle ; plus encore que leur intérêt, leur dignité doit pousser les Facultés de Lille, Lyon et Bordeaux, à réclamer pour leur personnel la même situation que celles de Montpellier ou de Nancy, leurs émules et non leurs rivales. Posée dans ces termes, il nous semble que la question ne saurait tarder à être résolue.

Nous recevons, sur le même sujet, la lettre suivante de M. le professeur Bernheim (de Nancy) :

Dans un article de votre dernier numéro, extrait de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, sur le classement des professeurs dans les Facultés de médecine de Montpellier et de Nancy, je lis : « La 4e classe ne comprend que des professeurs nommés depuis moins d'un an. »

Cela n'est pas exact en ce qui me concerne, bien que je figure le cinquième seulement dans cette 4e classe. J'ai été nommé professeur le 12 août 1878 ; j'ajoute que, durant six années consécutives, avant ma nomination, je remplissais, soit comme suppléant, soit comme chargé du cours, les fonctions de professeur de clinique médicale.

Permettez-moi de soumettre à la publicité de la *Gazette* quelques réflexions relatives à ce classement, qui a soulevé dans notre Faculté et dans toutes les autres Facultés un sentiment pénible, presque unanime, de surprise et de mécontentement.

Avant l'année 1876, les professeurs de Facultés, tous égaux en grade, touchaient un traitement uniforme, qui, à Nancy, s'élevait, avec l'éventuel, à 6800 francs. Le classement actuel répartit les 34 professeurs de Nancy et de Montpellier en quatre catégories :

La 1re classe, avec un traitement de 11 000 francs, ne comprend que 3 professeurs, soit 1,5 dans chaque Faculté.

La 2e classe, avec un traitement de 10 000 francs, comprend 4 professeurs, soit 2 par Faculté.

La 3e classe, avec un traitement de 8000 francs, comprend 18 professeurs.

La 4e classe, avec un traitement de 6000 francs, *traitement inférieur à ce qu'il était avant* 1876, comprend 9 professeurs (c'est-à-dire presque le quart du personnel), et devra en comprendre 11, aux termes du décret, une fois les cadres remplis; deux chaires ne sont pas pourvues actuellement.

Cela posé, comment se fait l'avancement d'une classe à l'autre ? Il se fait mi-partie au choix, mi-partie à l'ancienneté, au fur et à mesure que les vacances se produisent. Voici, par exemple, le dernier professeur sur la liste d'ancienneté, occupant le n° 11 de la 4e classe ; il devra attendre, pour passer à l'ancienneté dans la 3e classe, que dix de ses collègues aient avancé par disparition de dix autres ; c'est dire qu'il devra attendre que *presque le tiers du personnel des deux Facultés soient morts*, car il n'y a pas de limite d'âge aux fonctions de professeurs de Faculté. Or, de 1858 à 1870, pendant les douze ans que j'ai passés à notre Faculté de Strasbourg, un seul professeur est mort, un en douze ans. Jugez combien de temps un malheureux professeur de 4e classe eût attendu pour passer dans la 3e. Donc, à de certaines périodes, alors que le personnel des Facultés est relativement jeune, période qui va se présenter pour nos écoles de Nancy et de Montpellier, *l'avancement est un leurre*. Combien de temps, je le répète, le n° 10 ou 11 de la dernière classe aura-t-il à attendre pour avancer dans la troisième? Toute ou presque toute sa carrière pourra s'écouler dans la dernière. Je ne parle ni de la seconde, ni de la première, mirage lointain, prix d'une longévité exceptionnelle! Dans la 3e classe actuelle sont des professeurs à Nancy et à Montpellier qui comptent près ou plus de trente-cinq ans de services, qui ont près ou plus de soixante-dix ans d'âge. Il leur faudrait dépasser la centaine pour prétendre à la 1re classe.

Comparez maintenant le système appliqué aux Facultés de Paris à celui appliqué aux Facultés de province! A Paris, deux classes seulement existent : la première, avec un traitement de 15 000 francs, comprend 25 professeurs; la seconde, avec un traitement de 12 000 francs, n'en comprend que 6.

Ce n'est pas tout. Comment a-t-on procédé à la répartition des 34 professeurs de province en quatre classes, et à leur classement dans chaque classe?

D'après le décret, peu clair d'ailleurs, du 12 février 1881, dont le comité consultatif ne pouvait être que le fidèle exécuteur, les professeurs furent classés d'après le nombre de leurs années de service, tous les services antérieurs à la nomination comme titulaires étant comptés pour la moitié du temps. Cette règle étant appliquée purement et simplement, sans commentaires, à toutes les Facultés de l'Etat, il en est résulté un classement plein de... surprises, et vous allez le comprendre.

Tous les services dans l'enseignement, antérieurs au titulariat, comptant *tous également* pour la moitié du temps, il s'ensuit, par exemple, ces faits singuliers :

1° Que les fonctions de l'étudiant de première année, d'aide de chimie ou de botanique sont cotées à l'égal de celles que remplit l'agrégé chargé du cours. C'est ainsi que les services rendus par moi en cette qualité me comptent comme ceux, je ne dirai pas, de mon chef de clinique, mais comme ceux de mon aide de clinique. L'enseignement que je lui donne lui compte dans l'Université comme service, *à lui autant qu'à moi*.

2° On sait que nos Facultés de médecine nouvellement créées se composent de deux éléments : l'un fourni par les anciennes écoles secondaires, l'autre émanant de l'agrégation. Or, tandis que les services dans une école secondaire, comme suppléant, peuvent commencer très tôt dans la carrière, à vingt-quatre ou vingt-cinq ans, aussitôt que le jeune docteur a soutenu sa thèse, les services dans une Faculté comme agrégé nommé au concours commencent tard dans la carrière, de vingt-huit à trente-deux ans ; et à l'époque où un stage de trois ans était obligatoire, ils commençaient plus tard encore. Ainsi tel de mes collègues pouvait être nommé, à vingt-cinq ans, suppléant à une école secondaire, et arriver plus tard à une chaire de Faculté. Il était suppléant quand j'étais agrégé de Faculté; je suis nommé professeur titulaire; un ou deux ans plus tard, il est nommé à son tour, et il est classé avant moi.

3° D'après le décret, les professeurs dont le traitement se rapprochait le plus de celui affecté à une classe devaient être les premiers promus à cette classe pour compléter les cadres.

Or, à une certaine époque, un professeur qui débutait à Montpellier était coté à 7000 francs, et à Nancy seulement 6000 francs. Il en peut résulter que tel professeur de Montpellier, bien qu'ayant moins de services que tel de Nancy, se trouve classé avant lui, une première faveur en entraînant une seconde aux termes du décret; nos collègues des autres Facultés pourront vous citer nombre d'exemples analogues. Et voilà comment, s'il m'est permis de me citer comme exemple, cinq de mes collègues *nommés après moi* se trouvent sur la liste actuelle d'ancienneté *classés avant moi.*

Voyez encore les faits singuliers qui vont se produire. Une chaire devient vacante à notre Faculté. Tel candidat pourrait se présenter qui, en raison de ses services antérieurs, dans l'enseignement secondaire ou comme simple préparateur d'un cours, se trouverait, après sa nomination dans le cas d'être classé sur la liste d'ancienneté avant moi qui dois lui donner ma voix. Si je vote pour lui, je vote contre moi! Que dire d'un décret qui me place dans l'alternative ou de manquer à mon devoir ou de voter mon propre déclassement?

Et maintenant vous comprenez l'émoi légitime que ce décret a provoqué dans nos Facultés de province. Il y a plus d'un an, quand le projet en parut dans le *Journal officiel*, nos Facultés de Nancy furent vivement alarmées; les doyens de la Faculté de médecine et de droit voulurent bien, au nom des professeurs, à l'unanimité, rédiger, dans deux longs mémoires détaillés, nos appréhensions et nos vœux; ces mémoires, transmis à l'administration supérieure, restèrent sans réponse. Le projet devint le décret actuel.

Voilà donc les maîtres du haut enseignement répartis dans quatre classes, comme les fonctionnaires des autres administrations; les voilà devenus professeurs de 4e, de 3e, de 2e et de 1re classe! Leur avancement est réglé mi-partie par l'ancienneté, de telle sorte que la mort d'un collègue donne le signal de l'avancement des autres, mi-partie par le choix, et ce choix est confié au comité consultatif, composé de professeurs de Paris. Honneur imposé à nos éminents collègues, et dont leur conscience déclinerait volontiers la responsabilité, car sont-ils suffisamment éclairés sur la valeur de l'enseignement oral et écrit de chacun des professeurs de la province, et ne savent-ils pas que toute faveur accordée à l'un tombe en défaveur sur l'autre? Source perpétuelle de conflits, de froissements légitimes d'amour-propre, de sentiments de jalousie; est-ce là une chose utile à la cause de l'enseignement supérieur! Je ne veux pas craindre, pour l'honneur de nos Universités, à la faveur du nouveau régime, des habitudes nouvelles, inconnues avant ce jour, de sollicitations, de flatteries habiles, de savoir-faire scientifique! Ce serait la décadence honteuse et irrémédiable de ce qui fait la force et l'honneur du pays.

Veuillez agréer, etc.

BERNHEIM.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Après la lecture du discours prononcé par M. Pasteur aux funérailles de M. Sainte-Claire Deville, la séance est levée en témoignage de deuil.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret approuvant l'élection de M. Marjolin comme membre associé libre. Celui-ci prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse : 1° les tableaux des vaccinations pratiquées en 1880 dans les départements de l'Allier, des Hautes-Alpes, des Alpes-Maritimes, de l'Ardèche, de l'Ariège, du Calvados, du Cantal, de la Charente, de la Corse, de la Creuse, de la Côte-d'Or, de la Dordogne, du Doubs, d'Eure-et-Loir, de la Haute-Garonne, d'Ille-et-Vilaine, de Loir-et-Cher, de la Loire-Inférieure, du Loiret, du Lot, de Meurthe-et-Moselle, de l'Oise, du Puy-de-Dôme, des Basses-Pyrénées, de la Haute-Saône, de Saône-et-Loire, de la Loire-Inférieure, du Tarn-et-Garonne, de la Haute-Vienne et de l'Yonne (*Commission de vaccine*); 2° les comptes rendus des épidémies observées en 1880 dans les départements des Alpes-Maritimes, de l'Allier, des Ardennes, des Côtes-du-Nord, du Doubs, de la Drôme, du Finistère, de la Loire, du Nord, de la Seine-Inférieure, de Saône-et-Loire, de Seine-et-Oise, de la Vendée. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Leca* envoie un rapport sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées à Coggia (Corse) en 1880 et 1881. (*Commission de vaccine.*)

M. *Richard Bremridge*, secrétaire du Congrès international de pharmacie qui va se réunir à Londres, adresse de nouveaux renseignements sur ce Congrès. L'Académie délègue M. *Méhu* pour l'y représenter.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur *Cornilleau* (de Mont-Saint-Jean), une brochure sur le *Traitement de la diphthérie* ; 2° au nom de M. *G. Iloud* (de Chambéry), l'*Analyse de l'eau de La Bauche* ; 3° de la part de M. le docteur *Lagardelle* (de Bordeaux), un mémoire imprimé portant le titre de : *Illusions-hallucinations, sensibilité générale.*

M. *Constantin Paul* présente, au nom de M. le docteur *Durand-Fardel*, une brochure intitulée : *Esquisse du congrès d'Alger de 1881.*

M. *Marc Sée* dépose, de la part de M. *Amette*, un travail imprimé sur la *Suppression de l'industrie nourricière.* (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *Peter* présente, au nom de M. le docteur *Thouvenet* (de Limoges), une note dans laquelle celui-ci assure, contrairement à des assertions récemment émises et d'après les observations de sa pratique, que les trachéotomisés guéris peuvent survivre même au delà de l'âge de leur majorité.

VACCINE. — M. *Hervieux* donne lecture du rapport officiel qu'il a rédigé au nom de l'Académie sur le service de la vaccine en 1879; ce rapport est surtout une étude historique sur la vaccination animale et sur les progrès qu'elle a faits dans les divers pays du monde; il conclut, à ce sujet, qu'il y a lieu, jusqu'à plus ample informé, de ne pas accepter comme entièrement probantes les statistiques qui attribuent la supériorité du vaccin animal sur le vaccin jennérien, et que, si les faits connus jusqu'à ce jour permettent de supposer à ces deux vaccins une valeur prophylactique à peu près la même, ces faits ne sont ni assez nombreux ni assez bien établis pour que l'identité de la puissance préservatrice passe à l'état de vérité démontrée.

Malgré les réserves de ces conclusions, M. *Jules Guérin* veut absolument les taxer d'arbitraires, et accuse le rapport de n'être qu'un plaidoyer fanatique en faveur de la vaccine animale; quant à lui, il déclare que ses opinions contraires, autrefois exprimées devant l'Académie, n'ont pas changé à cet égard, et que sa conviction ne fait que se confirmer chaque jour de plus en plus. Le rapport constate d'ailleurs que, partout où la vaccination animale est introduite, elle commence par des insuccès; on sait, de plus, qu'elle produit toujours moins de pustules que le vaccin jennérien, et l'on ne possède assurément encore aucune preuve certaine qu'elle soit un préservatif efficace de la variole. Depuis son introduction, la moyenne de la préservation vaccinale a diminué, et l'on peut croire que la variole est devenue plus fréquente. On a même prétendu, ce qu'il n'admettrait pas, que dans les épidémies ce sont les sujets vaccinés ainsi qui sont les premiers atteints. Il y a là des questions très obscures encore, dont la solution trop hâtive pourrait tendre à discréditer la vaccine, et sur lesquelles il convient d'émettre un avis, non pas d'après des recherches géographiques et historiques, mais d'après des expériences précises. M. Jules Guérin ajoute que l'Académie aurait déjà autrefois réservé cette question, et qu'il ne lui semble pas qu'aucun fait nouveau puisse l'engager à formuler dans un document officiel une opinion tant soit peu favorable à la vaccination animale.

M. *Hervieux* proteste contre l'accusation d'avoir fait un plaidoyer; il n'a voulu que réunir des faits et des chiffres. Il proteste également contre l'accusation de fanatisme, car il n'a émis que des conclusions très réservées. Il est incontestable que maints observateurs ont obtenu de grands succès grâce à la vaccination animale, et c'est tout ce qu'il a tenu à constater. Mais il craindrait que des allégations aussi tranchées que celles de M. Jules Guérin ne vinssent apporter quelque appui aux détracteurs de la vaccine, qu'il faut avant tout combattre.

M. *Depaul* rappelle, en outre, que M. Jules Guérin a déjà cherché à empêcher il y a plusieurs années l'adoption des conclusions d'un rapport qu'il avait fait sur la vaccination animale, en demandant également à l'Académie de surseoir sur des conclusions; il a fallu dix-huit mois pour amener M. Jules Guérin à un débat contradictoire, et l'Académie a fini par adopter le rapport. Une discussion s'engage entre MM. Jules Guérin et Depaul sur l'exacte interprétation de ces faits rétrospectifs.

— L'Académie se forme en comité secret pour voter les propositions de récompenses pour le service de la vaccine en 1879, et entendre un rapport de M. Peter sur les candidats au titre de membre correspondant national dans la première division.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BLACHEZ.

Syphilis utérine secondaire: M. Martineau. — Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de peptone mercurique : MM. E. Besnier, Martineau et Dujardin-Beaumetz.

Au début de la séance le président annonce à la Société la mort de M. Maurice Raynaud. M. E. Besnier donne lecture du discours prononcé par M. Féréol, au nom de la Société des hôpitaux, sur la tombe de M. Maurice Raynaud.

— M. *Martineau* fait hommage à la Société au nom de l'auteur M. Foulquier, d'une thèse sur la *syphilis utérine secondaire.* De même que la muqueuse vaginale, celle du museau de tanche est fréquemment le siége de syphilides papuleuses, revêtant parfois le caractère de syphilides érosives et même ulcéreuses. Entrevues par Ricord, Gosselin et Bernutz, ces lésions ont été décrites par Fournier qui les croit plus fréquentes que celles du vagin; M. Martineau pense que les syphilides vaginales se rencontrent au moins aussi souvent. Ces lésions secondaires du col utérin doivent être recherchées avec soin, car elles sont complètement ignorées des malades et peuvent devenir un puissant agent de contamination. Leur diagnostic n'offre d'ailleurs aucune difficulté.

— M. *E. Besnier* présente quelques remarques au sujet de la communication faite par M. Martineau dans la dernière séance. Un premier fait qui l'a frappé, c'est l'absence de toute salivation, de tout accident d'hydrargyrisme, consécutifs à des injections hypodermiques quotidiennes de 5 milligrammes de sublimé. On sait, en effet, qu'il n'y a nullement besoin d'une action directe du sel de mercure sur les glandes salivaires et sur les gencives pour amener la stomatite mercurielle, puisqu'elle se montre si fréquemment après les frictions d'onguent napolitain, ou même à la suite des cautérisations avec le nitrate acide de mercure. Ne pourrait-on,

par suite, élever quelque doute sur la réalité de l'absorption du sublimé dans la méthode des injections? L'examen des urines ou de la salive permettra sans doute de trancher la question. Cette méthode d'ailleurs est-elle, dans l'esprit de M. Martineau, destinée à remplacer les autres modes de traitement de la syphilis ou son emploi restera-t-il toujours limité à quelques cas spéciaux graves? Dans la première hypothèse, qui suppose démontré l'avantage du procédé thérapeutique en question, bien des difficultés d'exécution surgiront dans la pratique urbaine; en effet, le médecin sera tenu de procéder lui-même chaque jour aux injections hypodermiques de tous ses malades syphilitiques, ne pouvant confier ce soin à des mains inhabiles. On devra d'ailleurs, comme pour toute injection sous-cutanée de substances actives, prendre la précaution d'introduire l'aiguille profondément jusque dans les masses musculaires et de l'introduire avant d'y adapter la seringue: on s'assurera de cette façon que son extrémité n'a point pénétré dans un vaisseau, cas auquel le sang s'écoulerait par l'aiguille à l'extérieur. On a, en effet, observé des cas de mort subite à la suite d'injections hypodermiques, et ces faits paraissent reconnaître pour cause la pénétration directe du liquide médicamenteux dans un vaisseau perforé par l'aiguille, et son action stupéfiante rapide sur le système nerveux. Quant aux phlegmons et aux abcès, ils ne surviennent que si l'on pousse l'injection dans les aréoles de la face profonde du derme.

M. *Dujardin-Beaumetz* se déclare en tout point de l'avis de M. E. Besnier relativement au procédé opératoire des injections hypodermiques. Il a lui-même expérimenté les injections de peptonate de mercure; il les a reconnues douloureuses et a vu souvent se produire à la suite des indurations et quelquefois des abcès. D'ailleurs la préparation des peptonates de mercure est difficile, et donne des résultats très variables suivant la peptone employée. Il a observé plusieurs fois de la salivation assez intense, et croit qu'il est prudent de laisser un ou deux jours d'intervalle entre chaque injection. Ce procédé thérapeutique ne peut remplacer les méthodes anciennes, mais il faut le réserver soit pour la pratique des hôpitaux militaires et des services hospitaliers de vénériens lorsque l'on peut craindre la fraude de la part des malades et la non-ingestion des médicaments, soit pour les cas de syphilis grave dont les accidents réclament une prompte intervention: on voit en effet les accidents secondaires ou de transition de certaines syphilis malignes disparaître presque entièrement après deux ou trois injections. Récemment Luton a proposé d'injecter le mercure métallique mélangé à la glycérine: l'absorption est très lente et le malade conserve au point ou a été faite l'injection une induration qui persiste pendant plusieurs mois.

M. *Martineau* a continué ses expériences depuis sa dernière communication: il a pratiqué jusqu'ici treize cents injections de peptone mercurique. Il les fait tous les jours et injecte ainsi quotidiennement à chaque malade six milligrammes de sublimé. Il ne s'est encore produit aucun accident de salivation; cependant, l'examen des urines, pratiqué chaque jour, a mis hors de doute la réalité de l'absorption nettement affirmée, du reste, par l'action thérapeutique rapide et énergique. L'injection ne détermine aucune douleur, lorsque le liquide injecté est la *peptone mercurique ammonique* préparée par M. Delpech, lorsque l'aiguille possède une pointe bien acérée et ne dilacère pas les tissus, enfin lorsqu'on pénètre assez profondément pour dépasser les limites du derme. M. Martineau fait ordinairement les injections au niveau des gouttières rachidiennes dans la région dorso-lombaire; quelques malades ont déjà supporté 35 ou 40 injections en ce point sans le moindre inconvénient: ni abcès, ni induration. L'efficacité de cette méthode paraît supérieure à celle des procédés ordinaires, surtout lorsqu'on atteint la dose quotidienne de 6 milligrammes de sel mercurique. Une plus longue période d'observations est nécessaire pour apprécier sa puissance au point de vue de la cure radicale de la syphilis.

M. *E. Besnier* pense que cette méthode est appelée à rendre de grands services dans les cas de syphilis dite maligne, et qu'il serait plus juste de qualifier d'anomale, à cause des lésions ulcéreuses qui la caractérisent et qui constituent une anomalie dans les manifestations secondaires de cette affection. Peut-être pourra-t-on substituer la voie sous-cutanée à la voie stomacale d'une façon plus générale: ainsi le *lichen planus*, justiciable à coup sûr de la médication arsénicale, peut résister cependant plusieurs mois au traitement, et, dans ce cas, il n'est pas rare d'observer des accidents gastro-intestinaux. Les injections hypodermiques de solution arsenicale pourraient sans doute suppléer avec avantage l'administration du médicament par les voies digestives.

M. *Blachez* rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-deux ans qui ayant contracté une syphilis dont l'accident primitif, le chancre infectant, a laissé des traces non douteuses, présentait deux mois plus tard, en l'absence de tout traitement, une syphilide ulcéreuse crustacée ayant amené très rapidement des pertes de substance considérables des paupières et des ailes du nez. Le traitement mercuriel fut institué, mais au bout de trois jours apparurent des accidents effrayants d'hydrargyrisme qui obligèrent à suspendre toute médication spécifique. Les lésions syphilitiques augmentant d'étendue, on eut de nouveau recours à la liqueur de Van Swieten et au sirop de Gibert employés à des doses très minimes: la salivation se montra de nouveau et aujourd'hui ce malade offre une stomatite et une glossite d'une rare intensité. Les accidents syphilitiques sont peu modifiés. Lorsque les signes d'intoxication mercurielle seront disparus, M. Blachez se propose d'employer chez son malade les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique. Il fera connaître ultérieurement les résultats obtenus.

— A cinq heures la séance est levée.

André PETIT.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Abaissement de la température et sudation chez les typhoïdes par l'acide phénique : M. Raymond. — Cicatrisation des plaies du cerveau : M. Philipeaux. — Lésions de la moelle consécutives à la décompression brusque : MM. Blanchard et Regnard. — Influence de la nutrition sur les empoisonnements : M. Delaunay. — Nomination d'un membre titulaire : M. Dastre.

M. *Raymond* a soumis un certain nombre de malades, atteints soit de fièvre typhoïde, soit d'érysipèle grave ou opérés de l'empyème, au traitement par l'acide phénique à l'intérieur.

En administrant aux typhoïdes une dose d'acide phénique ne dépassant pas 2 grammes, soit en lavements, soit en pilules, on a vu se produire un abaissement de température de quelques dixièmes de degré en une heure, puis de 1 degré dans les heures suivantes; quelquefois la chute de température a atteint 3 ou 4 degrés. Cette hypothermie ne persiste guère au delà de quelques heures, de sorte que, pour conserver au malade le bénéfice de cet abaissement de température, on a dû renouveler tous les jours l'administration du médicament, ce qui, du reste, n'a jamais présenté d'inconvénients: les doses les plus élevées ne dépassaient pas 2 grammes, et M. Raymond ne croit pas qu'il soit nécessaire d'aller plus haut; il s'étonne qu'on ait pu arriver au chiffre de 10 à 12 grammes, dont parlent certains auteurs. A l'acide phénique il a substitué, sur le conseil de M. Vulpian, le phénate

de soude, et n'a eu qu'à se féliciter de cette modification, qui lui a permis d'obtenir les mêmes effets avec des doses encore moins élevées, 1gr,50 par exemple.

En même temps que l'abaissement de température, M. Raymond a observé, sous l'influence du traitement phéniqué, une sudation très abondante; il s'est demandé, dès lors, si l'hypothermie n'était pas la conséquence d'une déperdition exagérée de calorique par la peau. Pour trancher la question, il a supprimé la sécrétion et la sueur au moyen de la duboisine, qui jouit des mêmes propriétés que, l'atropine sans en présenter les inconvénients. Dans ces conditions, malgré la suppression de la sueur, l'administration de l'acide phénique a continué à provoquer l'abaissement de la température. C'est donc par son action sur la production de chaleur qu'agit l'acide phénique, et non en provoquant une déperdition exagérée.

Les expériences ont été poursuivies sur des malades atteints d'érysipèle grave et présentant une haute température; ici l'acide phénique a été employé à la fois en lotions sur la partie érysipélateuse et à l'intérieur; mais on n'a point obtenu des résultats aussi favorables que dans l'érysipèle.

Dans la coqueluche, les inhalations de vapeurs phéniquées ont paru donner d'assez bons résultats.

Enfin, dans l'empyème, les injections dans la plèvre de solutions assez concentrées d'acide phénique ont provoqué un rapide abaissement de la température, qui est tombée, dans un cas, à 34 degrés.

M. Raymond a entrepris et poursuit actuellement des expériences sur les animaux pour déterminer le mode d'action de l'acide phénique dans l'hypothermie qui suit son administration.

Au cours de la discussion qui s'est engagée à propos de cette communication, M. *Dumontpallier* a rappelé que l'abaissement de la température obtenu au moyen de la réfrigération dans la fièvre typhoïde est permanent, contrairement à celui que produit la médication phéniquée; de telle sorte que la courbe d'ensemble des températures quotidiennes va s'abaissant chaque jour, et le malade conserve le lendemain une partie de l'hypothermie obtenue la veille.

M. Hanot cite un cas de fièvre typhoïde dans lequel la médication phéniquée a provoqué une éruption pustuleuse: dans le liquide des pustules on a trouvé un grand nombre de bactéries.

— M. *Gréhant* donne lecture d'une note de M. *Philipeaux* sur la cicatrisation du cerveau. Voici les conclusions de ce travail: 1° Les plaies cérébrales se cicatrisent, mais le cerveau ne reprend pas ses fonctions; 2° un hémisphère cérébral ou un renflement encéphalique coupé transversalement perd immédiatement sa fonction, mais son influence est promptement rétablie par la suppléance fonctionnelle de la partie symétrique intacte.

— MM. *R. Blanchard* et *P. Regnard* ont étudié les lésions de la moelle chez les animaux qui, après avoir été soumis à la compression dans les appareils de M. P. Bert, étaient brusquement décomprimés. Ces études offrent un grand intérêt au point de vue de la pathogénie des accidents qui constituent la *maladie des plongeurs* et qui résultent eux aussi de la décompression trop brusque. Les recherches histologiques ont porté sur la moelle d'un chien qui à la suite de la décompression était resté deux mois paraplégique et était à peu près complètement guéri, trois mois après, quand il a été sacrifié. Les lésions consistent en ruptures vasculaires siégeant indifféremment dans toutes les parties de la moelle, dans les cornes de substance grise et les commissures. Dans le renflement cervical, on trouve presque exclusivement des hémorrhagies occupant la substance grise; dans la région dorsale, les lésions intéressent à la fois la substance grise et la substance blanche; elles constituent de véritables foyers de myélite parenchymateuse avec ramollissement.

— M. *Delaunay* communique les résultats de ses recherches sur les rapports qu'il croit exister entre le développement des individus ou des organes et la facilité plus ou moins grande avec laquelle se produisent les empoisonnements. On trouvera dans les comptes rendus de la Société ces résultats qui ne peuvent être présentés sous forme analytique.

Le vote pour la nomination d'un membre titulaire se termine par l'élection de M. Dastre.

REVUE DES JOURNAUX

De la disparition et de la localisation du « phénomène du genou », par M. C. WESTPHAL.

Ce travail, court, clair et substantiel, sera probablement le point de départ de nombreuses controverses. On sait que l'auteur est l'un des premiers, sinon le premier, qui ait attiré l'attention sur le réflexe du tendon rotulien, ou, plus généralement, sur le phénomène du genou. Sa manière de voir à ce sujet n'a pas varié beaucoup depuis 1875; elle diffère, ce nous semble, assez notablement des opinions courantes. « La contraction du triceps manque dans tous les cas typiques de dégénérescence grise des cordons postérieurs (c'est même un des premiers symptômes de l'affection); l'absence du phénomène du genou a donc une certaine signification diagnostique, *tandis que son exagération n'en a aucune.* »

Ce phénomène serait dû au tonus musculaire, et sa disparition indiquerait un affaiblissement du tonus; son lieu d'origine serait la moelle. Il est possible d'aller plus loin encore et de désigner d'une façon très précise le point de la moelle dont la sclérose fait disparaître le phénomène du genou. Westphal s'appuie sur une observation très curieuse dont il rapporte les détails principaux et les résultats de l'autopsie. Le malade qui en est l'objet est mort de phthisie; il était atteint d'une cécité complète (atrophie du nerf optique), qui avait attiré l'attention du côté des appareils nerveux. Mais on ne constata l'existence d'aucun symptôme médullaire; le phénomène du genou spécialement était parfaitement normal. Sur la fin de la vie, cependant, on constata sa disparition graduelle, d'abord à droite, puis à gauche. La moelle paraissait parfaitement saine.

Mais à l'examen histologique, on constata des lésions qu'il nous reste à décrire. Voici donc le raisonnement de Westphal. Puisque le seul symptôme spinal constaté, et encore tardivement, est la disparition du réflexe patellaire, les lésions de la moelle se rapportaient indubitablement à ce symptôme. *Post hoc, ergo propter hoc:* cela mérite réflexion, d'autant mieux qu'il s'agit d'une véritable sclérose systématisée, lésion anatomique bien importante et bien caractérisée pour un léger désordre fonctionnel, comme l'absence du phénomène du genou.

« L'importance de la lésion des cordons postérieurs, dans notre cas, est plus considérable dans les portions inférieures de la moelle; elle diminue à mesure que l'on se rapproche de la portion cervicale, où elle ne constitue plus qu'une zone étroite terminée en bouton, siégeant *à la limite du septum qui borne en dehors les cordons de Goll.* Les cordons eux-mêmes sont entièrement indemnes; ils sont recouverts en partie par les lésions symétriques se rejoignant en avant (à la façon d'un bonnet). Entre la zone atteinte et les colonnes grises postérieures on trouve partout une zone de substance médullaire; il en est de même en arrière, où nulle part la portion sclérosée n'atteint la périphérie. »

Ainsi donc le *substratum* anatomique de la disparition du phénomène du genou serait une sclérose systématique des portions antéro-latérales des cordons postérieurs avoisinant les cordons de Goll, sclérose surtout prononcée dans la moelle lombaire. Ce n'est pas trop exiger que de demander la confirmation des faits révélés par Westphal, et nous craignons que

nous ne soyons encore éloignés du moment rêvé par l'auteur, où, « en frappant le tendon rotulien, nous arriverons à reconnaître certaines lésions de la moelle avec une finesse, une précision, je dirai presque une élégance, inconnues jusqu'à ce jour ». (*Berl. klin. Woch.*, 1881, nos 1-2.)

BIBLIOGRAPHIE

La névrose hypnotique, par le docteur Ladame. Broch. in-12. — Paris, Sandoz et Fischbacher, 1881.

Malgré les travaux de Charcot, d'Heidenhain, de Berger, de Paul Richer, etc., il y a encore beaucoup d'inconnu et surtout bien des points inaccessibles aux méthodes scientifiques rigoureuses. Les charlatants de la neuropathologie, les Hansen, les Donato, basent une partie de leur succès sur cette partie subjective des manifestations somnambuliques provoquées; sachant admirablement dresser leurs sujets et tirer parti de ce levier magique qu'on appelle l'imagination, et qui dans l'hypnotisme a plus que triplé de puissance, ils frappent non seulement les esprits faibles, mais parfois aussi des esprits cultivés et indépendants. C'est en partie à cette cause, en partie aussi à la vulgarisation trop lente des recherches modernes, que l'on doit l'émotion indescriptible causée dans le grand public à Vienne par Hansen, et à Neuchâtel par Donato.

Ce qui fait l'intérêt de l'*épidémie magnétique* du canton de Neuchâtel, c'est qu'elle porte sur de jeunes montagnards qui ne présentaient aucune ressemblance à première vue avec les femmes hystériques du grand monde ou les démoniaques de la Salpêtrière.

Néanmoins il faut dire que tous, ou presque tous, avaient des antécédants héréditaires ou personnels de maladies nerveuses; l'un d'eux avait des crises d'hystéro-épilepsie; l'autre un gros fils d'aubergiste, un montagnard aux mains calleuses avait été somnambule dans son enfance. Dans l'enquête que M. le docteur Dufour a faite à Lausanne sur les jeunes gens que le magnétiseur Donato hypnotisait le plus facilement, il a trouvé que tous avaient été somnambules étant jeunes garçons.

M. le docteur A. d'Espine, professeur à la Faculté de médecine de Genève, qui est allé sur le théâtre de l'épidémie, nous écrit à ce sujet ce qui suit. Nous nous bornons à le transcrire:

« Dans une visite que je fis au printemps à M. le docteur Ladame, dans le Val-de-Ruz, pour étudier sur place les curieux phénomènes qu'il a si bien décrits, et qu'il nous avait montrés sur deux sujets à l'Ecole de médecine de Genève, je fus frappé de l'identité des symptômes présentés par eux avec ceux qu'a décrits Paul Richer sur les hystériques de la Salpêtrière. La catalepsie était toujours transformée en résolution et en hyperexcitabilité nervo-musculaire, dans un côté du corps, quand on fermait l'œil correspondant, et l'on pouvait facilement déterminer des contractures localisées par la friction des muscles correspondants (la griffe cubitale, par exemple). La partie la plus neuve des études de M. le docteur Ladame, me paraît être celle qui a rapport à l'*hypnotisme unilatéral;* j'ai pu voir produire, pour ainsi dire à volonté, l'aphasie et l'hémicontracture à droite par des passes sur la partie gauche du crâne, tandis que des passes semblables faites sur la partie droite de la tête ne donnaient lieu qu'à de l'hémicontracture gauche et respectaient la faculté du langage. J'ai même vu produire séparément l'aphasie et l'hémicontracture, suivant que l'on touchait en avant ou en arrière de la tempe gauche. L'expérience la plus concluante d'hypnotisme unilatéral à laquelle j'aie assisté, est celle de l'*hémiopie latérale* correspondant à la partie du cerveau frappé, comme dans les cas de lésions organiques cités par Charcot. Cette expérience délicate qui a été faite pour la première fois par M. Ch. Willy, oculiste de la Chaux-de-Fonds, a été répétée sous nos yeux avec un plein succès et constatée par deux oculistes éminents, M. Dufour (de Lausanne) et M. Roulet (de Neuchâtel). »

La brochure de M. Lalanne contient bien d'autres faits un peu durs à croire, et qui ressemblent du reste à beaucoup d'autres déjà en circulation dans la littérature médicale contemporaine. Pour ceux-là, nous renvoyons à la brochure, et nous terminons par quelques mots relatifs à l'emploi de l'hypnotisme en thérapeutique, qui fait la fortune des magnétiseurs.

Et d'abord, l'hypnotisation est-elle une pratique indifférente, sans dangers? Evidemment non, d'après les hypnotiseurs eux-mêmes. Ainsi, M. Strohl, pharmacien, près de Dombrenon, qui a hypnotisé et chloroformisé un grand nombre de personnes, a remarqué que, chez les malades atteints de maladie du cœur, il se produit pendant le sommeil magnétique des symptômes alarmants comme, dans la chloroformisation, des défaillances, des syncopes inquiétantes. M. Ladame demande, avec raison, que des expériences de ce genre ne soient pas faites sans le contrôle médical. « A Breslau, ajoute-t-il, lors du passage de Hansen, la fièvre de magnétiser sévissait parmi la jeunesse et même les enfants des écoles après les représentations de Hansen, comme elle sévit à Neufchâtel et à la Chaux-de-Fonds après les spectacles de Donato. Or, dans une famille bourgeoise de Breslau, deux gamins s'amusaient à ce jeu piquant du magnétisme, le *jeu de Hansen*, comme on l'appelait, quand un des petits garçons tombe à la renverse, frappé de léthargie hypnotique avec contracture. Il resta plusieurs heures dans cet état alarmant, sans donner signe de vie et sans qu'on pût le réveiller. »

Quelque opinion qu'on ait sur la valeur du magnétisme moderne, considéré dans son ensemble, il n'est pas douteux que les pratiques auxquelles il a recours ne puissent produire chez certaines natures impressionnables des accidents de névropathie. Il ne l'est pas davantage que certaines de ces pratiques, comme des *passes* ou des frictions ne puissent être avantageuses dans certaines affections nerveuses. Il y a là une situation délicate dont les praticiens feraient bien de se pénétrer. Sur l'ensemble des faits, nous aurions à faire de sérieuses réserves, mais qui demanderaient de longues explications.

VARIÉTÉS

Séance annuelle de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin et de la Société de médecine de Strasbourg.

La séance annuelle de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin et de la Société de médecine de Strasbourg réunissait, le 7 juillet dernier, à l'Hôtel du Commerce, un grand nombre de médecins alsaciens et lorrains désireux d'affirmer une fois de plus leur union confraternelle et les sentiments patriotiques qui ne sont pas près de s'éteindre en Alsace. Seule des nombreuses Sociétés scientifiques, jadis si florissantes, la Société de médecine reste exclusivement *alsacienne*, et l'Association des médecins du Bas-Rhin, bien qu'elle ait été contrainte de rompre le lien *officiel* qui l'attachait à l'Association générale des médecins de France, lui envoie cependant chaque année sa cotisation. On ne peut, sans émotion, constater les efforts, plus courageux chaque année, que font nos confrères d'Alsace pour maintenir les liens scientifiques et professionnels qui les isolent de leurs plus proches voisins, et entretiennent, parmi eux, le souvenir de la patrie absente. Cette année encore, un discours magistral, comme sait les écrire et les prononcer le vénéré président de l'Association du Bas-Rhin, l'éminent professeur Schutzenberger, appelait l'attention de ses confrères sur les principes auxquels doit obéir le médecin et ceux qui devraient guider les pouvoirs publics dans les réglementations d'ordre général. Rappelant le libéralisme avec lequel l'Administration française ouvrait jadis la porte de nos Facultés aux étudiants étrangers, la facilité avec laquelle on accordait aux diplômés alle-

mands le droit d'exercice professionnel, l'éloquent orateur a fait ressortir les difficultés et les dangers de la situation actuelle. L'administration allemande interdit l'exercice de la profession médicale aux Alsaciens qui ne parlent pas l'allemand, à ceux qui ont fait leurs études en France. Quel est le résultat de cette mesure vexatoire? On a construit, à grands frais, des laboratoires et des salles de cours. L'Université allemande compte un grand nombre de professeurs. Et vingt-cinq étudiants alsaciens y sont en cours d'études. Il serait curieux d'établir, par des chiffres authentiques, le prix auquel revient à l'Etat allemand chaque docteur alsacien! Malheureusement ces procédés autoritaires ont pour résultat de priver de médecins la population alsacienne qui ne peut émigrer.

Après le remarquable discours de M. Schutzenberger, on a entendu diverses communications des plus intéressantes. Nous nous contenterons de dire que les chirurgiens qui se sont succédés s'appelaient Kœberlé, Eug. Bœckel, Jules Bœckel, — noms bien connus de nos lecteurs, — et que chacun d'eux apportait le récit d'une opération brillamment pratiquée et suivie de succès (accouchement prématuré dans un cas de grossesse prolongée; guérison d'un prolapsus rectal dû à un rétrécissement congénital; opération de laryngotomie). Parmi les autres communications, nous citerons celles de M. Klein (de Niederbronn), qui a présenté deux malades guéris à la suite de résections du tibia, de M. Lach (accidents produits par le chloroforme), enfin de M. Strohl (du rôle des microbes en pathologie). Sans bibliothèque, sans Université, sans laboratoire, sans élèves, les médecins d'Alsace-Lorraine continuent à se tenir au courant du progrès scientifique, et leurs nombreuses publications, leurs succès professionnels affirment toujours les qualités qui plaçaient autrefois la Faculté de Strasbourg à l'un des premiers rangs parmi nos établissements universitaires.

SÉNAT. — M. le professeur Wurtz vient d'être élu sénateur inamovible à une très grande majorité.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décrets du Président de la République, rendus sur la proposition du ministre de l'instruction publique, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Grand'croix : M. Pasteur, membre de l'Institut, est élevé à la dignité de grand'croix de la Légion d'honneur.

Au grade de commandeur : M. Coulier, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées à Paris.

Au grade d'officier : MM. Brouardel, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Foiret, médecin principal, et Crevaux, médecin de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Bonnafy, Bellamy, Reynaud, médecins de la marine; Tautin, aide-médecin auxiliaire; Coutance, pharmacien de la marine; le docteur Drouineau, chirurgien en chef des hospices civils de la Rochelle; le docteur Gillet, médecin en chef de l'hospice de Melun; Léon (Hugues-Henri), médecin civil (Isère); Chatin, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie; Roux, aide de clinique à la Faculté de médecine de Paris; Martrès, médecin-major de 1re classe; Malaval, médecin-major de 1re classe; Grimaldi d'Esdra, médecin-major de 1re classe; Quinche, médecin en chef de l'hôpital français de Buenos-Ayres.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices (année 1881). La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie aura lieu le jeudi 3 novembre 1881, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — Des concours s'ouvriront à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, savoir : le 12 janvier 1882, pour un emploi de suppléant de la chaire de chimie, pharmacie, histoire naturelle et matière médicale; le 9 février 1882, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements; le 9 mars 1882, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

PRIX AUBANEL. — La Société médico-psychologique de Paris décernera, au mois d'avril 1882, le prix Aubanel, de la valeur de 3000 francs, au meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur un sujet de médecine mentale. Les travaux imprimés ne devront pas être publiés depuis plus de deux ans. Les manuscrits et les livres seront adressés au secrétaire général, le docteur Motet, 161, rue de Charonne, avant le 31 décembre 1881. Ils devront être écrits en langue française. Les membres titulaires de la Société sont seuls exclus du concours.

JEAN GUINTER D'ANDERNACH. — *Errata* du feuilleton du dernier numéro.— Page 426, 2e col., ligne 10 : Andernoci, *lisez :* Andernaci. — Page 427, 2e col., ligne 15 : Guenterius, *lisez :* Guinterius. — Page 429, 2e col., ligne 17 : 28 octobre, *lisez :* 18 octobre.

MORTALITÉ A PARIS (27e semaine, du vendredi 1er au jeudi 7 juillet 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1125, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 27. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 21. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 38. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 59. — Phthisie pulmonaire, 158. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 82. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57.—Bronchite aiguë, 36.—Pneumonie, 56. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 86; au sein et mixte, 44; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 111; de l'appareil circulatoire, 53; de l'appareil respiratoire, 53; de l'appareil digestif, 58; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 0.— Morts violentes, 39. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 27e semaine. — La mortalité a encore augmenté cette semaine, 1125 décès au lieu de 1025 : c'est un croît notable de 100 décès, et il fallait sans doute s'y attendre, comme conséquence ordinaire des fortes chaleurs; mais, en outre, plusieurs maladies épidémiques ont accru leurs sévices, et notamment la scarlatine, dont les décès ont presque doublé (21 au lieu de 11). Cependant la lourde chaleur de la semaine dernière a nécessairement aggravé les maladies, dont les dangers croissent avec la température; tel est le cas d'abord de l'athrepsie enfantine, qui, au lieu de 98 décès dans la dernière semaine, en compte 134 en celle-ci; puis des méningites (59 décès au lieu de 44), et des autres maladies cérébro-spinales (111 décès au lieu de 87).

En ce qui concerne la répartition par quartiers, nous signalerons seulement les 3 décès par scarlatine en chacun des quartiers *Clignancourt* et de *la Goutte-d'Or*, et 2 dans celui de *Saint-Merry;* puis 6 décès par diphthérie dans le quartier *Sainte-Marguerite*, contigu à l'hôpital Trousseau et au quartier des *Quinze-Vingts*, quartiers où la diphthérie est également en permanence, etc.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris

---

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1881, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1880 et les formules des médicaments nouveaux suivis d'un mémoire sur l'hygiène et la thérapeutique du scorbut, par M. A. Bouchardat, professeur d'hygiène (41e année). 1 vol. in-18. Paris, G. Baillière et Ce. 1 fr. 50

Recherches histologiques sur le tissu connectif de la cornée des animaux vertébrés, par M. le docteur M. Eloin. Grand in-8 de 139 pages avec 6 planches. Paris, J. B. Baillière et fils. 6 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 21 juillet 1881.

Étude des travaux récents sur les rapports entre les modifications de la circulation cérébrale et l'état de repos ou d'activité du cerveau.

I. — EXPOSÉ GÉNÉRAL DE LA QUESTION.

Quand on s'occupe aujourd'hui de l'état de la circulation cérébrale correspondant aux différents degrés de l'activité du cerveau, on sait très bien que la solution de cette question ne répondra pas plus au problème des *causes* du sommeil que de celles de la veille. C'est l'une des conditions de ces états que l'on poursuit, et rien de plus. Comme l'a très bien dit M. Vulpian à propos du sommeil : « Quand on prouverait d'une façon irréfutable que pendant le sommeil il y a, soit une congestion, soit une anémie de l'encéphale, on ne pourrait pas se laisser aller à l'illusion jusqu'au point de croire que l'on possède la théorie de cet état physiologique. » (Vulpian, *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, II, p. 152.)

Tout l'intérêt de ces recherches consiste à déterminer s'il y a ou non congestion du cerveau pendant le sommeil, si la circulation cérébrale se modifie, et dans quel sens, sous l'influence de l'activité cérébrale (travail intellectuel, émotions, etc.).

Ces questions si fortement débattues, non seulement à l'époque où l'on espérait trouver dans les modifications de la circulation encéphalique l'explication du sommeil, mais aussi pendant la période actuelle, où cet espoir est justement abandonné, toutes ces discussions nous paraissent devoir prendre fin aujourd'hui. Des travaux récents, et tout spécialement ceux de Mosso (de Turin), et de Gley (de Nancy) ont, à notre avis, tranché le différend. Ils nous démontrent plus clairement que ne l'avaient pu faire jusque-là des observations analogues, que le cerveau rentre dans la loi commune : son état de repos absolu (ou du moins celui que nous considérons comme tel), le sommeil sans rêves appréciables, s'accompagne de l'anémie physiologique maxima. Un rêve, un phénomène d'idéation provoqué par une impression auditive ou tactile survient-il? aussitôt le cerveau sortant de son repos, sans cependant manifester une action complète, subit un certain degré de congestion, et cette congestion elle-même se montre proportionnée dans son intensité et sa persistance à l'intensité et à la durée de la manifestation cérébrale.

Quand le sujet passe de l'état de sommeil à l'état de veille, son cerveau prend un nouveau régime circulatoire qui constitue, par rapport à l'état de sommeil, une congestion relative. Sensiblement constante tant que le sujet n'exerce sur aucun point l'activité de son esprit, cette moyenne circulatoire de l'état de veille subit une élévation notable dès qu'un travail quelconque est produit par le cerveau : la congestion physiologique ainsi déterminée se mesure, pour ainsi dire, à l'importance du travail cérébral; tout comme celle qui accompagnait le rêve, elle a une valeur et une durée en rapport avec l'énergie dépensée et la durée même du travail.

De telle sorte que l'on peut se représenter schématiquement comme dans la figure ci-jointe, deux états circulatoires diffé-

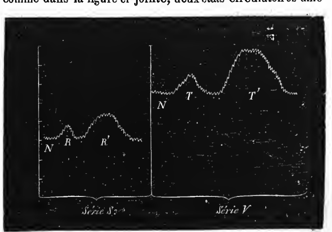


Figure schématique destinée à montrer l'état d'anémie relative du cerveau pendant le sommeil naturel (série S), et son état de congestion normale pendant la veille (Série V), ainsi que les effets congestifs de l'activité cérébrale dans chacun de ces deux états, R, R', rêves. — T T', travail intellectuel.

rents : l'un caractérisant le repos maximum du cerveau pendant le sommeil profond (N, série S); l'autre, plus actif (N, série V), qui correspondrait à l'état de veille sans travail

cérébral. Mais, dans l'une et l'autre de ces deux conditions circulatoires, des modifications en plus peuvent se produire : ainsi l'on verrait, sous l'influence d'un rêve léger et fugitif, une augmentation faible et passagère de la circulation dans le cerveau endormi (R, série S); sous l'influence de phénomènes d'une excitation cérébrale plus vive et plus durable, on aurait une courbe de congestion plus élevée et persistant davantage (R', série S).

Des modifications analogues, mais se produisant à partir d'un niveau circulatoire plus élevé (N, série V) pendant l'état de veille, surviendraient sous l'influence d'un travail cérébral d'intensité et de durée variable (T, T', série V).

Tels sont, très sommairement, les résultats fournis par les dernières recherches sur la question des rapports entre l'état de repos ou d'activité du cerveau; nous les devons surtout, avons-nous dit, à Mosso, qui a réuni dans un travail d'ensemble (*Sulla circolazione del sangue nel cervello dell' Uomo*, in *Acad. dei Lincei*, 1880) toutes ses recherches antérieures sur la circulation cérébrale et ses variations physiologiques. Ses conclusions ont été confirmées par M. Gley dans une thèse toute récente (*Recherches expérimentales sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel*, th. doct. Nancy, 1881). Ce dernier avait entrepris ses expériences en 1877, et ses recherches étaient déjà presque terminées quand a paru le travail de Mosso. Ce sont donc deux séries indépendantes d'expériences exécutées, les unes en Italie, les autres en France, qui sont venues récemment apporter quelque précision dans ce sujet si confus. Nous nous arrêterons seulement à l'exposé et à la discussion de ces travaux, ceux qui les ont précédés ayant été déjà analysés et discutés en maintes publications (1).

Les expériences de Mosso, sur lesquelles nous aurons surtout à insister, ont été faites chez des sujets dont le cerveau se trouvait mis à découvert à la suite de pertes de substance du crâne. Or, comme nous adoptons complètement, sinon ses interprétations, du moins la réalité des modifications circulatoires qu'il a observées, il est nécessaire d'établir avant tout que les observations faites sur le cerveau mis à nu sont rigoureusement applicables au cerveau enfermé dans la boîte crânienne intacte. Sans doute, dira-t-on, le fait a été surabondamment démontré par les expériences de Richet et par celles de Salathé, de Mosso lui-même. Mais si l'on veut bien examiner avec nous la question, on verra qu'il était encore possible aux adversaires de la théorie des mouvements du cerveau non découvert, d'invoquer en leur faveur certains arguments d'une réelle importance. On verra aussi que maintenant, grâce à une meilleure interprétation des effets produits par les variations du contenu artériel du cerveau, le doute n'est plus possible.

II. — MODIFICATIONS A INTRODUIRE DANS LA THÉORIE DES MOUVEMENTS DU CERVEAU.

On sait que *le cerveau mis à nu* présente des mouvements rhythmés avec les systoles du cœur et avec la respiration : à chaque expiration, la masse cérébrale subit une expansion notable, puis s'affaisse dans l'inspiration; quand le cœur envoie son ondée dans les artères, le cerveau subit un gonflement en rapport avec l'afflux sanguin, et présente un retrait correspondant à l'affaissement des artères pendant la diastole du cœur. Enfin, indépendamment de ces deux ordres de mouvements respiratoires et cardiaques, on observe des changements de volume plus lents, rhythmés aussi, de véritables ondulations régulières, qui ont été rapportés aux oscillations rhythmiques du calibre des vaisseaux (1).

Quand il s'est agi de démontrer que les mêmes mouvements peuvent se produire dans le cerveau enfermé dans le crâne, il a fallu de toute nécessité admettre qu'il s'opérait à chaque gonflement du cerveau un déplacement de liquide, et c'est tout naturellement au liquide sous-arachnoïdien qu'on a d'abord songé. Les expériences sur ce point se sont multipliées depuis la remarquable critique de la théorie de Monro-Kellie et de Bourgougnon, faite par le professeur Richet dans son *Anatomie chirurgicale*, jusqu'aux travaux les plus récents. Nous avons tous admis que le liquide céphalo-rachidien cédait la place au sang qui afflue dans le cerveau, et se réfugiait dans le canal rachidien, que M. Richet avait comparé à un tuyau de dégagement.

Une difficulté subsistait qui devait être exploitée par les adversaires de la théorie des mouvements du cerveau dans le crâne intact : à la rigueur, pour des mouvements lents, comme ceux qu'impriment au cerveau les influences respiratoires, on pouvait considérer comme suffisantes les communications étroites établies entre la cavité sous-arachnoïdienne du crâne et celle du rachis; mais il était difficile d'admettre que le liquide céphalo-rachidien pût se déplacer assez rapidement, du crâne au rachis et du rachis au crâne, pour permettre les changements brusques de volume du cerveau en rapport avec la réplétion et la déplétion des artères.

Aujourd'hui nous pouvons dire que cette objection, qui ne manquait pas de valeur, n'a plus sa raison d'être; non pas qu'on ait démontré le passage rapide du liquide sous-arachnoïdien entre la cavité du crâne et celle du rachis, à chaque expansion et à chaque affaissement du cerveau, mais parce qu'une autre interprétation se présente qui ne laisse aucune prise à la critique.

Au lieu de considérer le liquide céphalo-rachidien comme la partie mobile fuyant, pour ainsi dire, au devant du sang artériel quand celui-ci afflue dans le cerveau, on admet que *c'est le sang veineux qui se déplace.*

Ce serait *en expulsant de la cavité crânienne une quantité de sang veineux sensiblement égale à celle qu'il reçoit par les artères* que le cerveau pourrait s'épanouir, pour ainsi dire, dans la cavité crânienne intacte.

Le mécanisme de cette expulsion est facile à saisir. Il ne s'agit pas seulement du passage pur et simple du sang dans les veines au travers des capillaires, mais en outre et surtout de la compression exercée par la masse cérébrale érectile sur les gros canaux veineux de la dure-mère par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien.

On a la preuve de cette action du cerveau dilaté sur les parois des sinus veineux *dans les pulsations que présentent ces sinus, et qui se transmettent aux jugulaires à la base du crâne.*

Mosso, dans son remarquable travail sur la circulation du sang dans le cerveau de l'homme, a constaté des oscillations de pression dans le sinus longitudinal supérieur chez le chien;

(1) Les travaux de Durham, Krauss, Brown, Regnard, Langlet, Cappie, etc., sont exposés, soit dans les *Leçons* de Vulpian *sur les vaso-moteurs*, soit dans la thèse d'agrégation de Ch. Richet *sur les circonvolutions cérébrales*, dans la thèse de Salathé, qui a lui-même étudié la circulation cérébrale pendant le sommeil (1877), etc.

(1) Pour l'exposé historique et critique détaillé des recherches qui sont ici résumées en quelques mots, on peut se reporter aux études d'ensemble parues dans ces dernières années au mémoire de Salathé (*C. R. Lab. Marey*, 1876, et th. Paris, 1877); à un article critique que j'ai publié dans le *Journal de l'anatomie* (1877); à la thèse de Abadie *sur les mouvements du cerveau* (1879); à une revue de Vaillard (*Revue mensuelle*, 1880).

il a vu, en recueillant le tracé de ces variations de pression, qu'elles étaient tout à fait semblables à celles d'une artère, et a conclu fort justement qu'elles étaient dues à la pression latérale intermittente exercée par le cerveau sur le sinus à chacun de ses changements de volume.

Déjà M. Marey, guidé par des idées théoriques très justes, m'avait conseillé l'année dernière de rechercher ces pulsations des sinus crâniens; mais, par suite d'une application défectueuse des appareils, je n'ai pas réussi à la constater. L'expérience de Mosso démontre qu'elles existent réellement et sont bien dues aux causes indiquées.

Ce physiologiste dit qu'en réalité le fait n'était pas entièrement nouveau, car Berthold avait déjà vu en 1869 (*Centralblatt f. d. med. Wiss.*, n° 43, p. 673), « chez un chien dont il avait lié la jugulaire commune, le sang sortir d'une plaie de la jugulaire interne avec un jet intermittent, comme s'il s'agissait d'une artère ». On me permettra de rappeler ici, à titre de simple renseignement historique, que le pouls des sinus du crâne a été découvert il y a bien longtemps, en France, par Lamure (ou *de la Mure*, comme on disait alors) (Montpellier, 1752).

C'est dans son mémoire sur les mouvements du cerveau, adressé en 1752 à l'Académie royale des sciences de Paris par la Société royale des sciences de Montpellier, que Lamure énonce le fait. Mais la publication ayant été antidatée, on trouvera l'indication dont je parle dans le volume de 1749, p. 547, 7e expérience.

Ce pouls des sinus observé par Lamure a été vivement contesté par Haller dans une *Lettre à Daumont*, publiée dans le tome IV des *Mémoires sur les parties irritables et sensibles*. Haller dit que Lamure « n'a sûrement pas consulté la nature..., *le pouls des sinus est un fait certainement erroné* ». (Haller, *loc. cit.*, édit. Lausanne, 1759.)

Et cependant voici qu'on le démontre aujourd'hui, et cette fois bien nettement.

Il est bien clair que si le cerveau, à chacun de ses gonflements, exerce une pression sur les canaux veineux qui l'entourent, ces pressions intermittentes produiront l'expulsion du sang hors des cavités, sur les parois desquelles s'exercent ces compressions. D'où la notion parfaitement exacte que le sang qui entre dans les vaisseaux artériels du cerveau se fait faire place, pour ainsi dire, en provoquant l'expulsion d'une quantité correspondante de sang veineux. D'où encore cette proposition que la quantité de sang contenue dans le crâne ne varie pas, mais que c'est seulement sa répartition entre les artères, les capillaires et les veines qui se modifie.

Cette dernière conséquence aurait déjà été, d'après Mosso, indiquée par F. Cappie en 1874 (*Edinb. med. Journal*, p. 105, 1874). Mais ici encore je rappellerai que, bien antérieurement à Cappie, en 1824, et dans le même journal, J. Carson (*Edinb. med. a. surg. Journal*, XXI, p. 256-258, 1824) avait très nettement émis la même opinion, en l'appuyant sur les mêmes arguments que ceux qu'on invoque aujourd'hui. Voici les passages auxquels je fais allusion :

« Aucune quantité de sang... ne pourrait être introduite dans le crâne par les artères *si une égale quantité* n'était au même instant entraînée hors du crâne par les issues qu'il présente. Les sinus sont les seules issues par lesquelles le sang peut être entraîné (p. 256). » Le même auteur, qui avait observé les pulsations des jugulaires (sans les comprendre d'une façon complète cependant), invoque ces pulsations à l'appui de l'idée précédente.

« L'explication simple, dit-il, et je crois satisfaisante, qu'on peut donner de ce phénomène est la suivante : les artères qui apportent le sang à la tête lancent ce liquide dans le crâne par jets synchrones. Une quantité égale... doit être au même instant déplacée du crâne par les veines. *Cette sortie du sang doit aussi se faire par jets*, ce qui produit des courants successifs, ou, en d'autres termes, des *pulsations* dans les veines (p. 258) (1) ».

C'est précisément ce pouls des veines jugulaires, de même nature que le pouls des sinus cérébraux découvert par Lamure, qui a été étudié il y a une dizaine d'années par Berthold. Celui-ci a donné la démonstration de la provenance céphalique de ce pouls dans une courte communication préalable.

De l'étude qui précède il résulte que, non seulement il n'y a plus aujourd'hui de doute à concevoir sur l'existence des mouvements du cerveau dans la boîte crânienne intacte, mais que ces changements de volume sont dus en majeure partie, sinon en totalité, au déplacement du sang veineux. Quant au rôle du liquide céphalo-rachidien dans ces mouvements du cerveau, son importance paraît devoir être notablement réduite ; l'étroitesse des voies de communication entre le crâne et le rachis ne permettant pas les déplacements rapides, les mouvements de va-et-vient de ce liquide, s'ils existent, comme nous le pensons, ne se produiraient que quand les changements de volume du cerveau s'opèrent avec une lenteur suffisante.

Quoi qu'il en soit, l'existence des mouvements du cerveau dans la boîte crânienne devait être à nouveau affirmée avant de passer à l'examen des faits révélés par l'exploration de ces mouvements sur le cerveau à découvert.

FRANÇOIS-FRANCK.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

DE LA NATURE DU GOITRE ÉPIDÉMIQUE, A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE QUI A SÉVI SUR LES TROUPES DE LA GARNISON DE BELFORT EN 1877, par les docteurs Charles VIRY et Eugène RICHARD, médecins-majors des hôpitaux militaires.

Le goître épidémique n'avait jamais été signalé dans la garnison de Belfort avant 1876 ; ni les registres de l'hôpital militaire de cette ville, ni le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaire* ne font mention d'épidémie de goître à Belfort, et M. A. Laveran (*Traité des maladies et épidémies des armées*, Paris 1875, p. 595 et s.), qui a relevé toutes les épidémies de goître relatées depuis 1780 jusqu'en 1873, ne cite pas Belfort parmi les localités visitées par cette maladie.

C'est là une des raisons pour lesquelles il nous paraît utile de faire connaître une épidémie de goître dont nous avons été témoins, alors que, tous deux en garnison à Belfort, nous appartenions l'un au 42e, l'autre au 35e régiment d'infanterie. Mais, de plus, cette épidémie nous a paru offrir un intérêt spécial, parce qu'elle a présenté certaines particularités capa-

(1) D'autres auteurs du commencement du siècle avaient aussi parfaitement compris l'influence favorable des mouvements du cerveau sur la circulation veineuse intra-crânienne. Pour ne pas multiplier les citations, je rappellerai seulement le passage suivant d'un auteur auquel il a été beaucoup emprunté depuis dix ans : Marx, dans sa *Diatribe anatomique et physiologique sur la structure et les fonctions des veines*, publiée à Carlsruhe, en 1819, s'exprime ainsi à ce sujet : « Nec minus agitatio nonnullarum partium. e. g. cerebri, cujus in vicem sursus deorsum motus *sinuum circulationi certe favet* » (p. 92).

bles, croyons-nous, de jeter un jour nouveau sur l'étiologie du goître. En outre, elle a frappé un nombre d'hommes bien plus considérable que ne l'ont fait les épidémies de goître signalées jusqu'à ce jour. Il est vrai que dans une épidémie dont l'histoire est due à Valentin (*Recherches topographiques*, etc. *sur Nancy*, p. 411), ce dernier a compté 1000 goîtreux dans un régiment en garnison à Nancy, mais cela pendant une période de cinq années de 1785 à 1789, tandis que nous avons vu un nombre à peu près égal de malades dans l'espace de quelques semaines.

I. *Relation sommaire de l'épidémie.* — Au printemps et pendant l'été de 1876, quelques cas de goître aigu ont été observés au lycée de Belfort : une quinzaine d'élèves au moins ont été soignés en même temps à l'infirmerie, et il y avait encore quelques malades au moment de la distribution des prix. Tous ont guéri.

Cette même année, alors que les registres médicaux de tous les autres corps de la garnison ne font mention d'aucun cas de goître, au 15e régiment de chasseurs on a exempté de service au mois d'août 9 hommes atteints de goître, puis 1 au mois de septembre et 2 au mois d'octobre. De plus, 4 chasseurs ont été traités à l'infirmerie pour goître : on a donc compté, en 1876, 18 militaires atteints de goître aigu, appartenant tous au 15e chasseurs, à l'exclusion des autres corps de la garnison.

Aucun cas de goître aigu n'a été signalé à cette époque dans la population civile, pas plus que dans les établissements d'instruction autre que le lycée (maristes, pensionnats laïques de demoiselles, sœurs de la doctrine chrétienne, dames de Portieux), qui comptent un total d'environ 500 élèves de l'un ou de l'autre sexe.

Au mois de janvier 1877, le 15e chasseurs note un nouveau cas de goître, un second en février, un troisième en mai, puis en juin 8, dont 1 entre à l'hôpital. A ce moment, les barraques occupées par le 42e de ligne, à côté du quartier de cavalerie, sont envahies par la maladie; celle-ci gagne ensuite successivement le *fort des Barres*, presque contigu, où loge un bataillon et demi du 42e; puis les casernes d'infanterie de la ville (*caserne de l'Espérance, bâtiments* 89, 90, 91, 92), habitées par une partie du 42e, par plusieurs compagnies du 35e, par le génie et la section des ouvriers d'administration. En même temps, l'épidémie est signalée au *camp retranché*, localisée d'abord dans une baraque appartenant au 42e, elle atteint successivement le baraquement du train des équipages et le reste du camp occupé par le 35e.

Les forts situés à proximité de la place, la *Justice* et la *Miotte*, où sont casernées 3 compagnies du 35e, le fort du *Château*, occupé par le 42e, ont des malades presque en même temps. Le fort de la Justice est particulièrement maltraité : il compte 32 goîtreux dans une compagnie et 15 dans l'autre, la moyenne pour les autres casernements étant de 12 malades par compagnie au 35e, de 20 au 42e. Dès les premiers jours de juillet, l'épidémie a ainsi envahi progressivement, en moins d'un mois, tous les logements de l'infanterie. Pendant ce temps, le 15e chasseurs ne compte que 22 goîtreux, dont 5 entrent à l'hôpital; le tiers de l'effectif du 42e est malade, et une visite sanitaire passée au 35e, le 7 juillet, fait reconnaître 272 cas d'hypertrophie du corps thyroïde. Le 25 juillet, une seconde visite de santé fait porter ce nombre à 361 au 35e de ligne, 26 à la compagnie du train, 4 à celle du génie; les malades du 42e ont encore augmenté, si bien qu'il y a en même temps plus de 900 goîtreux dans la garnison de Belfort. Au milieu de tous ces malades, les infirmiers, qui habitent l'hôpital, et les ouvriers d'administration, qui ont leur quartier à l'Espérance, demeurent indemnes.

L'épidémie cependant ne se borne pas aux seuls casernements de la ville de Belfort et des forts avoisinants : elle irradie dans les forts détachés, forts des *Hautes* et *Basses-Perches*, fort de *Roppe*, fort du *Mont-Salbert*, fort de *Giromagny*, fort du *Mont-Vaudois;* les goîtreux, toutefois, y sont moins nombreux qu'à Belfort même.

Le 7 juillet, à la visite de santé de la compagnie qui occupe les forts des Hautes et Basses-Perches, on compte seulement 4 malades. Cette compagnie était arrivée depuis peu du fort de Roppe, où ses communications avec Belfort avaient été relativement rares. Plus rapprochée du foyer de l'épidémie, après son installation aux Perches, elle voit le chiffre de ses goîtreux s'accroître, et le 25 juillet elle en a 18.

Au fort de Giromagny, le 7 juillet, on n'a que six noms de malades à enregistrer, dans une compagnie qui a quitté Belfort depuis le mois d'août 1876 et qui a résidé au fort de Roppe avant de se rendre à Giromagny; ce nombre n'a jamais augmenté.

A la date du 7 juillet, deux compagnies du 35e tenaient garnison au fort de Roppe : l'une d'elles, ce jour-là, a 6 goîtreux et l'autre 7. La première quitte Roppe pour venir loger à l'Espérance et, le 25 juillet, elle a 15 malades; l'autre ne fait pas mouvement et le 25 juillet ne note plus que 6 cas de goître. La compagnie venue à Roppe pour relever celle qui rentrait à Belfort avait, en quittant la ville, 15 goîtreux : le 25 juillet, dans les casemates du fort, il n'y en a plus que 9, et 4 seulement le 13 septembre. Les artilleurs de Roppe, qui habitent une casemate particulière et qui ne vont que très rarement en ville, n'ont jamais eu que 2 goîtreux, tombés malades après l'arrivée de la compagnie du 35e venue de Belfort.

Au même moment, 2 compagnies du 42e habitaient le fort du Mont-Salbert et ne présentaient aucun cas de goître : l'une de ces compagnies est rappelée à Belfort et remplacée par une compagnie qui, venant de la ville, comptait des goîtreux dans ses rangs. Dix jours après l'arrivée de cette nouvelle compagnie, en passant une revue sanitaire de la compagnie qui n'avait pas quitté le Salbert, on y trouve 17 malades. A la même époque un détachement d'artilleurs arrivé indemne au fort compte 7 goîtreux, après dix jours de casernement côte à côte avec les 2 compagnies du 42e.

L'épidémie s'étend jusqu'au fort du Mont-Vaudois, où des hommes du 42e et quelques artilleurs payent leur tribut à la maladie régnante.

Cependant l'épidémie, après avoir atteint son apogée à la fin du mois de juillet et pendant les premiers jours d'août, commence à décroître. Le 11 août, il n'y a plus au 35e que 260 malades tous atteints avant le 25 juillet, et 63 le 13 septembre. La proportion décroissante est la même dans les autres régiments, et au mois d'octobre il n'est presque plus question de goîtreux. Il est juste de remarquer que les manœuvres de brigade ont permis de faire vivre les hommes à l'air libre et d'aérer largement les vêtements et les locaux.

Pendant les mois de novembre et de décembre 1877, il ne se manifeste plus de cas nouveaux. Au mois de janvier 1878, cependant, le médecin du 15e chasseurs nous signale 3 goîtreux. Au commencement du printemps (1878) le 35e et le 42e voient quelques hypertrophies thyroïdiennes, mais l'été se passe sans épidémie. On n'a à soigner aucun nouveau malade pendant l'hiver de 1878-79, lorsque, en mai 1879, on remarque plusieurs récidives sur des malades de 1877, et 5 premières atteintes sur des hommes du 35e. Pendant l'été, on constate quelques nouveaux cas au lycée et dans le pensionnat des jeunes filles des dames de Portieux.

Depuis cette époque, la liste des sujets affectés de goître aigu à Belfort ne s'est chargée d'aucun nom nouveau.

Dans cette épidémie, les hommes de troupe ont été, toutes proportions gardées, beaucoup plus frappés que les sous-officiers, mais ces derniers n'ont pas été indemnes comme dans la plupart des épidémies décrites jusqu'à ce jour. Deux officiers ont été atteints : l'un demeurait tellement près des baraques du 42e qu'on peut dire qu'il habitait le camp, l'autre était employé à l'habillement. Nous dirons plus loin comment

une jeune fille qui logeait au camp et le fils d'un officier ont été infectés.

La plupart des goîtres observés ont été de petit volume et n'ont pas empêché les malades de faire leur service; beaucoup n'ont été découverts qu'au moment des visites de santé, tant ils étaient peu gênants : sur les 361 goîtreux que présentaient le 35e, le 25 juillet, il y avait 284 *goîtres légers*. Chez d'autres, le goître était plus volumineux et empêchait les hommes d'agrafer le col et de fermer les boutons supérieurs de la tunique; chez ces malades atteints de *goîtres moyens* (77 au 35e le 25 juillet), le port du sac était très pénible; la plupart cependant ont pu faire presque tout leur service, à condition qu'on leur permît de laisser le cou libre et qu'on les exemptât de sac. Chez un petit nombre de sujets, et surtout parmi les chasseurs et les soldats du 42e, le goître a été *volumineux* et a nécessité l'entrée à l'infirmerie ou à l'hôpital.

L'hypertrophie du corps thyroïde a été rarement médiane, elle a porté le plus souvent sur l'un des lobes latéraux, exceptionnellement sur les deux à la fois.

Il ne s'est présenté aucune occasion qui nous ait permis de faire des recherches sur l'*anatomie pathologique* du corps thyroïde.

Le *traitement* des goîtreux a été, dans la grande majorité des cas, purement hygiénique. L'application des règles relatives à l'aération et à la propreté a été l'objet d'une attention spéciale; les troupes ont été, sans fatigue exagérée, exercées à des manœuvres se faisant loin des casernements; la garnison a reçu une ration de vin depuis le 5 juin jusqu'au 20 août. Ces mesures ont été suffisantes pour amener la cessation de l'épidémie et la guérison de presque tous les malades. Chez quelques hommes cependant, l'hypertrophie du corps thyroïde a eu de la tendance à passer à l'état chronique, que cette hypertrophie fût légère, moyenne ou volumineuse. C'est dans ces cas que nous avons pu constater l'inutilité absolue de l'emploi *intus* ou *extra* de l'iode ou de l'iodure de potassium, que le traitement fût pratiqué à l'infirmerie ou à l'hôpital. Ces militaires furent renvoyés en congé de convalescence d'un mois et presque tous revinrent améliorés ou guéris au bout de ce temps. D'autres ne rejoignirent leurs corps complètement rétablis qu'après une absence de trois mois, et plusieurs même conservèrent un léger degré d'hypertrophie.

(*A suivre.*)

Thérapeutique expérimentale.

Influence de l'électrisation sur la température des organes. Communication faite à la section médicale du Congrès pour l'avancement des sciences. (Session d'Alger, 1881), par le docteur Ch. Letourneau.

I

Les faits que je vais soumettre à votre appréciation se rattachent à des observations et expériences déjà publiées, les unes dans une communication à la section médicale du congrès de Paris (1878), les autres dans un travail lu à la Société de biologie (juin 1879). Ces travaux antérieurs peuvent se résumer en très peu de mots.

Depuis plusieurs années, j'essaie d'appliquer à la thérapeutique la théorie physiologique des vaso-moteurs, c'est-à-dire de montrer que l'on peut, chez l'homme, produire à volonté une anémie temporaire de certains organes, spécialement du cerveau; car les vaso-moteurs de la tête sont très nettement constricteurs.

Pour cela, je me suis servi de piles à courant constant et j'ai électrisé tantôt le ganglion cervical supérieur ou plutôt la région où il se trouve, tantôt j'ai fait passer directement, à travers la tête, un courant modéré. Pratiquement les deux procédés s'équivalent, mais les effets du second sont plus généraux.

Par ces moyens parfaitement inoffensifs, on produit, chez l'homme, parfois du sommeil, toujours de légers vertiges et la déplétion momentanée des vaisseaux rétiniens. Le dernier fait a été vérifié à l'ophthalmoscope. Chez les animaux, où il est permis d'user de courants plus énergiques, on provoque aussi l'anémie rétinienne et, en outre, une énorme dilatation de la pupille, qui disparaît presque.

Enfin, sur un jeune chien convenablement préparé, nous avons pu, M. le docteur Laborde et moi, produire à volonté la contraction des vaisseaux de la dure-mère et de la pie-mère.

D'autre part, j'ai réussi à triompher, par des électrisations céphaliques suffisamment répétées, de divers troubles du cerveau, notamment d'une tendance invétérée à des congestions cérébrales, allant parfois jusqu'à la perte de connaissance, chez un vieillard à tempérament pléthorique.

II

Ces faits m'ayant paru importants, j'ai voulu les appuyer encore sur des preuves d'un autre genre. Très généralement, la température des organes dépend strictement de l'activité plus ou moins grande de leur circulation capillaire. Si donc on produit, par l'électrisation, une anémie passagère du cerveau ou plutôt de la tête, la température céphalique doit s'abaisser. J'ai donc entrepris, à ce sujet, une série d'expériences sur l'homme, et j'ai essayé de les corroborer par des expériences sur les animaux, faites, comme mes expériences antérieures au laboratoire de physiologie de la Faculté de Paris avec le concours obligeant et indispensable de M. le docteur Laborde.

Les expériences sur l'homme ont été faites, sauf une seule, en 1879-1880, à l'hôpital Necker, dans le service de P. Broca et avec l'appareil qu'il avait appelé « couronne thermométrique ». Elles sont au nombre de dix et en voici les résultats :

1° Dans trois cas, le succès a été complet. Il faudrait même y joindre un quatrième cas, moins probant d'ailleurs, car l'expérience fut faite avec deux thermomètres temporaux seulement. Aussi je crois devoir ranger ce fait dans la seconde catégorie;

2° Celle-ci se compose des cas dans lesquels le résultat a été mixte. Certains thermomètres ont accusé un abaissement de température; d'autres, au contraire, une surélévation. Pourtant, l'effet général a été un changement en moins et il est intéressant de noter que l'abaissement de la température s'est produit surtout dans la région antérieure;

3° Dans un cas seulement, l'échec a été complet et tous les thermomètres ont accusé une élévation de température de quelques degrés. L'expérience avait d'ailleurs été faite dans des conditions défavorables, immédiatement après un repas, ce qu'il faut autant que possible éviter.

Voici la liste complète des variations thermiques observées :

1° Abaissement général de la température céphalique après l'électrisation.

Jeune fille de quatorze ans. — Thermomètres temporaux : côté droit, — 1°,1; côté gauche, — 0°,6. Thermomètres pariétaux : côté droit, — 0°,7; côté gauche, — 1°,1. Thermomètres occipitaux : côté droit, — 1°,3; côté gauche, — 1°.

Homme adulte. — Thermomètres temporaux : côté droit, — 0°,2; côté gauche, — 0°,3. Thermomètres pariétaux : côté droit, — 0°,2; côté gauche, — 0°,2. Thermomètres occipitaux : côté droit, — 0°,2; côté gauche, — 0°,4.

Nègre de trente-sept ans. — Thermomètres temporaux : côté droit, — 0°,5; côté gauche, — 0°,6. Thermomètres pariétaux : côté droit, — 0°,3; côté gauche, — 0°,2. Thermomètres occipitaux : côté droit, — 0°,2; côté gauche, — 0°,4.

2° CAS DANS LESQUELS L'ABAISSEMENT A ÉTÉ MIXTE.

Jeune garçon de seize ans. — Thermomètres temporaux : côté droit, — 0°,3; côté gauche, — 0°,2. Thermomètres pariétaux : côté droit, + 0°,8; côté gauche, sans changement. Thermomètres occipitaux : côté droit, + 0°,1; côté gauche, + 0°,1.

Homme de soixante ans. — Thermomètres temporaux : côté droit, — 0°,1; côté gauche, — 0°,1. Thermomètres pariétaux : côté droit, + 0°,1; côté gauche, — 0°,1. Thermomètres occipitaux : côté droit, — 0°,3; côté gauche, + 0°,1.

Femme de vingt-deux ans. — Thermomètres temporaux : côté droit, — 0°,4; côté gauche, — 0°,3. Thermomètres pariétaux : côté droit, + 0°,2; côté gauche, — 0°,3. Thermomètres occipitaux : côté droit, — 0°,1; côté gauche, — 0°,2.

Femme de dix-huit ans. — Thermomètres temporaux : côté droit, — 11/20 de degré; côté gauche, + 1/20 de degré. Thermomètres pariétaux : côté droit, — 0°,3; côté gauche, — 0°,2. Thermomètres occipitaux : côté droit, — 0°,1; côté gauche, + 0°,2.

Homme de trente ans. — Thermomètres temporaux : côté droit, + 0°,1; côté gauche, + 0°,3. Thermomètres pariétaux : côté droit, — 0°,7; côté gauche, + 0°,2. Thermomètres occipitaux : côté droit, — 0°,2; côté gauche, + 0°,2.

Homme de soixante ans. — Deux thermomètres temporaux au 1/20 ont seuls été employés : côté droit, — 1/20 de degré; côté gauche, — 7/20 de degré.

3° UN CAS D'ÉLÉVATION GÉNÉRALE DE LA TEMPÉRAVURE.

Jeune fille de dix-sept ans (après un repos). — Thermomètres temporaux : côté droit, + 0°,1; côté gauche, + 0°,1. Thermomètres pariétaux : côté droit, + 0°,4; côté gauche, + 0°,1. Thermomètres occipitaux : côté droit, + 0°,4; côté gauche, + 0°,3.

III

Il importait de savoir si les variations thermiques, provoquées par l'électrisation de la tête, étaient à la fois superficielles et profondes. La température cérébrale changeait-elle comme celle de la peau?

Pour le savoir, nous avons, M. le docteur Laborde et moi, expérimenté, au laboratoire de physiologie de la Faculté de Paris, sur quatre petits chiens nouveau-nés.

On préparait l'animal en incisant les téguments, d'avant en arrière, à la partie supérieure de la tête, à un centimètre environ de la ligne médiane. Puis, en excisant la paroi crânienne, on mettait à nu l'hémisphère cérébral, dans lequel on plongeait un petit thermomètre muni d'une armature métallique se terminant en pointe. Le thermomètre était plongé profondément, jusque dans le ventricule latéral. Tout étant ainsi disposé, et le thermomètre marquant une température sensiblement stable, nous faisions passer le courant électrique à travers la tête de l'animal. Immédiatement, presque, la température s'abaissait de 1 degré à 1 degré et demi. Ce résultat a été constant; mais, une seule fois nous avons pu avoir la contre-épreuve. Une seule fois, la température s'est relevée, après l'électrisation.

Les animaux soumis à l'expérience étaient, depuis plusieurs jours, séparés de leur mère, par suite, inanitiés et peu résistants. On les déprimait sans peine, mais il ne se produisait pas de réaction et la mort venait mettre fin à l'expérience. Il y a là une étude à reprendre.

IV

De tous les faits que j'ai déjà publiés, et des expériences actuelles, je me crois en droit de conclure que l'électrisation, telle que je l'ai pratiquée, est un moyen sûr et facile de provoquer à volonté une anémie temporaire, non seulement du cerveau, mais de certains organes dont la structure et la situation anatomique se prêtent à l'emploi de ce procédé. Ainsi, à plusieurs reprises, j'ai pu, chez un jeune homme, enrayer brusquement une épididymite au début par l'électrisation du cordon.

Si l'abaissement de température de la tête ne se produit pas avec une régularité absolue après l'électrisation, c'est que cette température dépend de causes nombreuses. On sait, depuis déjà longtemps, que toute contention intellectuelle élève la température céphalique. Certaines émotions, au contraire, l'abaissent brusquement. J'ai eu l'occasion de constater une fois cet effet déprimant. Une jeune fille (18 ans), fut épouvantée à la vue de la pile et du galvanomètre, dont je me disposais à me servir pour expérimenter sur elle. Déjà même j'avais appliqué la couronne thermométrique. La température s'abaissa rapidement comme suit :

Thermomètres frontaux : côté droit, — 12/20 de degré; côté gauche, — 17/20 de degré. Thermomètres pariétaux : côté droit, — 0°,5; côté gauche, — 0°,3. Thermomètres occipitaux : côté droit, — 0°,9; côté gauche, — 0°,4.

Les causes pertubatrices de cet ordre sont nombreuses et elles échappent à tout contrôle.

En terminant, j'ajouterai que l'abaissement de la température ne se borne pas à la tête. En faisant tenir au patient un thermomètre dans la main droite, j'ai pu, dans trois cas, constater un abaissement thermique, qui, une fois, a dépassé 1 degré.

En résumé, il me semble qu'il y a là une voie nouvelle à frayer, une branche thérapeutique à créer.

CORRESPONDANCE

Traitement du cancer ano-rectal.

A M. LE DOCTEUR P. RECLUS, PROFESSEUR AGRÉGÉ ET CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.

Très honoré confrère et ami,

Dans votre récent article du 8 juillet dernier sur le traitement du cancer ano-rectal, vous établissez que, dans certaines conditions bien spécifiées, avec notre outillage et nos pansements perfectionnés, l'opération de choix pour le cancer du rectum est l'ablation. A l'appui de cette thèse, me semble-t-il, vous citez quelques exemples où la récidive n'est survenue qu'au bout de longues années. Vous nous rappelez le fait d'Allingham et cet opéré de Marjolin qui vint consulter M. le professeur Richet pour un retour offensif de sa tumeur. L'ablation fut pratiquée et la seconde récidive ne survint qu'au bout de quatre ans.

A ces faits si remarquables et bien propres à encourager le chirurgien à l'ablation du cancer ano-rectal, permettez-moi d'ajouter une nouvelle observation tirée du service de notre vénéré maître M. le professeur Verneuil :

La femme Becker, née Namur (Félicie), journalière, âgée de cinquante-six ans, entra en 1875, le 22 juin, à la Pitié, salle Saint-Augustin, pour un cancer ano-rectal. Depuis un an environ, cette femme avait une pesanteur gênante et de vagues douleurs au fondement. Elle remarqua bientôt qu'elle avait de fausses sensations d'aller à la garde-robe et qu'une tumeur sortait de l'anus lorsqu'elle voulait aller à la selle. Peu à peu ces symptômes s'aggravèrent, la tumeur s'ulcéra et donna lieu, au moindre effort, à des hémorrhagies sérieuses. Chaque fois qu'elle faisait le lit de ses maîtres, elle était obligée de nettoyer le parquet, où le sang ruisselait à flots. Peu de jours après son entrée dans le service, M. Verneuil fit l'ablation de la tumeur; il la fit, le 2 juillet 1875, par le procédé qu'il employait alors : incision en fer à cheval contournant le coccyx et formant ainsi un vaste lambeau qui permit d'enlever le mal en entier avec précision. L'opération et ses suites furent aussi bénignes que possible. Au bout de quelques jours, la malade était hors de danger; mais la cicatrisation définitive la maintint longtemps à l'hôpital, dont elle ne sortit que le 4 décembre.

Cette femme vient de rentrer le 10 juillet à l'hôpital dans le service de M. Verneuil. Le rectum est parfaitement sain, et nulle part on ne trouve le moindre indice de récidive.

Seulement, la pauvre femme, qui a maintenant soixante-deux ans, ne peut travailler pour vivre. Sitôt qu'elle est debout, le rectum se présente à travers l'anus très élargi, et cette chute la gêne considérablement. Elle ne peut marcher sans éprouver des cuissons très gênantes. Elle est obligée de porter une serviette pour contenir le prolapsus le plus qu'elle peut. Mais, malgré les soins les plus assidus, lavages à l'eau fraîche et des tentatives de réduction, elle ne peut réussir à travailler. De plus, elle est encore sujette à une grosse infirmité : elle est emphysémateuse et parfois même prise d'accès d'asthme assez inquiétants.

Ajoutons que le lambeau coccygien dont on reconnaît le tracé est atrophié, que l'anus se trouve extrêmement élargi et que le prolapsus rectal est, au lit même, d'environ 3 à 4 centimètres.

Ce fait est particulièrement intéressant parce qu'il ne peut y avoir aucun doute sur sa nature. J'ai fait moi-même l'examen de la tumeur primitive, et, dans mes notes bien catégoriques à ce sujet, je retrouve tous les caractères de l'épithélioma rectal. Non seulement on pouvait y voir dans quelques points l'altération des glandes de Lieberkuhn au début; mais en d'autres, le sous-sol glandulaire, les parties profondes de la muqueuse rectale étaient envahies, et j'ai conservé un dessin dans lequel se trouvent des altérations épithéliales bien manifestes des vaisseaux sanguins de petit calibre.

Tel est, très honoré confrère et ami, en raccourci, l'histoire de la malade de M. Verneuil. Je pense que vous serez heureux de l'ajouter aux deux faits que vous nous avez cités dans votre discussion.

Dr Nepveu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Sur la « viscose » ou substance gommeuse de la fermentation visqueuse : équation de cette fermentation. Note de M. *A. Béchamp*. — L'auteur propose de nommer *viscose* la substance caractéristique de la fermentation visqueuse, que les auteurs désignent sous le nom de *gomme*, et rapporte les expériences qu'il a faites pour déterminer le pouvoir rotatoire de viscoses de provenances diverses.

Dosage de l'urée a l'aide de l'hypobromite de soude titré. Note de M. *Quinquaud*.

Lorsque l'hypobromite de soude réagit sur l'urée, celle-ci se décompose en azote et en acide carbonique, d'après la relation

$$CO^2(AzH^2)^2 + 3NaBrO = 3NaBr + CO^2 + Az^2 + 2H^2O.$$

Dans cette hypothèse, 3 équivalents d'hypobromite sont nécessaires à la décomposition complète de 1 équivalent d'urée. Il suffit donc de doser l'hypobromite employé pour en déduire la quantité d'urée décomposée.

Pour doser l'hypobromite employé à la décomposition de l'urée, voici comment on opère : on laisse tomber l'hypobromite dans la solution d'urée jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de dégagement gazeux, puis on ajoute un léger excès d'hypobromite; on ajoute un léger excès d'une quantité connue d'arsénite de soude titré, excès dénoté par la décoloration de la liqueur; on vérifie cet excès en ajoutant une ou deux gouttes de sulfate d'indigo, qui reste jaune dans ce dernier cas. On laisse tomber de nouveau l'hypobromite jusqu'à décoloration de l'indigo; si de la quantité totale d'hypobromite employé on retranche l'arsénite versé en excès et exprimé en hypobromite, on a la quantité d'hypobromite qui a réagi sur l'urée, et par suite celle-ci.

Recherches sur la chaleur animale. Note de M. *A. d'Arsonval*.

« Dans une précédente note, j'ai décrit en quelques mots la nouvelle méthode de calorimétrie que j'emploie pour mesurer la chaleur dégagée par les êtres vivants (*Recherches sur la chaleur animale*, in *Comptes rendus*, séance du 25 août 1879). Depuis lors, le dispositif instrumental a reçu des simplifications que j'indiquerai brièvement. L'enceinte à température constante qui environne le calorimètre a été supprimée; j'ai placé l'instrument dans une cave du Collège de France, où la température se maintient suffisamment constante pour le but que je poursuis. Le réservoir qui contient l'eau à zéro a été isolé par de la sciure de bois, de façon qu'on puisse y conserver de la glace pendant au moins une semaine. Pour certaines expériences, j'ai supprimé la glace comme corps réfrigérant; je l'ai remplacée par un vase contenant du chlorure de méthyle, qui peut produire un froid de — 23 degrés. Ce corps, à l'aide d'un dispositif très simple, m'a permis d'avoir un liquide réfrigérant (eau glycérinée) à une température constante quelconque, inférieure à la température ambiante. jusqu'à — 23 degrés. Pour cela, je plonge dans le vase contenant l'eau glycérinée un récipient métallique renfermant le chlorure de méthyle. Ce récipient est muni d'une soupape de sûreté à travers laquelle s'échappe la vapeur de méthyle. En chargeant graduellement cette soupape, j'élève la température d'ébullition du chlorure de méthyle, qui reste constante pour une même charge de la soupape.

Quand la soupape est sous charge, la température obtenue est 23 degrés. Pour 320 millimètres de mercure, elle égale — 15 degrés; pour 550 millimètres de mercure, elle égale — 10 degrés; pour 1130 millimètres de mercure, elle égale 0 degré; pour 1490 millimètres de mercure, elle égale + 5 degrés. On fait, en un mot, varier la température, tout en la maintenant constante, par un simple glissement du contre-poids le long du levier de la soupape, comme dans une machine à vapeur. Ce moyen peut être précieux dans bien des recherches, comme je le montrerai plus tard. La soupape automatique qui règle le débit du liquide réfrigérant a elle-même été simplifiée. De plus, un mécanisme très simple permet de doser en même temps les gaz de la respiration, ainsi que l'urée ou les *excreta*.

Cet appareil donne, par conséquent, simultanément : 1° l'enregistrement automatique de la chaleur dégagée; 2° les déchets provenant des combustions respiratoires. On a voulu calculer, à l'aide des produits de la respiration, la quantité de chaleur dégagée par un animal, *en tant que chaleur*. Cela n'est pas possible. Les combustions organiques ne sont pas directes; à une même quantité d'oxygène absorbé ou d'acide carbonique émis peuvent correspondre des quantités de chaleur fort différentes.

De l'action du « maté » sur les gaz du sang. Note de MM. *d'Arsonval* et *Couty*. — De huit expériences faites sur des chiens auxquels on donnait l'infusion de maté, soit par l'estomac, soit en injections sous-cutanées, tantôt à doses massives, tantôt à doses plus petites et prolongées, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

Le *maté*, absorbé à doses massives ou à doses répétées, par l'estomac ou par les veines, a sur les éléments gazeux des échanges sanguins une action considérable; cet aliment modifie le sang artériel comme le sang veineux, et il diminue leur acide carbonique et leur oxygène dans des proportions énormes, correspondant quelquefois au tiers ou à la moitié des quantités normales. Moins intense sur des animaux en digestion, n'ayant aucun rapport nécessaire avec les phénomènes d'excitation du sympathique, qui ont manqué dans presque toutes ces expériences, cette action du *maté* sur les échanges gazeux est obscure comme mécanisme, mais son existence prouve directement l'importance et la valeur nutritive de cet aliment, qui, consommé ailleurs par millions de kilogrammes, est encore à peu près inconnu en Europe.

Sur le siège de l'épilepsie corticale et des hallucinations. Note de M. *J. Pasternatzky*. — Le but des expériences qui font l'objet de cette note est de rechercher : 1° si l'épilepsie corticale dépend réellement de lésions de certaines parties de l'écorce grise du cerveau, et 2° s'il est possible d'indiquer le siége ou l'origine des hallucinations dans le cerveau.

La méthode expérimentale est la suivante : chez un chien légèrement éthérisé on fait la trépanation du crâne des deux côtés, au niveau de la zone psychomotrice; quand l'éthérisation a disparu, avec un couteau mince, on sectionne horizontalement le cerveau au-dessous de la surface supérieure des hémisphères, puis on

laisse en place l'écorce ainsi sectionnée et privée de ses connexions avec la substance blanche sous-jacente. Après quelques minutes, on injecte l'essence d'absinthe, en quantité suffisante, dans une veine saphène, et on met l'animal en liberté. La mort, en général, est survenue au bout de vingt-quatre heures. La nécroscopie du cerveau a montré que toujours l'écorce grise avait été sectionnée au-dessous de la surface convexe des hémisphères du cerveau, et que, dans aucun cas, les ventricules n'avaient pas été touchés.

Dans toutes les expériences (au nombre de cinq) on a observé les mêmes résultats : 1° La section au-dessous de l'écorce grise des hémisphères du cerveau, chez les chiens, a produit les phénomènes qui ont été observés par MM. Flourens, Longet, Vulpian, etc., chez les animaux privés de la totalité de leurs hémisphères, c'est-à-dire que l'animal est resté dans un sommeil profond, ne présentant aucun signe d'activité de son « appareil logique » et aucun mouvement volontaire. 2° L'injection d'essence d'absinthe dans les veines de l'animal ainsi opéré, même à haute dose (2 grammes), ne provoque pas d'attaques épileptiques, ni de convulsions, même au plus léger degré; mais, presque aussitôt (une ou deux minutes) après l'injection, l'animal commence à agir, sans aucune excitation extérieure, spontanément, comme si les impressions périphériques existaient en réalité : les yeux grand ouverts, le chien se jette en avant sur le mur avec des aboiements de colère; s'il ne peut se tenir debout, il roule ses yeux et agite sa tête avec des gestes d'inquiétude; ses extrémités sont animées de mouvements coordonnés comme pour courir, et puis il aboie avec fureur. 3° Cet état dure de vingt à trente minutes, après lesquelles l'animal est plongé dans un sommeil profond qui persiste jusqu'à la mort.

De ces recherches découlent deux conclusions principales :

1° L'attaque d'épilepsie provoquée chez le chien par l'essence d'absinthe est sous la dépendance de certaines parties de l'écorce grise des hémisphères du cerveau, et, par conséquent, elle est bien réellement de l'épilepsie corticale.

2° Les actions évidemment hallucinatoires de l'animal, provoquées par l'injection intraveineuse d'essence d'absinthe, ne peuvent dépendre de la partie de l'écorce grise des hémisphères, qui a été coupée, et que l'on considère (notamment M. Tamburini) comme le siège des hallucinations.

SUR LES ALTÉRATIONS DES NERFS CUTANÉS DANS LA PELLAGRE. Note de M. *J. Dejerine*. — Ayant eu l'occasion d'examiner les nerfs de la peau chez deux pellagreux morts dans le service de M. Hardy, à la Charité, l'auteur a constaté, au niveau de l'exanthème caractéristique de cette affection, des altérations nerveuses qui, à sa connaissance du moins, n'ont encore été décrites nulle part.

Après avoir séjourné dans l'acide osmique à 1 pour 200, les nerfs avaient pris un aspect grisâtre, bien différent de la coloration noire caractéristique de leur état physiologique. A un faible grossissement (60 diamètres), il est facile de se rendre compte de l'altération considérable subie par les tubes nerveux. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la petite quantité de tubes sains que l'on trouve dans chaque préparation. En effet, la plupart des faisceaux nerveux sont composés presque exclusivement par des gaines vides dans une proportion considérable : en moyenne, pour un tube sain, trente à quarante gaines vides. Dans certains faisceaux même, l'altération est plus prononcée encore : on ne trouve pas un seul tube sain, et l'on croirait avoir affaire au bout périphérique d'un nerf sectionné depuis plusieurs mois ou bien à des nerfs de fœtus privés encore de leur myéline et de leur cylindre-axe. Ces gaines présentent les caractères suivants : ce sont des tubes plissés en long par rapprochement de leur paroi, et contenant, à intervalle régulier, des noyaux disposés dans le sens de la longueur de la gaine et la renflant légèrement à ce niveau.

Le résultat de mes recherches, ajoute l'auteur, m'amène à faire rentrer l'exanthème pellagreux dans la catégorie des altérations de la peau d'origine trophique.

DE LA CIRCULATION VEINEUSE PAR INFLUENCE. Note de M. *Ozanam*. — Parmi les causes multiples qui tendent à faire progresser le sang dans les veines, il en est une dont l'importance me paraît considérable et qui n'a pas encore été signalée par les anatomistes : c'est l'influence qu'exerce sur toute veine satellite l'artère qui lui est conjuguée, d'où le nom de *circulation par influence*. L'auteur rappelle des expériences qu'il a faites à l'aide du sphygmographe. Dans ces expériences, la *veine cave inférieure* reproduisit le tracé inverse de l'*aorte abdominale*, la *crurale*, la *sous-clavière*, celle des artères correspondantes, et, parmi les petites veines, la *pédieuse* donna le schéma le plus remarquable.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des épidémies observées en 1880 dans les départements des Basses-Alpes, de l'Ariège, de l'Aube, de la Charente, du Cher, de la Corrèze, de la Corse, de la Dordogne, du Gard, du Gers, de l'Isère, de la Marne, de la Meuse, du Morbihan, de la Sarthe, de Seine-et-Marne, de Tarn-et-Garonne et de la Vendée (*Commission des épidémies*); 2° les tableaux des vaccinations pratiquées en 1880 dans les départements de l'Aisne, de l'Aube, de l'Aveyron, du Cher, de l'Eure, du Gers, de l'Indre, de l'Isère, de la Haute-Loire, de Maine-et-Loire, de la Meuse, du Nord, de l'Oise, des Hautes-Pyrénées, de la Sarthe, de la Haute-Savoie, de la Seine, de Seine-et-Marne et du Tarn (*Commission de vaccine*); 3° la formule sous pli cacheté d'un remède proposé par M. Fortin (de Rouen) pour guérir les dartres vives. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. le docteur *Frédéric Bateman* (de Londres) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger; M. le docteur *J. Laure*, médecin de la marine en retraite, sollicite le titre de membre correspondant national dans la première division. (*Commission spéciale.*)

M. le docteur *Devilliers* (de Liège) envoie une *Note sur un symptôme peu étudié de la diathèse rhumatismale*. (Renvoi à l'examen de M. Woillez.)

M. *Richet* présente : 1° au nom de M. le docteur Le Dentu, le tome II, consacré aux maladies de la prostate et de la vessie, du *Traité des maladies des voies urinaires*, de MM. Voillemier et Le Dentu; 2° de la part de M. le docteur Sirus-Pirondi (de Marseille), une brochure intitulée : *Des effets soudains ou attardés de l'anesthésie, et plus particulièrement de la chloroformisation.*

M. *Jules Guérin* présente, au nom de M. le docteur Ballot, médecin en chef de la marine en retraite, une étude sur *La fièvre jaune à la Martinique sous le rapport sanitaire.*

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national dans la première division. Les candidats sont présentés par la Commission dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Pénard (de Versailles); en seconde ligne, M. Lambron (de Bagnères-de-Luchon); en troisième ligne *ex æquo*, MM. Berchon (de Pauillac); Mandon (de Limoges); Mignot (de Chantelle); Manouvrier (de Valenciennes). — Votants : 65; majorité : 36. Ont obtenu : M. Penard, 55 voix; M. Lambron, 7 voix; M. Berchon, 1 voix; M. Mignot, 1 voix, et M. Manouvrier, 1 voix. — En conséquence, M. le docteur Pénard est proclamé membre correspondant national de l'Académie.

VACCINATION ANIMALE. — L'Académie savait qu'à l'occasion du procès-verbal, un débat devait s'élever entre MM. *Depaul* et *Jules Guérin*, celui-ci ayant prétendu dans la dernière séance que les conclusions d'un rapport du premier relatif à la vaccination animale n'avaient pas été votées autrefois par l'Académie. M. Depaul a nettement établi, par des preuves irréfutables, que les trente-sept conclusions qui terminaient son rapport avaient été adoptées le 27 novembre 1869 par l'Académie; mais M. Jules Guérin pense que l'Académie, en donnant, sur la remarque de M. Bouley, le nom de propositions à ces conclusions, leur avait enlevé le caractère décisif qu'elles pouvaient avoir, et, bien qu'il ait alors retiré les conclusions qu'il avait lui-même proposées à l'Académie, en raison du sentiment peu déguisé de celle-ci, il maintient qu'on ne pourra se déclarer, soit en faveur, soit contre la vaccination animale, que le jour où l'Académie aurait nettement fait la part des opinions exprimées en divers sens, tant autrefois qu'aujourd'hui, sur cette question. Aussi, a-t-il insisté sur les insuffisances, suivant lui, des preuves fournies à cet égard dans le rapport de M. Hervieux sur le service de la vaccine en 1879, et il a persisté à se déclarer contraire à la création d'instituts destinés à conserver et à propager ce mode de vaccination. M. Depaul s'en est tenu aux conclusions expresses de son précédent rapport.

EAUX MINÉRALES. — M. *Bouis*, au nom de la Commission des eaux minérales, lit un rapport sur l'exploitation pour

l'usage médical de la source de Baracci (Corse); les conclusions, favorables, sont adoptées par l'Académie.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. *Devilliers* donne lecture du rapport annuel de la Commission de l'hygiène de l'enfance pour 1880; après avoir constaté qu'aucun travail suffisant n'a été adressé pour répondre à la question de prix proposée par cette commission sur *le sevrage*, et à la nécessité de remettre cette question au concours, il a fait l'analyse des divers mémoires envoyés en dehors de cette question. Les conclusions de ce rapport devant être votées en comité secret et tenues cachées jusqu'à la séance générale annuelle, nous devons nous abstenir de rendre compte de ce rapport; qu'il nous suffise de dire qu'il insiste tout particulièrement sur les résultats et les lacunes de l'organisation de la *loi Roussel* relative à la protection des enfants mis en nourrice, en sevrage ou en garde.

ALCALOÏDE TOXIQUE DANS LA SALIVE HUMAINE. — M. *A. Gautier*, en poursuivant ses recherches sur les produits nouveaux d'excrétion, s'est demandé si les glandes salivaires chez les animaux supérieurs ne renfermaient pas des substances analogues aux venins des serpents. Il a ainsi trouvé dans la salive humaine normale une substance particulière, toxique surtout chez les oiseaux, qu'elle stupéfie profondément, soluble et non albuminoïde, dont l'activité résiste à 100 degrés. Cette substance est formée principalement d'un alcaloïde vénéneux à chloroplatinate et chloro-aurate solubles et cristallisables; de plus, elle paraît être de la nature des alcaloïdes cadavériques, car elle donne la réaction indiquée récemment pour ceux-ci, réaction propre également, ainsi que l'a montré M. A. Gautier, aux alcaloïdes des urines normales et des venins des serpents. Il montre ensuite toute l'importance en physiologie générale de ces alcaloïdes, que l'on a cru d'abord ne se trouver que dans les produits putrides, et il pense qu'il faut les considérer comme étant des produits nécessaires de la désassimilation normale des tissus.

— L'Académie se forme en comité secret pour voter les conclusions du rapport de M. Devilliers et entendre la lecture des rapports sur les prix Portal, Godard, de l'Académie et Buignet en 1880.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Sur la grenouillette. — Transformation des abcès froids. — Éléphantiasis guéri par la bande en caoutchouc. — Sur le forceps Tarnier. — L'algidité et la congestion pulmonaire dans l'étranglement herniaire. — Myxo-sarcome de la jambe. — Résection du genou. — Tumeur du sein. — Présentation d'un instrument.

M. *Verneuil* prend la parole à propos de la discussion sur la grenouillette. Il existe une disposition anatomique qui peut donner naissance à la grenouillette congénitale non dermoïde. En 1874, Newmann examina un fragment de paroi de grenouillette qui venait d'être extirpée; il trouva un épithélium vibratile; le liquide était filant et visqueux. Le malade portait cette tumeur depuis son enfance. En 1867, dans la *Gazette médicale* d'Autriche, Newmann avait publié un mémoire sur le *foramen cœcum* de la langue; on rencontre cette particularité anatomique 12 fois sur 50. Le trou borgne ne se termine pas toujours en cœcum; souvent il en part un conduit organisé avec épithélium vibratile; au voisinage du plancher buccal, il se divise en conduits secondaires. Newmann dit qu'un certain nombre de grenouillettes peut avoir cette origine (Newmann, in *Archives de Langenbeck*); ce serait donc une seconde variété de grenouillette congénitale.

— M. *Trélat* parle des tumeurs appartenant plus ou moins à la catégorie des abcès froids. Les abcès froids ne sont pas des abcès, ce sont des tumeurs d'abord solides, tuberculeuses, qui se ramollissent ensuite. Elles sont limitées par une membrane fibreuse, épaisse et dure; la régression des produits contenus explique les faits observés. David (de Rouen) et Bouvier ont vu des abcès froids guérir spontanément; même une gomme tuberculeuse solide peut guérir spontanément. Quand elle est ramollie, la guérison est encore possible, ou bien les produits solides disparaissent, et il reste un liquide renfermant des hématies, des granulations, des cristaux de cholestérine; c'est alors un kyste spécial.

— M. *Théophile Anger* communique une observation de guérison de l'éléphantiasis des jambes par la bande en caoutchouc. En août 1871, M. Anger reçoit la visite d'une fille de dix-huit à vingt ans qui revenait du Brésil; à l'âge de huit ans, elle avait eu un érysipèle à la jambe et au pied gauches: l'hypertrophie des deux jambes vint à la suite pour former l'éléphantiasis; il y a une hypertrophie considérable du pied, de la jambe et de la cuisse. M. Anger fit la compression avec l'ouate et la bande en caoutchouc. Les membres inférieurs diminuèrent de volume; la jambe droite qui avait 49 centimètres 1/2 de circonférence a aujourd'hui 30 centimètres 1/2; la gauche a 29 centimètres 1/2.

M. *Després* ne croit pas à la guérison de l'éléphantiasis par la bande élastique.

M. *Verneuil* a traité par la compression élastique un éléphantiasis de la jambe droite; après quelques semaines de traitement, le malade est sorti guéri de l'hôpital; depuis deux ans, il est guéri.

— M. *Polaillon* fait un rapport sur un mémoire de M. Vasseige (de Liège): *Essai pratique du dernier forceps de M. Tarnier*. L'auteur reconnaît les avantages de cet instrument.

— M. *Verneuil* étudie l'algidité et la congestion pulmonaire dans les hernies étranglées.

Un jour, à l'Hôtel-Dieu, le chef de clinique de M. Richet montra à M. Verneuil un malade qui était entré le même jour à quatre heures du soir. Agé de soixante-quinze ans, il avait à droite une hernie irréductible et à gauche une hernie douloureuse étranglée depuis quarante-huit heures à peine. Suppression des selles et des gaz depuis vingt-quatre heures seulement. Le malade était froid, la langue était froide; dyspnée; pas d'urine; température de 36 degrés. On fit des injections d'éther. La tumeur fut ponctionnée pour évacuer les gaz et tenter le taxis. A six heures et demi le malade était mort. Il avait eu des vomissements fécaloïdes abondants.

A l'autopsie, on trouve un étranglement peu serré. Pas de péritonite. L'intestin est sain. Congestion pulmonaire énorme. De la vessie on tire un peu d'urine qui est chargée d'albumine. Le foie est normal. Le rein droit est congestionné; le rein gauche est très congestionné.

Une femme très sourde, âgée de quarante-six ans, entre à l'hôpital. Depuis six ans, elle porte une petite hernie crurale. Le 15 juin, elle fait un effort et ressent une vive douleur dans a hernie. Le 16, vomissement de bile et garde-robe. Puis, plus de selles. Le 17, elle entre à l'hôpital. L'interne du service veut lui administrer le chloroforme, mais la malade a une syncope; un léger taxis fait rentrer la hernie. La malade avait eu des vomissements fécaloïdes pendant la journée. Température 35 degrés. Après la réduction, plus de vomissements; selles abondantes; mort le lendemain matin.

L'étranglement était peu serré. Pas d'urine dans la vessie. Pas de péritonite. L'anse herniée appartenait à l'intestin grêle. Les reins sont un peu congestionnés. Les poumons sont très congestionnés.

De quoi sont morts ces deux malades, et un précédent dont

M. Verneuil a déjà rapporté l'histoire? Tous les trois ont eu l'algidité et la congestion pulmonaire intense. C'est par le poumon que meurent ces malades. Les vomissements fécaloïdes viennent tantôt au début de l'étranglement, tantôt plus tard, d'autres fois ils viennent sans étranglement. On sait peu de choses sur la pathogénie de ces vomissements.

M. *Berger*. La suppression des urines a été notée par bon nombre d'auteurs. M. Berger a été témoin d'un cas de mort après la kélotomie, et on n'a pas constaté la congestion pulmonaire.

M. *Forget*. Un homme de quatre-vingt-cinq ans, porteur d'une hernie mal contenue ressentit les symptômes de l'étranglement. Taxis infructueux. Pas de selles, pas de gaz. Pas d'algidité. Signes de congestion pulmonaire. Le malade mourut sans qu'on put incriminer directement la hernie.

M. *Verneuil*. On meurt par le ventre et par l'intestin dans la hernie étranglée; mais dans d'autres cas la cause de la mort est la congestion pulmonaire. L'algidité peut être apparente ou réelle; un malade avait 37 degrés avec une langue froide, et un autre 35 degrés avec une température en apparence normale. Le diagnostic de l'état du poumon doit être fait avant l'opération.

M. *Després*. Les malades atteints de hernie étranglée ont toujours moins de 37 degrés.

M. *Trélat* est de l'avis de M. Verneuil. Il faut toujours étudier l'état du poumon et la température avant de faire la kélotomie. Rien ne s'oppose à ce qu'un vieillard ait par coïncidence une congestion pulmonaire et une hernie étranglée; ou bien, la congestion est-elle le résultat de l'étranglement? C'est un point délicat à éclaircir. M. Trélat a présenté à la Socité de chirurgie vers l'année 1871 une observation qui se rapproche de celle de M. Verneuil; on n'avait pas trouvé de péritonite à l'autopsie. M. Depaul déclara que l'opéré était mort de congestion pulmonaire.

M. *Lucas-Championnière*. Si M. Verneuil trouve un abaissement de température et une congestion pulmonaire, fera-t-il la kélotomie? M. Lucas-Championnière croit qu'il faut opérer.

M. *Lefort* n'avait pas cherché la congestion pulmonaire chez les individus morts après la kélotomie; c'est un grand service que nous rend M. Verneuil en nous signalant cette lésion.

M. *Labbé*. Quand l'opération est la seule chance qui reste au malade, le chirurgien ne doit pas s'abstenir. En 1866, M. Labbé a opéré à la Salpêtrière une femme de cent quatre ans, atteinte de hernie étranglée et dans l'algidité; la malade guérit et ne mourut qu'à cent six ans.

M. *Després* dit qu'il faut opérer toujours.

M. *Verneuil*. En effet, nous n'avons pas le droit de refuser aux malades la seule chance qui leur reste. Mais si on reconnaît la congestion pulmonaire avant l'opération, on peut la combattre et rendre la kélotomie plus favorable. Indication fondamentale: lever l'étranglement; indications secondaires: combattre l'algidité et la congestion pulmonaire.

— M. *Sée* présente un malade opéré deux fois d'un myxosarcome du mollet.

— M. *Le Fort* présente une malade à laquelle il a réséqué le genou il y a trois ans.

— M. *Després* présente une malade opérée d'un squirrhe du sein et qui est restée neuf ans guérie. Aujourd'hui il y a récidive.

— M. *Gillette* présente un dynamomètre destiné à mesurer la traction dans les élongations nerveuses.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Correspondance. — De la récidive après l'ablation du cancer du sein. — De la perte immédiate et unilatérale de la vue à la suite de traumatismes sur le crâne et la face. — Kyste muqueux du doigt. — De l'otite scléreuse chez les employés de chemins de fer. — Tumeurs solides de l'ovaire. — Kyste huileux de la région mastoïdienne.

M. *Le Fort* présente, de la part de M. *Surmay* (du Ham), une pièce anatomique et une observation de syphilis tertiaire congénitale. L'enfant syphilitique est couvert, à l'âge de seize ans, de périostoses et d'exostoses de nature syphilitique.

— M. *Guyon* offre, au nom de M. *Auffray* (de Brest), un Manuel de dissection des régions et des nerfs.

— M. *Magitot* fait hommage à la Société d'une brochure sur les gencives et leurs maladies, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

— M. *Després* a présenté, dans la dernière séance, une malade opérée il y a cinq ans d'un cancer du sein. Les récidives du cancer ne se font pas dans le tissu cicatriciel, mais sur les limites de la glande; comme il y avait récidive, la seconde opération a été faite ce matin. Il y a neuf ans, M. Després avait laissé suppurer abondamment la plaie; on est ainsi plus à l'abri des récidives.

M. *Delens* a une malade opérée en 1876 et qui n'a pas encore de récidive.

M. *Sée* : La récidive peut très bien avoir lieu dans la cicatrice. Il est de règle dans le squirrhe d'enlever toute la glande; si M. Després ne l'a pas fait, il n'a pas opéré largement.

M. *Le Fort* : Si le travail suppuratif se prolonge, on est plus exposé à la récidive sur place; il serait à désirer que la plaie suppure le moins possible.

Chez le malade de M. *Després*, le squirrhe était en dehors de la mamelle; il n'était donc pas nécessaire d'enlever la glande. En pareil cas, M. Després n'est pas partisan de la réunion immédiate.

M. *Lucas-Championnière* : Avec la réunion par première intention, les phénomènes d'irritation sont les moindres possibles, et on a moins de chances de récidive.

— M. *Chauvel* lit un mémoire sur quelques cas de perte immédiate et unilatérale de la vue à la suite de traumatismes sur le crâne et la face. Cette perte de la vue est déterminée par l'atrophie du nerf optique.

— M. *Le Fort* : Un homme avait, au petit doigt de la main droite, un kyste; une ponction donna issue à un liquide analogue à celui des kystes synoviaux. Ce liquide a été analysé par M. Régnauld; il est formé de mucine pure.

— M. *Terrillon* lit un travail sur la surdité chez les employés de chemins de fer; la surdité peut survenir pendant l'exercice des fonctions chez ces employés; c'est ordinairement une otite scléreuse. M. Terrillon a vu un aiguilleur qui n'entendait pas le signal ou ne savait de quel côté il venait. L'otite scléreuse est unilatérale ou double. Moss, de Heidelberg, a lu un travail sur ce sujet au Congrès de Milan de 1880; il avait observé dix cas chez des employés de chemins de fer.

M. *Périer* n'a observé de surdité chez les employés du chemin de fer du Nord qu'à la suite de blessures.

M. *Tillaux* a surtout vu des otites moyennes aiguës chez les chauffeurs. L'otite scléreuse est préparée par une disposition congénitale liée à un état anatomique de l'organe de l'ouïe; le chemin de fer ne peut que jouer le rôle de cause déterminante.

Puisqu'il s'agit de la sécurité des voyageurs, M. *Giraud-Teulon* saisit cette occasion pour dire que le daltonisme acquis a une bien plus grande importance que le daltonisme congénital au point de vue de cette sécurité.

— M. *Nicaise* communique deux observations de tumeurs fibreuses de l'ovaire. Dans la première, il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, réglée à quatorze ans jusqu'à quarante-six ans; jamais d'hémorrhagie; elle a eu trois enfants; tumeur abdominale mobile, indépendante de l'utérus : c'était une tumeur fibreuse; état général mauvais; opération le 8 juillet; le pédicule est laissé dans l'abdomen; la malade va bien. La tumeur est de nature fibreuse, mais elle renferme quelques petits kystes.

La deuxième observation est la répétition de la précédente. Femme de vingt-deux ans qui entre à l'hôpital de la Charité en 1874; elle mourut d'un érysipèle phlegmoneux avant d'être opérée. On trouva une tumeur fibreuse qui avait comprimé l'uretère droit.

— M. *Gillette* a vu une femme de trente ans qui portait, à la région mastoïdienne, une tumeur fluctuante et translucide; une ponction aspiratrice donna un liquide semblable à l'huile d'olive. Le liquide ne s'est pas reproduit.

— M. *Polaillon* présente un homme qui a subi l'amputation du bras en 1870; cet homme s'est fabriqué un bras artificiel très simple et très commode.

— M. *Périer* présente un malade auquel il a enlevé une tumeur du corps thyroïde.

— M. *Nicaise* présente un spéculum rectal dont il se sert pour dilater l'anus dans les cas de fissure.

— M. *Le Fort* présente les pièces anatomiques d'un homme écrasé par une voiture. Il y avait fracture du bassin, il y eut gangrène du membre inférieur.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Gommes syphilitiques et tubercules caséeux : M. Brissaud. — Sangsues se fixant sur les muqueuses : M. Mégnin. — Bactéries dans les éruptions vésiculo-pustuleuses chez les typhoïdes : M. Hanot. — Pouls veineux par reflux tricuspidien : M. François-Franck. — Venin de la peau des grenouilles : M. P. Bert.

M. *E. Brissaud.* Les descriptions microscopiques des gommes syphilitiques sont rares; mais la plupart d'entre elles révèlent la grande analogie de ces lésions avec les tubercules caséeux. D'ailleurs, la ressemblance à l'œil nu est dans un grand nombre de cas si frappante, que le diagnostic anatomo-pathologique pur et simple est parfois tout à fait impossible. Il n'est donc pas sans intérêt de rechercher si la constitution *folliculaire* qu'on a considérée à juste titre, surtout depuis les travaux de M. Charcot, comme la caractéristique histologique des tubercules, se retrouve aussi dans les produits caséifiés de la syphilis tertiaire.

Des observations de Sabourin relatives à la syphilis du foie montrent qu'il en est réellement ainsi. Deux cas parfaitement nets d'orchite scléro-gommeuse que nous avons récemment étudiés plaident également dans ce sens. Les masses caséeuses dont se composent les foyers gommeux, consistent en des agglomérations de follicules rigoureusement identiques à ceux de la tuberculose.

Ce n'est pas à dire pour cela que les *processus* tuberculeux et gommeux soient de tous points comparables. En effet, le follicule tuberculeux se développe primitivement à la périphérie des tubes séminifères sains, tandis que dans le processus gommeux, le follicule prend naissance au sein de la trame scléreuse qui, déjà depuis un certain temps, a envahi le tissu interstitiel de la glande. A plus forte raison, ces faits sont insuffisants pour qu'on se croie autorisé à conclure à l'identité de nature du tubercule et de la gomme, mais ils permettent de définir plus nettement ce qu'on doit entendre sous le nom de *gommes.*

En les comparant surtout avec ceux qui se présentent dans la syphilis hépatique et dans la syphilis cérébrale, on acquiert aisément la certitude que la transformation caséeuse n'est pas l'aboutissant d'un processus banal, et que, par conséquent, ce n'est pas le même travail de prolifération cellulaire qui se termine indifféremment par caséification ou par sclérose. La transformation caséeuse est exclusivement sous la dépendance de la formation folliculaire. Celle-ci est donc une lésion à part, se développant dans un tissu fibreux; c'est en quelque sorte un néoplasme surajouté à la sclérose, mais un néoplasme qui peut faire défaut et dont les caractères sont si nettement tranchés, que nulle altération organique due à la syphilis tertiaire ne peut être taxée de *gomme* si la poussée folliculaire à tendance régressive n'en est le substratum microscopique.

En définissant ainsi la gomme, on ne s'expose pas à confondre avec les lésions que nous avons en vue une foule de productions tout à fait disparates, comme certaines hyperostoses qui ne se ramollissent jamais, ou certaines périostoses qui ne se ramollissent qu'à la faveur de circonstances accessoires et vulgaires telles que la suppuration.

— M. *Mégnin* présente une collection d'une quinzaine de sangsues d'une espèce étrangère à la France et qui sont arrivées à Vincennes d'une façon assez singulière : elles ont été trouvées fixées aux parois de la bouche des chevaux d'une batterie rentrant de la campagne de Tunisie, et qui avait campé principalement près de Bizerte.

Tous les ruisseaux du nord de l'Afrique foisonnent de cette espèce de sangsue, connue sous le nom d'*Hæmopsis sanguisuga*, qui ayant les mâchoires trop faibles pour pouvoir entamer la peau, a l'instinct de s'introduire dans la bouche des animaux qui viennent boire, pour se fixer à la muqueuse.

Elles peuvent donc rester jusqu'à quinze jours et même trois semaines dans une cavité du corps communiquant avec l'extérieur et causer des hémorrhagies persistantes. On a même signalé des cas d'asphyxie par ces hirudinées qui avait pénétré en nombre dans le larynx.

— M. *Hanot* reprend avec détails un fait qu'il avait énoncé dans la séance précédente au cours d'une discussion sur l'action de la médication phéniquée dans la fièvre typhoïde : il a vu se produire, sous l'influence de ce médicament, une éruption vésiculo-pustuleuse, assez semblable à une éruption variolique au début; dans le liquide extrait des vésico-pustules il a trouvé des bactéries et en proportion considérable. Quant à la signification et à l'importance de cette poussée bactéridienne sur la peau, M. Hanot se montre très réservé, se contentant de présenter sous forme d'hypothèse que l'élimination d'une quantité énorme de microbes par la surface cutanée peut diminuer d'autant la proportion qui existe, comme on le sait, dans le sang des typhoïdes.

— M. *François-Franck* continue l'exposé de ses recherches sur le pouls veineux jugulaire.

I. On peut produire expérimentalement, en déprimant la valvule tricuspide au moyen d'une sonde à branches divergentes introduite par une veine jugulaire, l'insuffisance auriculo-ventriculaire droite et le reflux veineux qui en est la conséquence. De cette façon, on transforme le pouls veineux normal de l'animal en expérience en un pouls veineux pathologique, et il devient très facile de comparer les caractères de ces deux formes de pouls jugulaire. On voit ainsi que la différence essentielle qui existe entre eux est la suivante : *dans le pouls veineux normal, un brusque affaissement de la veine coïncide avec le début de la systole ventriculaire; dans le pouls veineux par reflux tricuspidien, c'est au contraire un soulèvement qui se produit en même temps que le début de la systole du ventricule.* Cette formule est l'expression abrégée des faits déjà bien établis par l'observation clinique, notamment d'après les recherches

de M. Potain, et des résultats confirmatifs fournis par l'expérimentation.

II. Ce pouls veineux par reflux a été observé chez les malades *à l'état permanent*, comme la conséquence d'une lésion acquise du cœur droit et aussi *à l'état transitoire*, comme le résultat d'insuffisances tricuspidiennes accidentelles.

Il était important de rechercher l'apparition du pouls veineux par insuffisance accidentelle, en soumettant les animaux à quelques-unes des conditions invoquées en clinique pour expliquer la production de ces accidents. Comme on le sait, c'est toujours à des troubles de la circulation cardio-pulmonaire qu'il faut rapporter la surcharge du ventricule droit dont l'insuffisance tricuspidienne est la conséquence extrême.

Or, parmi les procédés mis en usage par M. François-Franck pour provoquer ces troubles circulatoires, il en est un, l'arrêt simple de la respiration, sans aucune autre précaution que de maintenir cet arrêt un temps suffisant, qui détermine au bout d'une minute environ le reflux tricuspidien.

Sans insister pour le moment sur le mécanisme, en vertu duquel la simple suspension de la respiration peut provoquer l'accumulation du sang dans le ventricule droit, l'auteur signale seulement les particularités relatives à la manière dont paraît se produire, dans ce cas, l'insuffisance auriculo-ventriculaire. D'après lui, le mécanisme est tout différent suivant qu'il s'agit d'une insuffisance *permanente*, amenée par la distension graduelle du cœur droit, et d'une insuffisance *transitoire* comme celle qui résulte d'une surcharge passagère du ventricule droit.

Dans le premier cas, on sait parfaitement que les valvules deviennent insuffisantes parce que leur zone d'insertion fibreuse a été progressivement dilatée. L'anneau est devenu tellement large, que les valvules ne peuvent plus se rejoindre vers le centre de l'orifice.

Mais ce mode de production de l'insuffisance ne saurait être admis dans les cas très fréquents où le reflux disparaît après s'être produit quelques instants pour reparaître l'instant suivant et se supprimer de nouveau. Ici l'anneau fibreux reste intact : le caractère transitoire de l'insuffisance suffit à le démontrer. C'est plutôt par suite de l'écartement même des parois ventriculaires qui entraînent avec elles les bords libres des valvules par l'intermédiaire des colonnes charnues, que se produit l'insuffisance tricuspidienne. Quand la cavité du ventricule droit est distendue au delà de ses limites normales, les valvules sont abaissées en permanence, et au début de la systole ventriculaire, elles ne peuvent s'adosser pour fermer l'orifice : le reflux se produit alors. Souvent, dans les expériences où l'on étudie graphiquement le pouls veineux jugulaire et la pression intra-ventriculaire droite, on constate que le reflux ne dure pas aussi longtemps que la systole ventriculaire elle-même : ce fait concorde avec l'explication précédente, et paraît résulter de ce que la cavité ventriculaire, ayant évacué une partie de son contenu, les valvules ont repris leur position normale et peuvent fermer l'orifice après qu'une partie de la systole s'est accomplie.

M. François-Franck entre ensuite dans d'autres considérations relatives à l'impossibilité où l'on se trouve de produire l'insuffisance tricuspidienne dans l'insufflation pulmonaire et pendant l'effort volontaire, répond à quelques remarques de MM. *Paul Bert* et *Dastre*, et remet à une prochaine séance la suite de ses communications.

— M. *Paul Bert* annonce ce fait qui paraît avoir échappé jusqu'ici aux physiologistes, que la peau de la grenouille sécrète un venin ayant la propriété de produire la mort d'animaux de petite taille, comme un moineau, en déterminant des convulsions et l'arrêt du cœur en systole.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Propriétés de la résorcine : M. C. Paul. — Traitement de l'œdème de la glotte par les injections de pilocarpine (M. Sorel) : M. C. Paul. — Innocuité du cuivre métallique (discussion). — Thymate de soude : M. Tanret.

M. *C. Paul*, à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, rapporte les résultats qu'il a obtenus de l'emploi d'une solution de résorcine au millième comme désinfectant. Il a constaté la supériorité de ce moyen sur les lavements d'hyposulfite de soude pour désinfecter les selles des typhiques : la solution de résorcine étant par elle-même inodore, on peut apprécier très nettement les effets obtenus lorsque les garde-robes des malades ne répandent plus d'odeur ; l'inconvénient de l'acide phénique est de masquer l'odeur des selles fétides et d'exposer à des erreurs d'interprétation. La résorcine aurait paru moins efficace dans un cas d'épithélioma de l'utérus : la désinfection aurait été peu sensible.

— M. *C. Paul* lit une observation de M. Sorel, médecin-major à Sétif, relatant la guérison d'un cas d'œdème de la glotte par les injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine. Il s'agit d'un homme de vingt-quatre ans, qui, atteint d'une fièvre typhoïde en 1879, avait depuis ce temps conservé un certain degré d'enrouement. Au mois de février 1881, il fut pris, sans cause appréciable, de dyspnée avec accès de suffocation : ces accidents disparurent sous l'influence d'une sinapisation énergique ; il fut envoyé en Algérie au mois de mai, et, peu après son arrivée, à la suite d'un refroidissement contracté pendant une garde, il fut atteint de nouveau d'une laryngite accompagnée de dyspnée progressive et inquiétante : il entrait à l'hôpital le 27 mai. Quinze sangsues furent tout d'abord posées au-devant du larynx, mais n'amenèrent aucun soulagement ; des accès de suffocation apparurent accompagnés d'une toux enrouée avec inspiration pénible, sifflante et expiration plaintive et facile : pouls fréquent, peau chaude ; pas de fausses membranes dans l'arrière-gorge. L'auscultation ne révélait qu'une notable diminution du murmure vésiculaire ; rien d'anormal du côté du cœur. Pas d'œdème des membres inférieurs. Le malade n'avait pas uriné depuis la veille ; il parvint à émettre une petite quantité d'urine foncée, fortement albumineuse et renfermant des tubes granuleux. On prescrivit un vomitif et une injection sous-cutanée de morphine. Le lendemain, les symptômes d'œdème glottique restant toujours menaçants, on pratiqua une injection hypodermique de 1 centigramme de nitrate de pilocarpine. Bientôt apparurent une sueur légère et une abondante salivation déterminant le rejet d'une assez grande quantité de muco-pus : la dyspnée diminua rapidement, et une amélioration notable se produisit dès cet instant. Le lendemain, nouvelle injection semblable de 2 centigrammes suivie des mêmes effets. Les tubes, puis l'albumine disparurent de l'urine, et le malade sortait guéri de l'hôpital peu de temps après. M. Sorel fait remarquer que, dans ce cas, de même que dans l'observation analogue récemment publiée par M. Lereboullet, la suppression des symptômes alarmants et la guérison ont suivi de trop près l'emploi de la pilocarpine pour que l'on puisse hésiter à lui imputer le succès obtenu. Il a essayé le même médicament dans l'ascite des cirrhotiques : l'épanchement n'a pas subi de modification notable, tandis que l'état cachectique du malade a paru s'aggraver. Chez un autre malade atteint d'anasarque consécutive à une lésion cardiaque, les premières injections de pilocarpine n'ont fourni aucun résultat : ni sueur, ni salivation ; M. Sorel se demande s'il y aurait antagonisme d'action entre la digitale administrée auparavant et la pilocarpine.

M. *Blondeau* pense qu'il s'agissait, dans l'observation de M. Sorel, d'un cas de laryngotyphus tardif dont le début remontait à la dothiénentérie signalée dans les antécédents.

M. *Gouguenheim* a observé un cas analogue d'ulcérations laryngées consécutives à une variole et ayant déterminé de graves accidents après un temps assez long. Mais ici ne peut-on penser que l'œdème laryngé était sous la dépendance d'un mal de Bright, et que sa localisation au larynx reconnaissait pour cause les lésions de cet organe consécutives à la fièvre typhoïde.

M. *C. Paul* fait observer que chez ce malade atteint de laryngite chronique on peut se demander si l'albuminurie résultait d'un trouble asphyxique, ou si c'était une albuminurie primitive qui avait engendré l'œdème de la glotte. On ne trouve dans l'observation aucun autre signe de néphrite albumineuse.

M. *Gouguenheim* incline à penser, d'après la lecture des faits, qu'il s'agit d'un œdème laryngé au cours d'une néphrite parenchymateuse. Il regrette d'ailleurs qu'il n'y ait pas eu le contrôle de l'examen laryngoscopique : les signes d'une sténose laryngée ne semblent pas douteux, mais cette sténose était-elle réellement produite par une infiltration œdémateuse?

— M. *Guyet* consulte la Société, à propos d'un cas qui lui a été soumis récemment, sur la conduite à tenir lorsqu'on est appelé auprès d'un enfant qui vient d'avaler un sou. Doit-on craindre des accidents d'intoxication par le cuivre?

M. *Dujardin-Beaumetz* est d'avis qu'il n'y a aucun danger, et qu'il faut se borner à l'expectation. Le seul accident qui puisse se montrer, ce sont des convulsions déterminées par la présence du corps étranger dans l'intestin. Il a maintes fois observé des enfants qui avaient avalé des bagues et qui les ont expulsées, avec les fèces sans qu'il en soit résulté rien de fâcheux.

M. *C. Paul* rappelle que les ouvriers qui travaillent le cuivre métallique n'offrent aucun des symptômes du prétendu empoisonnement cuprique. Dans certaines usines l'atmosphère est toute scintillante de paillettes métalliques, la face et les bras des ouvriers sont recouverts d'un enduit jaunâtre composé des mêmes parcelles de cuivre, que l'on retrouve également au niveau du collet de leurs dents; ils respirent forcément ces poussières, ils en absorbent une grande quantité, si bien que les murs des cours sont en quelques places colorés en vert par l'urine de ces individus, et pourtant ils n'ont jamais aucun accident d'intoxication par le cuivre, jamais de colique de cuivre. Ils sont de temps en temps atteints d'une forme un peu spéciale d'embarras gastrique qui cède très facilement à l'administration d'un purgatif.

M. *Duhomme* a cependant observé un cas de mort par perforation de l'œsophage et abcès du médiastin chez un enfant qui avait dégluti un sou.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait remarquer qu'il existe une différence considérable entre les conséquences possibles de l'arrêt d'une pièce de monnaie dans l'œsophage, ou de son passage dans le tube intestinal. Les corps étrangers de l'œsophage sont presque toujours dangereux, tandis que l'intestin, et en particulier l'estomac, présentent une remarquable tolérance pour les corps les plus volumineux et les plus offensifs. Non seulement on a pu retirer de l'estomac une fourchette, mais certains bateleurs ont avalé des clous, des couteaux, retrouvés à l'autopsie après bien des années, et qui n'avaient donné lieu à aucun accident grave.

M. *Créquy* pense qu'en présence de cette tolérance extrême du tube intestinal, il y aurait indication d'enfoncer vers l'estomac un corps étranger de l'œsophage, fût-ce une monnaie de cuivre, que l'on n'aurait pu extraire par les procédés ordinaires.

M. *Trasbot* fait observer que les sels de cuivre sont loin d'être aussi inoffensifs que le métal lui-même. Le sulfate de cuivre, qui est un émétique puissant, est éliminé par le vomissement et n'amène pas ordinairement d'intoxication; mais lorsqu'on l'administre à forte dose à un cheval, comme l'animal ne peut vomir, il ne tarde pas à succomber.

— M. *Tanret* est parvenu à obtenir du thymate de soude en dissolvant séparément dans l'alcool un équivalent d'acide thymique et un équivalent de soude, puis en mélangeant les deux solutions. Le thymate de soude ainsi préparé et très facilement décomposable par l'eau en ses deux éléments; il suffit d'ailleurs, suivant une loi générale, d'ajouter un excès d'acide thymique ou de soude, pour prévenir cette décomposition; on peut alors préparer un thymate alcalin beaucoup plus stable. L'acide carbonique de l'atmosphère peut aussi à la longue décomposer le thymate de soude en carbonate et acide thymique. M. Tanret croit d'ailleurs que c'est plutôt une dissolution de l'acide thymique dans la soude qu'un sel véritable et bien défini.

M. *Biasson* fait observer que l'acide thymique est un thymol; ce n'est pas un acide capable de former des sels, c'est bien plutôt un alcool.

M. *Tanret* rappelle que Berthelot a démontré que les phénols et les thymols peuvent s'unir indifféremment aux bases ou aux acides pour former des combinaisons analogues à de véritables sels.

M. *C. Paul* a expérimenté dans le rhumatisme articulaire aigu le thymate de soude que lui a procuré M. Tanret. Il aurait retiré les meilleurs effets, contre les douleurs articulaires, d'une solution au demi-millième. A cause de la sensation d'ardeur que ce médicament détermine dans l'estomac des malades, il est bon de leur administrer aussitôt après un peu d'eau de Vichy.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'action de l'hyoscyamine et sur sa valeur thérapeutique dans les maladies mentales, par MM. G. SEPPILI et G. RIVA (de Reggio).

Storck (de Vienne) a introduit, vers le milieu du siècle dernier, l'emploi de la jusquiame dans la thérapeutique, et en a retiré de bons effets dans le traitement des maladies nerveuses. Fothergill, Michéa, etc., l'ont aussi employée avec succès dans plusieurs formes de maladies mentales. Depuis qu'on a extrait de la jusquiame un alcaloïde facile à doser, l'hyoscyamine, un certain nombre de médecins, Lawson le premier, puis Savage, Gray, Mendel, Seguin, Reinhardt, etc., ont substitué l'hyoscyamine à la jusquiame. MM. Seppili et Riva ont voulu établir sur des bases physiologiques l'emploi de ce médicament; ils en ont de plus fait l'application sur une large échelle à l'hôpital de Reggio. Le travail considérable qu'ils publient sur cette question peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° La jusquiame a, sans aucun doute, une vertu sédative et hypnotique, mais qui n'est point telle qu'on doive la préférer à une autre substance douée de propriétés analogues, à cause des inconvénients qu'entraîne son usage prolongé.

2° De toutes les formes de maladies mentales, la *manie récurrente* est celle à laquelle la jusquiame peut s'appliquer avec quelque avantage : si on l'administre à temps et quand commencent à apparaître les prodromes de l'accès, on réussit, sinon à supprimer les accès, du moins à en espacer les retours.

3° La jusquiame atténue quelquefois les accès épileptiques et les rend moins fréquents. (*Riv. sperim. di freniatria*, anno VII, fasc. 1 et 2, 1881.)

BIBLIOGRAPHIE

Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique, par M. Paul SEGOND, prosecteur de la Faculté.

Des épanchements de sang dans les plèvres consécutifs aux traumatismes, par M. Charles NÉLATON, prosecteur de la Faculté. — 1880. Chez Masson.

Les thèses de MM. Segond et Nélaton doivent être rangées parmi les meilleurs travaux de chirurgie que l'Ecole ait eus à juger en 1880. Du reste, les récompenses qu'elles ont obtenues, soit à la Faculté, soit à l'Institut, prouvent leur valeur et l'attention qu'on leur a prêtée.

La thèse de M. Segond est une véritable monographie; c'est le premier travail d'ensemble consacré aux suppurations franches de la prostate et du tissu cellulaire qui l'entoure. On confondait d'habitude, dans une même description, les abcès chauds et les abcès tuberculeux; il était temps qu'une distinction très nette fût établie; nous la trouvons dans le travail dont nous donnons la rapide analyse.

Les causes de la prostatite franche sont étudiées avec un grand discernement. Nous avons d'abord les causes indirectes : abcès métastatiques, prostatite *à frigore;* puis les causes directes : prostatite traumatique, prostatite par propagation, par irritation directe, etc., etc. Contrairement à l'opinion de Thompson, les excès jouent un rôle important; c'est ainsi que certaines observations prouvent jusqu'à l'évidence que des abus génésiques, des libations trop abondantes ont provoqué l'inflammation de la prostate; mais, en définitive, le résumé de ce chapitre est presque tout entier dans la proposition suivante : « On peut dire, sans craindre de trop exagérer, qu'il n'y a point de prostatite sans uréthrite préalable. » Cette notion est fondamentale; elle se concilie fort bien d'ailleurs avec l'anatomie pathologique.

Les anciens auteurs « dissociaient chacun des éléments constitutifs de la glande; ils considéraient chacun d'eux comme susceptible de devenir le point de départ d'un processus inflammatoire. » M. Paul Segond s'appuie sur les anciens examens pathologiques de Velpeau et de Lallemand, et sur des recherches histologiques consignées dans de fort belles planches, pour montrer que le point de départ des lésions est localisé au cul-de-sac glandulaire. Le tissu interstitiel n'est atteint que secondairement. « La prostatite glandulaire domine l'histoire de ces phlegmasies. » Ne devait-il pas en être ainsi, puisque l'uréthrite précède toute altération?

M. Charcot, dans des expériences fort remarquées, a provoqué des inflammations du parenchyme par l'oblitération des conduits excréteurs de la glande. M. Segond s'empare de cette donnée et admet l'inflammation des glandules prostatiques provoquée à distance par des rétrécissements de l'urèthre.

L'inflammation, limitée d'abord aux glandules, s'étend au tissu interstitiel; le pus, s'il s'amasse, est emprisonné dans la loge prostatique : l'abcès est intraprostatique. Mais la suppuration peut s'étendre au tissu cellulaire périprostatique, soit sans effraction de la loge, soit après perforation des aponévroses.

La première variété, le phlegmon par propagation, survient parfois, même lorsque l'inflammation glandulaire n'est que légère. C'est le *phlegmon d'emblée* de M. Segond; si la suppuration envahit simultanément ou à peu de jours de distance la glande et le tissu qui l'entoure, c'est la *prostatite phlegmoneuse diffuse.* M. Segond a bien analysé ces deux variétés; avant lui, on ne connaissait guère que le phlegmon par propagation. Il en étudie la pathogénie avec le plus grand soin, et montre qu'il faut être éclectique; les veines et les lymphatiques de la région, dont il nous donne une remarquable description, peuvent, les uns et les autres, revendiquer leur part.

M. Segond distingue deux formes cliniques : l'inflammation est aiguë, les douleurs de la miction et la rétention d'urine sont accompagnées de phénomènes généraux graves; ou bien l'inflammation est insidieuse, elle apparaît au cours d'un écoulement chronique, et les phénomènes progressifs peuvent donner le change et faire croire à quelque autre affection.

Les phénomènes locaux sont étudiés avec soin : la douleur périnéale localisée entre le bulbe et l'anus, le ténesme rectal, la sensation de corps étranger, le priapisme. Trois terminaisons possibles à la prostatite : résolution, induration, suppuration. Lorsque celle-ci survient, le pus se fera jour soit par l'urèthre, soit par le rectum. Dans la périprostatite, le pus s'écoule le plus souvent par l'urèthre, puis par le rectum; les fusées peuvent s'ouvrir encore dans la région périnéale antérieure, la fosse ischio-rectale, enfin exceptionnellement vers le trou obturateur, l'aine et l'ombilic.

Au début de l'étude des migrations purulentes, une description anatomique courte et claire met sous les yeux du lecteur la région et ses plans aponévrotiques; on prévoit ainsi la direction probable des fusées.

Si le pronostic est simple lorsque l'abcès est ouvert de bonne heure, il est fort grave lorsque la loge prostatique est convertie en caverne par une suppuration abondante. On voit alors se produire des accidents de pyohémie, sans parler des conséquences ultérieures moins redoutables, telles que l'atrophie de l'organe, le trouble dans l'émission du sperme, l'incontinence d'urine.

M. Segond insiste sur l'importance primordiale du toucher rectal : « Il est aussi important de toucher fréquemment la prostate des urinaires que d'ausculter le cœur des rhumatisants. » Et plus loin : « On ne doit pas oublier que certains abcès de la prostate demandent à être recherchés pour se laisser reconnaître. » La tuméfaction limitée donne à la glande une forme carrée; c'est une plaque phlegmoneuse diffuse que l'on a dans les cas de phlegmon périprostatique. Lorsque le pus est formé, « on éprouve une sensation semblable à celle que donnerait un carré d'étoffe mal tendu sur un petit cadre rigide. »

Nous arrêterons ici notre analyse, car le seul but que nous voulons atteindre est de pousser le lecteur à lire le travail de M. Segond. Cette thèse a été écrite d'après les relevés de 115 observations que l'auteur résume dans un tableau sur lequel il suffit de jeter un coup d'œil pour comprendre l'exactitude et le mérite de ces rigoureuses recherches.

— Déterminer les indications précises de l'intervention chirurgicale dans le traitement des épanchements sanguins traumatiques de la plèvre, tel est, avant tout, le but essentiellement pratique du travail de M. Ch. Nélaton.

Pour l'atteindre, l'auteur a eu recours à l'observation clinique et à l'expérimentation; ses expériences simples et concluantes, l'analyse des faits publiés jusqu'à ce jour, et l'observation personnelle l'ont conduit à formuler les conclusions suivantes :

« 1° Les épanchements sanguins des plèvres succèdent : *a.* A une lésion des vaisseaux des parois thoraciques, intercostales ou mammaires. — *b.* A une blessure des vaisseaux intra-thoraciques. Dans ces cas, l'hémorrhagie pleurale est ordinairement fournie par les divisions vasculaires qui accompagnent les bronches de deuxième et de troisième ordre.

» 2° L'aspiration thoracique facilite l'écoulement sanguin. L'accumulation du sang dans la plèvre arrête bientôt l'hémorrhagie.

» 3° Le sang versé dans la poitrine se coagule presque en totalité et immédiatement; puis il se sépare en deux parties : coagulum et sérosité.

» 4° Si l'épanchement n'est pas très abondant, la sérosité est résorbée vers le troisième ou quatrième jour, et lorsque les

phénomènes de réaction inflammatoire surviennent, ils restent localisés autour du caillot; le processus irritatif aboutit alors à l'enkystement du coagulum.

» 5° Si la quantité de liquide épanché est très grande, la sérosité exsudée par le caillot n'est pas résorbée lorsque les phénomènes de réaction se produisent; alors cette sérosité s'altère, et sa présence provoque des accidents.

» 6° Les symptômes et le pronostic de l'hémothorax ne sont plus les mêmes dans les deux cas. Dans le premier, le pronostic est bénin; il est grave dans le second.

» 7° Pour l'une ou l'autre variété d'épanchement, le traitement diffère : pour la première, l'occlusion seule doit être pratiquée; pour la deuxième, il faut avoir recours à une opération qui permette l'évacuation de la plèvre.

» 8° La ponction capillaire devra d'abord être tentée.

» 9° Mais si le liquide extrait par cette opération est purulent ou si son écoulement est imparfait, on fera l'opération de l'empyème. »

L'auteur repousse, à ce propos, le traitement par le drainage; il s'agit, bien entendu, du drainage dans le sens absolu du mot, c'est-à-dire de cette opération caractérisée par l'introduction d'un tube de caoutchouc dont les extrémités sont étreintes par des plaies trop étroites, et M. Nélaton montre bien que les succès mis à l'acquit du drainage tiennent à ce que, dans ces cas heureux, les plaies d'entrée et de sortie du tube évacuateur ont été faites largement et au bistouri.

Les conclusions qui terminent cette thèse passent sous silence bien des points importants que l'auteur a développés avec une extrême clarté et un grand sens clinique. Telles sont, par exemple, dans l'étude historique du sujet, les phases successives par lesquelles ont passé les opinions chirurgicales depuis l'époque où Guillaume de Salicet, pour juger du pronostic, se basait sur les qualités de la « nature », car, disait-il, « à nature bonne, il n'est rien d'impossible ». Mais nous appelons surtout l'attention sur le chapitre clinique. L'importance d'un diagnostic précoce, les éléments qui lui servent de base, les difficultés qu'il peut offrir lorsqu'il s'agit de distinguer un hémothorax enkysté d'une pleurésie traumatique y sont analysés en détail.

Voici d'ailleurs comment M. Nélaton résume lui-même cette partie de son travail :

« 1° Les signes physiques constatés dès le premier jour donnent le diagnostic d'épanchement sanguin pleural.

» 2° La recherche de ces signes, qui par conséquent a une importance extrême, doit être faite immédiatement pour avoir une valeur. Tout épanchement tardif doit être considéré comme inflammatoire. Tout épanchement précoce doit être regardé comme sanguin. Si donc la percussion est pratiquée le troisième jour d'une plaie pénétrante, il est impossible de dire si l'épanchement est sanguin ou séreux. Peut-être la recherche des vibrations thoraciques pourrait-elle alors fournir des renseignements, car il n'est pas impossible que ces vibrations soient conservées ou mieux exagérées dans les épanchements enkystés; mais les observations sont incomplètes, et l'on ne peut ici qu'émettre une supposition.

» 3° L'étude des symptômes rationnels donne des résultats absolument nuls, au point de vue du diagnostic, dans les cas d'épanchements enkystés.

» 4° La valeur de ces symptômes est plus grande, en général, lorsque l'épanchement est séro-sanguin, c'est-à-dire abondant.

» 5° Mais leur importance devient considérable si l'on considère les renseignements qu'ils fournissent sur l'évolution de l'épanchement. C'est, en effet, en observant les modifications de ces symptômes que nous pouvons dire si le coagulum s'enkyste ou se résorbe, ou s'il se liquéfie et s'altère. Ce sont eux, en un mot, qui guident l'intervention chirurgicale. »

Tel est le rapide aperçu de ces remarquables mémoires; MM. Segond et Nélaton ont sans doute voulu marquer le début d'une carrière déjà brillamment commencée par un travail qui donne leur mesure; ils y ont pleinement réussi.

Paul Reclus.

VARIÉTÉS

La peste en Mésopotamie. — La note suivante est extraite d'un mémoire qui doit paraître *in-extenso* dans la *Gazette médicale d'Orient :*

A la fin d'un premier article, nous disions que la peste avait sensiblement diminué et même, croyait-on, pris fin à El-Zayad et à Djaara, les foyers probablement primitifs de la présente épidémie. En effet, vers la moitié de mai la mortalité journalière, à Nedjeff, tomba à 28 ou 30 décès. Du 20 au 30 mai, on n'y compta plus que 113 cas de mort par la peste. L'évacuation de cette ville, obtenue enfin au prix des plus grands efforts de la part des autorités médicales et militaires vers le 1er juin, amena d'abord l'abaissement du chiffre des décès, qui furent réduits à 6, 3 et 2 par jour, puis la cessation complète de la mortalité le 14 juin. Depuis cette date, Nedjeff n'a plus eu un seul cas de mort par suite de la peste.

La maladie cessa à El-Zayad et à Djaara vers la fin de mai. Le 4 juin, elle disparaissait aussi de Koufeh, de Chénafiéh, de Hamedat et d'Ankouchat. Elle persistait encore dans les localités suivantes : à Dessim, El-Zékri, Djemabad et surtout à Mishab, où, en dix jours, vers le tiers moyen de mai, elle occasionnait 51 décès.

En somme, dans la première quinzaine de juin, l'épidémie fit un peu moins d'une centaine de victimes, 53 dans le premier septénaire, et 34 dans le second, et cela dans toute l'étendue des localités où elle sévissait.

Enfin, à la date du 23 juin, le docteur Gabiadès, délégué sanitaire résidant à Djaara, annonçait à l'administration sanitaire de Constantinople que, du 16 au 22 juin inclus, on n'avait constaté, dans tout le périmètre des lieux pestiférés, que 22 décès et 2 attaques nouvelles. Ce sont la tribu Mishab et ses environs qui paraissent offrir encore des cas sporadiques. Ajoutons que le seul médecin, docteur Pardalagui, qui ait été jusqu'ici atteint de la peste dans le cours de la présente épidémie, paraît en avoir contracté les germes dans la demeure du cheikh de Mishab où il avait passé une nuit. Imprudence, sans doute, car on savait que dans cette demeure étaient morts plusieurs personnes de la peste. Peu après, il fut atteint de *bubons inguinaux* avec un peu de fièvre, en un mot de la forme bénigne de la maladie dont il est rétabli en ce moment où il purge une quarantaine de trente jours à Musseyeb avant de rentrer à Bagdad.

Cette année, la température moyenne de l'Irak-Arabi a été plus basse que d'habitude et l'arrivée des chaleurs plus tardive. Ainsi, vers le 1er juin, la moyenne thermométrique de Nedjeff n'était que d'environ 30 degrés centigrades et de 35 degrés vers le 20 du même mois. Or on sait qu'à pareille époque il n'est pas rare de constater des moyennes de 40 degrés centigrades et au-dessus sur les bords du bas Euphrate. Cet abaissement saisonnier de la chaleur dans l'Irak-Arabi a coïncidé avec des pluies abondantes, des orages et même des tempêtes qui ont occasionné des dégâts. Depuis plus d'un mois que le docteur Gabiadès a pris la direction du service dans l'intérieur des cordons militaires, il a été fait de grands efforts pour détruire les objets pestiférés et assainir les habitations. On a brûlé plusieurs centaines de huttes, incinéré les hardes des pestiférés, évacué Nedjeff, ce foyer par excellence du mal, fumigé, blanchi, nettoyé la ville, etc., etc.

Toutes ces mesures, jointes au maintien strict des cordons multipliés et des postes à lazarets, secondées enfin par l'ascension de la température estivale, ont triomphé d'une épidémie qui a eu peu de rivales parmi les précédentes sous le rapport de la gravité et de la léthalité...

A l'heure actuelle, en face de l'atténuation de la peste de l'Irak-Arabi, il y a lieu de songer à atténuer les charges de la prophylaxie publique à longue distance. Déjà l'Égypte, qui a été tenue complètement au courant de la marche de l'épidémie grâce à la louable obligeance de l'administration sanitaire de Constantinople, a rendu la libre pratique aux provenances de Syrie et a réduit à vingt-quatre heures d'observation les précautions vis-à-vis de celles du Hedjaz et de l'Yémen.

Sans doute l'heure approche où la constatation officielle de la

cessation de l'épidémie de l'Irak-Arabi, permettra au conseil international de Constantinople de diminuer les quarantaines extérieures, c'est-à-dire celles de Bassorah, de Tekrit, de Syrie, de Damas, d'Alep et du cours moyen de l'Euphrate.

Quant aux marchandises dites susceptibles, telles que laines et objets analogues provenant des lieux infectés, la simple prudence conseille d'exercer d'ici à longtemps sur leur transfert en Europe une stricte surveillance. C'est là un minimum de précaution qu'approuvent sans doute tous les esprits qui ne sont pas guidés par un aveugle intérêt ou par un parti pris exceptionnel, qui ne s'abritent que sous l'égide de la fatalité ou d'un laisser-faire absolument contraires à la raison et à l'initiative propres à l'homme civilisé.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Peter (Charles-Félix-Michel), professeur à la Faculté de médecine, chevalier depuis 1870.

Au grade de chevalier : M. le docteur Abadie (Jean-Marie-Charles); M. le docteur d'Hôtel, médecin de l'hospice civil de Charleville; M. le docteur Péronne (Charles-François), médecin du bureau de bienfaisance de Sedan (Ardennes); M. le docteur Marfan, médecin en chef de l'hospice de Castelnaudary; M. le docteur Perronnier (Joseph-Arnoux), médecin de l'hospice de Romans; M. Timbal-Lagrave (Edouard), professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Toulouse; M. le docteur Bienfait (Nicolas-Jules), médecin à Reims; M. Nayel (Paul-Jean), médecin au Faouët (Morbihan); M. le docteur Gruzu (Auguste), médecin de l'hôpital de la Seyne (Var); M. Cavalier, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; M. Topinard, professeur à l'Ecole d'anthropologie.

— Sur le rapport du ministre de la guerre (*opérations militaires en Tunisie et en Algérie*), le président de la République a promu ou nommé dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade de commandeur : M. Bourot, médecin principal.

Au grade de chevalier : MM. Apté et Mouton, médecins-majors.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS (Statistique du 1er avril au 1er juillet 1881, par M. le docteur Passant). — Le nombre des visites de nuit du deuxième trimestre de 1881 a été de 1421; pour le même trimestre de 1880, il avait été de 1412. Différence, 9. Les principales affections signalées dans la statistique sont les angines et les laryngites (98 cas), le croup (42), les affections du cœur (54), les bronchites (58), les pleuro-pneumonies (58), les affections et troubles gastro-intestinaux (108), les affections hépatiques, néphritiques, saturnines (58), les accouchements et délivrances (117), les affections cérébrales et paralysies (69), les hémorrhagies (64), les plaies et contusions (85). Quarante-quatre individus étaient morts à l'arrivée du médecin.

EAUX MINÉRALES. — Notre sympathique et distingué confrère, M. le docteur Valery Meunier (de Pau), vient d'être nommé médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, en remplacement de M. le docteur Pidoux, qui a pris sa retraite.

FACULTÉ DE BORDEAUX. — La chaire d'anatomie générale et histologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

HÔPITAUX DE LYON. — Le 12 décembre prochain, il sera ouvert un concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le chirurgien-major nommé entrera en fonctions le 1er janvier 1887, comme chirurgien aide-major, à l'hôpital de la Croix-Rousse; le 1er janvier 1893, comme chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu; le 1er janvier 1899, comme chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu. Les fonctions expireront le 31 décembre 1904. Jusqu'au 1er janvier 1887, il remplira les fonctions de chirurgien suppléant pour tous les services de chirurgie, dans tous les établissements de l'Administration.

MÉDECINS DE L'ÉTAT CIVIL. — Une circulaire du préfet de la Seine aux maires de Paris leur annonce qu'en dehors des heures de bureau des mairies, les médecins de l'état civil auront désormais le droit de réquisitionner des pompes funèbres la mise en bière immédiate des personnes décédées, dans les cas de putréfaction des maladies épidémiques ou contagieuses.

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort tout à fait imprévue du docteur A. MOREAU, membre de l'Académie de médecine, chef des travaux physiologiques du laboratoire annexé à la chaire de physiologie générale du Muséum. A. Moreau était jeune encore; il a longtemps vécu aux côtés de Cl. Bernard, dont il était l'élève et se flattait, avec raison, d'avoir été l'ami. On a de lui plusieurs travaux, parmi lesquels on peut citer l'Etude de la fonction de la vessie natatoire, ses Recherches sur les secrétions intestinales, sur la fonction vaso-motrice du nerf grand auriculaire. Toutes ces études sont faites avec talent, et ont été poursuivies avec une patience remarquable. Moreau laissera le souvenir d'un travailleur sagace et consciencieux, d'un homme affable et bienveillant. Ses obsèques ont lieu aujourd'hui 22.

MORTALITÉ A PARIS (28e semaine, du vendredi 8 au mercredi 13 juillet 1881, six jours seulement). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 858, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 17. — Rougeole, 19. — Scarlatine 15. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 37. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 117. — Autres tuberculoses, 3. — Autres affections générales, 43. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 49. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 73; au sein et mixte, 41; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 67; de l'appareil circulatoire, 53; de l'appareil respiratoire, 45; de l'appareil digestif, 30; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 3; causes non définies, 2. — Morts violentes, 52. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 28e semaine. — Les documents relatifs au jeudi 14 juillet n'ayant pas été envoyés à cause de la fête, l'appréciation devient impossible pour les moyennes de la semaine. Nous nous bornerons à signaler 3 décès par diphthérie en chacun des 43e et 51e quartiers (*Roquette* et *Maison-Blanche*), et 4 victimes de la même affection dans le 72e (*La Chapelle*).

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Atlas des maladies des voies urinaires, par MM. F. Guyon et P. Bazy. 1 fort volume petit in-4, contenant 100 planches chromolithographiques dessinées d'après nature, représentant toutes les affections des voies urinaires, et 700 pages de texte. La première livraison, qui contient 10 planches et 80 pages de texte, est en vente. L'Atlas sera complet en 10 livraisons. Paris, O. Doin. Prix de chaque livraison. 12 fr. 50

Traité clinique des maladies des Européens aux Antilles (Martinique), par M. L. J. B. Bérenger-Feraud. 2 vol. in-8, formant 1200 pages, avec planches et cartes. Paris, O. Doin. 16 fr.

Traité de climatologie médicale, comprenant la météorologie médicale et l'étude des influences physiologiques, pathologiques, prophylactiques et thérapeutiques du climat sur la santé, par M. le docteur H. C. Lombard (de Genève). Tomes III et IV. 2 vol. in-8. Paris, J. B. Baillière et fils. 20 fr.
— Prix de l'ouvrage complet en 4 volumes. 40 fr.

Des indications du traitement par l'eau sulfureuse d'Allevard, par M. le docteur A. Niepce fils, médecin consultant, à Allevard. Brochure in-8 de 69 pages. Grenoble, Maisonville et fils.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 21 juillet 1881.

VACCINATION CHARBONNEUSE ; VENIN DES SERPENTS. — CLASSEMENT DES PROFESSEURS DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE. — DE LA SURDITÉ ET DE LA CÉCITÉ VERBALES.

Vaccination charbonneuse; venin des serpents.

Nous regrettons que l'espace nous manque absolument pour appeler l'attention sur la dernière séance de l'Académie de médecine. Les nouvelles expériences de vaccination charbonneuse, rapportées par M. Boutet (de Chartres), confirment encore d'une manière complète la découverte de M. Pasteur, et l'on conçoit l'empressement des agriculteurs à offrir leurs animaux pour leur assurer cette précieuse immunité. Il faut rapprocher ces faits des curieuses recherches que M. Toussaint (de Toulouse) a fait connaître lundi dernier à l'Académie des sciences sur la vertu préservatrice des vaccins d'une espèce animale à l'autre.

Nous devons signaler aussi tout particulièrement l'importante communication de M. A. Gautier sur les propriétés des venins des serpents, leur résistance à la chaleur, leur nature alcaloïdique et leurs analogies d'action avec l'alcaloïde toxique qu'il a découvert dans la salive humaine, alcaloïde ayant également des analogies avec les ptomaïnes. C'est là un chapitre tout nouveau de physiologie générale sur lequel M. Dujardin-Beaumetz a également présenté des observations intéressantes à un autre point de vue. Les praticiens devront prêter une grande attention aux résultats des expériences de neutralisation des venins par les abxipharmaques les plus usités, expériences dans lesquelles M. Gautier démontre nettement qu'il ne faut accorder de confiance qu'aux solutions de potasse et de soude, et non, comme on est trop porté à le croire, à l'ammoniaque.

Classement des professeurs dans les Facultés de médecine.

On a pu juger, par diverses notes envoyées à la *Gazette hebdomadaire* (n° 27, p. 438 et n° 28, p. 450 et 451) de l'émotion produite dans les Facultés de province par l'application du décret du 12 février 1881. Ce décret, relatif au classement des professeurs de Facultés et à leur traitement

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

A propos du Congrès médical de Londres. — L'inconscience dans la catalepsie et dans l'anesthésie par l'éther. — La blessure du président Garfield et les plaies du foie par armes à feu dans la guerre de la sécession. — Les nouveaux hôpitaux baraques à Saint-Pétersbourg. — L'eau potable à Rome et à Londres. — Un dentiste trop ingénieux. — Tanner vaincu par une femme.

La mort inattendue et lamentable, comme a dit le professeur Peter, de M. Maurice Raynaud, nous privera du plaisir de l'entendre développer lui-même au Congrès de Londres l'*Histoire du septicisme en médecine, dans le passé et le présent.* Heureusement, tout n'est pas perdu; son manuscrit était terminé, et M. Féréol a bien voulu accepter la tâche d'en donner lecture.

Le comité général du Congrès a désigné comme vice-présidents honoraires les sommités médicales et chirurgicales dont les noms suivent : MM. Donders, Tilanus, Brown-Séquard, Ollier, Chauveau, Hardy, Tarnier, Verneuil, Pasteur, Kölliker, Pflüger, O. Liebreich, Looen, Holmgren, Goltz, Virchow, Billings, Baccelli, Santesson.

Dans une séance générale de la Société médicale de Londres, réunie extraordinairement, on a proposé pour l'élection comme membres honoraires, par suite de leur participation au Congrès : MM. Bamberger, G. H. Billings, Bigelew, Billroth, Charcot, Da Costa, Emmet, Haller, Nussbaum, Tarnier, Verneuil et Volkmann.

Sir James Paget, président du Congrès, a été réélu membre du conseil du collège des chirurgiens d'Angleterre à une immense majorité. MM. Hulke et Heath ont été élus également, par un nombre de voix moins élevé.

— Dans une séance de la Société médico-légale de New-York, le 6 avril dernier, le professeur W. A. Hammond a examiné la question de savoir si des personnes en état mes-

apparaissait, depuis sa promulgation, comme une arme savante dont la valeur ne pourrait être bien appréciée que d'après l'usage qui en serait fait. Or, voilà que, dès son premier coup, elle semble trancher toute espèce de lien entre les anciennes Facultés de Paris, Montpellier et Nancy, et les nouvelles Facultés de Lyon, Lille et Bordeaux. Ces trois dernières Facultés, en effet, sont exclues du classement établi le 1er juin, sur l'avis du Comité consultatif, et ne portant que sur les Facultés de Nancy et de Montpellier (*Gaz. hebdom.*, n° 27).

Ce classement a, de plus, appelé de nouveau l'attention sur le décret lui-même, sur sa valeur intrinsèque eu égard à l'ensemble des Facultés, y compris les anciennes.

La question est donc très complexe. Avant de nous y engager, faisons connaître le décret, auquel les circonstances donnent une importance particulière.

Décret sur le traitement des professeurs des facultés et des écoles supérieures de pharmacie.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu les lois de finances des 22 décembre 1875, 22 décembre 1878 et 21 décembre 1879;

Vu les décrets des 14 janvier 1876 et 1er juillet 1877;

Vu la loi de finances du 22 décembre 1880;

La section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique entendue,

Décrète :

ART. 1er. — Les traitements des professeurs des facultés et des écoles supérieures de pharmacie sont établis conformément au tableau ci-après (1) :

FACULTÉS DE MÉDECINE

Paris. — 1re classe, 15 000 francs, 25 professeurs. — 2e classe, 12 000 francs, 6 professeurs.

Départements. — 1re classe, 11 000 francs, 3 professeurs. — 2e classe, 10 000 francs, 4 professeurs. — 3e classe, 8 000 francs, 18 professeurs. — 4e classe, 6000 francs, 11 professeurs.

FACULTÉS DES SCIENCES

Paris. — 1re classe, 15 000 francs, 15 professeurs. — 2e classe, 12 000 francs, 4 professeurs.

Départements. — 1re classe, 11 000 francs, 10 professeurs. — 2e classe, 10 000 francs, 11 professeurs. — 3e classe, 8000 francs, 50 professeurs. — 4e classe, 6000 francs, 30 professeurs.

ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE

Paris. — 1re classe, 11 000 francs, 7 professeurs. — 2e classe, 9000 francs, 2 professeurs.

Départements. — 1re classe, 8500 francs, 2 professeurs. — 2e classe, 7500 francs, 5 professeurs. — 3e classe, 6500 francs, 3 professeurs.

ART. 2. — Les promotions ont lieu dans chaque ordre de Facultés et dans les écoles supérieures de pharmacie, d'après le nombre des vacances, mi-partie à l'ancienneté, mi-partie au choix. — Le professeur nouvellement nommé prend rang dans la dernière classe. — Il ne sera fait d'exception à cette règle que sur l'avis motivé de la section permanente.

ART. 3. — Il est dressé chaque année, au mois de décembre, un tableau des professeurs par ordre d'ancienneté. — L'ancienneté dans chaque classe est calculée à partir du jour de la nomination à cette classe. — Dans la classe où le professeur débute comme titulaire, les années passées dans l'enseignement public avant l'époque où ce professeur a été nommé à cette classe comptent pour moitié dans le calcul de l'ancienneté des services. — A égalité d'ancienneté dans une classe, la priorité est déterminée, pour les Facultés de droit, les Facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie, par la date de l'agrégation et, si la date est la même, par le rang d'agrégation; dans les facultés de théologie, des sciences et des lettres, par la date de nomination comme chargé de cours ou maître de conférences. — Le temps passé en congé d'inactivité ne compte pas dans le calcul pour l'ancienneté. Il est fait exception pour les professeurs nommés à des fonctions électives qui les retiennent hors de la Faculté.

ART. 4. — L'avancement à l'ancienneté n'est pas de droit pour les professeurs qui cumulent plusieurs fonctions rétribuées.

ART. 5. — Sur l'avis conforme de la commission compétente du comité consultatif, l'avancement à l'ancienneté peut être ajourné. — L'ajournement doit être proposé au ministre dans un rapport spécial qui fait connaître et apprécie les motifs qui justifient cette mesure.

ART. 6. — Chaque année, au mois de décembre, chacune des commissions du comité consultatif de l'enseignement supérieur établit, pour l'ordre d'enseignement dont elle s'occupe, une liste de présentations pour promotions au choix. — Chacune des présentations au choix est accompagnée d'une note justificative, où sont appréciés les services du professeur et la valeur des ouvrages qu'il a publiés. — Au moment où la commission doit faire les présentations pour avancement au choix, il lui est remis : 1° Les propositions des inspecteurs généraux, des recteurs et des doyens; 2° Le tableau du nombre d'heures consacrées par chaque professeur, d'une part, aux leçons proprement dites, d'autre part, conférences complémentaires; 3° Le tableau du nombre des examens par examinateur dans chaque Faculté durant l'année précédente.

(1) Nous retranchons de ce tableau les facultés de théologie, de droit et des lettres.

---

mérique pouvaient commettre des crimes. Ces personnes, exécutant les ordres qu'on leur donne, peuvent être poussées à commettre des actes criminels dont elles sont entièrement innocentes et inconscientes. Il présenta un patient qui fut hypnotisé et à qui on fit commettre un vol imaginaire; on lui dit ensuite de poignarder (mais l'a-t-il fait?) un homme qui, disait-on, avait tué sa mère. Enfin, on lui fit imiter un chèque, ce qu'il fit très habilement.

Après tout cela, il restait à démontrer que le sujet était bien en catalepsie réelle et non apparente. Mais M. Hammond ne put donner cette preuve d'une manière convainquante; aussi ses assertions relatives à la possibilité de commettre des crimes en catalepsie furent-elles accueillies avec force. Il voulut faire voir que le patient était insensible aux impressions douloureuses, comme la brûlure et le pincement; qu'il conservait une rigidité extrêmement prononcée; mais on lui démontra d'autre part que ces phénomènes pouvaient aussi être simulés.

La théorie donnée par M. Hammond pour expliquer l'état cataleptique est que l'action des centres cérébraux supérieurs est suspendue, et que le patient est probablement sous l'influence des ganglions de la base. Mais les preuves d'intelligence données de temps en temps par le sujet hypnotisé semblent contredire cette hypothèse. Certains faits ont toutefois vivement frappé les assistants, qui ont désiré remettre à l'ordre du jour la question posée par M. Hammond.

L'hypnotisme ne serait pas le seul moyen médical qu'on puisse employer pour faire parler les patients. Le docteur Tom Bird a observé deux cas, assez insolites à la vérité, dans lesquels l'éther fit dire aux sujets bien des choses qu'ils auraient voulu garder dans les cases les plus profondes de leur cerveau. L'un d'eux parla pendant deux heures, bien que l'opération n'eût duré qu'une dizaine de minutes; il avait, paraît-il, conscience de ce qu'il disait, mais ne pouvait se taire, et il reprocha amèrement au chirurgien de n'avoir pas fait sortir l'infirmier de la pièce où il était. Dans l'autre cas, il s'agissait d'une

Art. 7. — Le ministre statue au mois de janvier sur les propositions qui lui sont faites pour l'avancement au choix et à l'ancienneté. — Les promotions sont publiées au journal général de l'instruction publique.

Art. 8. — Il n'est fait aucune diminution aux traitements existant à ce jour. — Appartiennent de droit aux classes déterminées par le présent décret les professeurs qui, à ce jour, ont les traitements attribués à ces classes; ils prennent rang à partir de l'époque où ils ont eu la jouissance de ce traitement. — Les cadres sont complétés : 1° En plaçant dans chaque classe les professeurs dont le traitement se rapproche le plus de celui de la classe; 2° S'il reste des places vacantes, par des promotions faites mi-partie au choix, mi-partie à l'ancienneté, dans les formes indiquées par le présent décret. — S'il reste dans un ordre de facultés des traitements intermédiaires entre deux classes, les professeurs qui jouissent d'un de ces traitements appartiendront à la classe inférieure; ils profiteront les premiers des vacances qui se produiront.

Art. 9. — Le professeur de l'enseignement secondaire qui devient titulaire d'une chaire de Faculté ne peut recevoir à ce titre un traitement inférieur à celui qu'il touchait dans l'enseignement secondaire. — La différence entre le traitement de la classe par laquelle il débute et son traitement de professeur dans l'enseignement secondaire donnera lieu à une indemnité compensatrice.

Fait à Paris, le 12 février 1871.

Jules Grévy.

Nous examinerons premièrement si le décret sert bien les intérêts de l'enseignement supérieur; en second lieu, si les lois qui ont créé les Facultés nouvelles ont entendu leur assigner un rang à part, en dehors ou au-dessous des Facultés existantes, et s'il est juste ou non qu'elles participent au classement; troisièmement enfin, en cas d'affirmative, si l'État devrait prendre à sa charge les augmentations de traitement qui en seraient la conséquence. Nous examinerons ces trois questions avec une égale indépendance à l'égard de l'administration qu'à l'égard des parties intéressées.

I. Les articles que connaissent nos lecteurs, et ceux qui ont été insérés dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, ainsi que les lettres que nous avons reçues montrent que tous les réclamants ne jugent pas de même le principe des promotions de classe. Les uns, tout en déplorant l'application qui vient d'en être faite, le tiennent pour logique et équitable; les autres l'accusent d'ouvrir la porte à la faveur, d'établir entre les membres d'une même Faculté des distinctions arbitraires, d'y fomenter des jalousies et d'y favoriser l'esprit de dépendance, que tendent à écarter au contraire l'unité et la fixité du traitement. C'était en partie le sens d'une déclaration envoyée, en 1877, par MM. les professeurs de Nancy à la Commission du budget, et à laquelle M. Bernheim a fait allusion dans ce journal. Quant à nous, sans attacher à ces craintes plus d'importance que de raison, nous ne goûtons qu'à demi ce genre d'assimilation de l'enseignement supérieur à l'enseignement secondaire et à l'armée, par suite duquel les promotions ont lieu *mi-partie à l'ancienneté, mi-partie au choix* (art. 2). Un caractère essentiel distingue les deux dernières institutions de la première; c'est le caractère de hiérarchie et d'inégalité. Dans l'armée, la proportion des promotions au choix et des promotions à l'ancienneté est déterminée par le grade; par exemple, un tiers pour les premières, deux tiers pour les secondes, s'il s'agit d'un capitaine. Certaines nominations sont faites toutes au choix. Une promotion quelconque est elle-même subordonnée à certaines conditions obligatoires : nul ne peut être promu capitaine, ni à l'ancienneté, ni au choix, s'il n'a servi deux ans dans le grade de sous-lieutenant, etc. En un mot, on reconnaît là une organisation jugée nécessaire pour le bon fonctionnement du service, et non pas imaginée dans un but de récompenses personnelles et d'avancement. Dans l'enseignement secondaire, le classement a une base fixe; ce sont les titres inégaux des professeurs. Les professeurs titulaires et les professeurs divisionnaires doivent être agrégés : les autres ne sont que des chargés de cours, et eux-mêmes forment des catégories, suivant qu'ils sont ou non licenciés; de plus, le traitement varie avec la classe du lycée. L'inégalité de traitement découle naturellement de celle des titres de capacité. Nous n'oublions pas que les professeurs de l'enseignement secondaire, et avec eux les proviseurs, censeurs, aumôniers, économes, peuvent avancer sur place, en ce sens que leur traitement peut être augmenté sans changement de résidence; mais cette augmentation n'en est pas moins subordonnée aux règles générales de l'avancement. Quelle différence quand on passe aux professeurs de Faculté! Ceux-ci entrent tous dans le haut enseignement par la même porte, avec les mêmes témoignages d'aptitude. Cela était particulièrement évident au temps des concours, mais n'a pas cessé de l'être sous le mode actuel de nomination; car nous ne supposons pas que ce soit comme étant de qualité inférieure qu'on ait substitué la garantie de la présentation à celle du concours. Il y a plus, et ceci est décisif, toutes les Facultés délivrent le même diplôme,

---

jeune femme mariée, instruite, bien élevée, qui se figurant en présence de sa mère, laquelle était absente, raconta des choses assez intimes qu'elle aurait eu tout intérêt à garder pour elle. Le chirurgien fit tout ce qu'il put pour détourner la marche de ses idées, mais en vain; *elle dit tout*, sans aucune faute d'expression, dit spirituellement le narrateur, et sa chambre était devenue le temple de la vérité. L'auteur en conclut que ces phénomènes de l'anesthésie par l'éther sont bien différents de ceux que produisent les autres anesthésiques, et qu'il ne serait pas mauvais, lorsqu'on emploie cette substance, de s'assurer d'avance de la discrétion des infirmiers ou infirmières! Mais où trouver des infirmiers discrets?

— Le président Garfield, atteint, comme on le sait, d'un coup de feu qui paraît avoir blessé le lobe droit du foie, est encore dans une situation précaire. C'est tout ce que nous voulons dire aujourd'hui *sur la blessure* elle-même. *A propos* de celle-ci, nous rappellerons que, pendant la guerre de la sécession, les chirurgiens des Etats-Unis, dont les notes ont été centralisées par le *Surgeon general's office* de Washington, n'ont pas soigné moins de 173 plaies du foie par armes de guerre. Ils ont donc acquis une grande expérience, dont nous espérons que bénéficiera l'illustre blessé. Les 173 cas recueillis ont donné 62 guérisons; dans 25 de ces derniers, la plaie du foie était la lésion principale; dans les 37 autres, la blessure hépatique était compliquée de fractures de côtes, lésions du poumon, du diaphragme, ou d'autres organes voisins. Ces résultats permettent d'espérer que la blessure du général Garfield, qui paraît n'intéresser que le foie, aura une issue favorable. Le docteur Bliss, médecin particulier du général, s'est d'ailleurs adjoint les chirurgiens les plus renommés des Etats-Unis, les docteurs Barnes, Woodward, Otis, et autres médecins de l'armée, Franck Hamilton, l'auteur de l'ouvrage classique *Sur les fractures*, et Agnew, de Philadelphie, auteur d'un *Traité de chirurgie* très estimé. Les journaux anglais reprochent toutefois à ces honorables confrères, déjà un peu

qui a partout la même valeur. On prend donc des fonctionnaires tous égaux, tous rangés sur la même ligne, et on en fait avancer quelques-uns d'un pas, de deux pas, sur des bonnes notes, sur des bons points ; et ce, sur l'avis d'un corps respectable et respecté, mais ne sachant rien par lui-même, renseigné par des inspecteurs qui n'en peuvent savoir beaucoup plus et renseignés à leur tour par des recteurs et par des doyens. On aura beau faire, on ne parviendra pas aisément à faire accepter ce mécanisme comme un instrument de parfaite justice et de concorde intérieure. On s'aperçoit bien que le décret essaie de donner quelque fixité aux bases du classement, en comptant, par exemple, le nombre d'heures consacré aux leçons et aux conférences; mais cet expédient même montre la difficulté où l'on est engagé, car si des leçons nombreuses sont méritoires, il ne serait pas mal non plus d'encourager les bonnes leçons. Cependant, nous le répétons, le décret est accepté dans son esprit général par une partie du corps enseignant; et cela même, si nous sommes bien informé, est déclaré dans une note collective présentée en ce moment à la signature des professeurs des Facultés de province.

On se plaint également de l'inégalité des situations faites à la Faculté de Paris et aux Facultés de province. A Paris, deux classes seulement, avec des traitements de 15000 et de 12000 francs. En province, quatre classes, avec un maximum de traitement de 11000 et un minimum de 6000 francs : ainsi le professeur de la classe la plus élevée, en province, même dans les anciennes Facultés, à Nancy, à Montpellier, est coté moins haut que le professeur de seconde classe à Paris; ainsi le professeur de dernière classe, à Paris, a un traitement double de celui du professeur de dernière classe en province.

Il est dans l'ordre des choses que l'enseignement de Paris soit mieux doté que celui des départements, et cela pour diverses raisons qu'il serait trop long d'énumérer, mais que tout le monde comprend. C'est une règle pour tous les genres de fonctions publiques; c'en est une, en particulier, pour l'enseignement secondaire, dans lequel les professeurs de même classe sont mieux rétribués à Paris qu'à Versailles, à Versailles que dans le reste de la France. L'important est que la mesure d'inégalité soit équitable. L'est-elle dans l'espèce? Nous ne pouvons le croire. Il semble bien qu'ici encore on ait pris pour modèle l'organisation de l'enseignement secondaire; et, comme entre le traitement d'un professeur titulaire de cet enseignement, appartenant à la première classe, à Paris, et celui d'un professeur de troisième classe (la dernière), dans les départements, il y a l'écart de 7500 à 3000 francs, on a regardé comme une différence équivalente l'écart de 6000 à 15000 francs entre le traitement d'un professeur de première classe de la Faculté de Paris et celui d'un professeur de quatrième classe des Facultés de province. Mais on oublie que le traitement de cet ordre de professeurs, en province, s'abaisse avec la catégorie des lycées, et que l'assimilation entre les deux ordres d'enseignement, pour le taux des traitements, ne pourrait être faite qu'à la condition d'avouer qu'on classe les Facultés de France en catégories descendantes, comme les lycées, et que les Facultés de Montpellier et de Nancy sont de qualité inférieure; auquel cas il conviendrait d'aller jusqu'au bout, et de classer les Facultés par ordre de mérite. Si au lieu de comparer le traitement d'un professeur titulaire de première classe dans un lycée de Paris, avec celui d'un professeur titulaire de dernière classe dans un lycée de province, on considère, comme il serait juste, les traitements comparés de deux professeurs de même classe, par exemple de la première, à Paris et en province, on ne trouve plus que la différence de 7500 à 5000 francs. Nous le répétons, ce ne serait pas une pensée juste, ni conforme à l'esprit de l'institution, de donner pour base à l'inégalité des traitements une inégalité d'importance entre les Facultés, surtout aujourd'hui que leurs agrégés, qui sont la pépinière de leurs professeurs, ont tous la même origine, subissent tous les mêmes épreuves, sortent tous d'une lutte générale où, par parenthèse, les Facultés de province se signalent souvent par des coups d'éclat. A Dieu ne plaise que nous méconnaissions le prestige dont jouit et que veut conserver la Faculté de Paris! Nous disons seulement que ce prestige doit venir d'elle, non d'une grâce gouvernementale, non d'une sorte de baptême qu'elle aurait reçu des pouvoirs publics. Nous ne pouvons nous empêcher d'ajouter que cette riche catégorisation des professeurs de province, avec graduation des traitements, a ceci de déplaisant qu'elle leur donne un faux air d'employés de ministère se hâtant vers les places de chefs de bureau et de chefs de division.

Un autre vice du classement, tel que l'a produit jusqu'ici le décret du 12 février, est la différence si grande du nombre proportionnel des professeurs de première classe à Paris et dans les départements. Comme on le voit par le tableau intercalé dans le texte, le décret accorde à Paris 25 professeurs de première classe sur un personnel de 31, et, dans les départements 3 seulement sur un personnel de 36.

âgés peut-être, de ne pas avoir employé le *Lister* complet dans le pansement de la plaie présidentielle. Il paraîtrait, d'autre part, que les consultants ne sont pas toujours d'accord, et que certaines de leurs discussions ont été un peu trop vives.

— Les milliers d'ouvriers qui émigrent à Saint-Pétersbourg à la recherche de travail, à la fin de l'hiver, de toutes les parties de la Russie, augmentent à tel point le nombre des malades, que l'organisation hospitalière de la ville devient tout à fait insuffisante pour leur traitement. La municipalité s'est efforcée de remédier à ce *desideratum* en organisant des hôpitaux temporaires dans des maisons privées, mais cette mesure fut encore insuffisante, et sa mise à exécution rencontra de grandes difficultés. Il y a un an environ, paraît-il, on résolut de construire des hôpitaux-baraques pour le traitement des maladies contagieuses. Une commission fut nommée pour mettre cette décision en œuvre, et une somme de 200000 roubles fut consacrée à l'exécution des travaux nécessaires. La place Alexandre fut le lieu choisi pour l'édification de ces baraques. On y éleva 20 petites baraques, 2 grandes, 5 pavillons pour l'administration, et le tout fut entouré d'un beau jardin. La construction de ces bâtiments fut commencée en octobre 1880, et les architectes s'engagèrent à les terminer pour le mois de juin de la présente année. Aux dernières nouvelles, les baraques étaient couvertes et formaient une nouvelle rue de maisons en bois, construites suivant le style russe. Chaque petite baraque a une longueur de 65 pieds et une largeur de 28 à 35 pieds, et doit contenir 22 lits; les deux grandes en contiendront 32. L'emplacement a été drainé et il est entouré d'une barrière en bois.

— L'*Italian Times* publie un rapport sur les résultats généraux de l'inspection des hôtels de Rome par la commission sanitaire récemment instituée à cet effet. Ces résultats justifient pleinement la campagne entreprise par notre con-

D'après le classement qui vient d'être fait à Montpellier et à Nancy, 3 professeurs sont rangés dans la première classe aux appointements de 11 000 francs, 4 dans la seconde classe aux appointements de 10 000 francs, 18 dans la troisième aux appointements de 8000 francs, et 11 dans la quatrième, aux appointements de 6000 francs. Ce dernier chiffre a ceci de particulier qu'il égale celui des appointements réels d'un grand nombre d'agrégés. A Nancy, notamment, *tous* les agrégés, si nous ne nous trompons, touchent 6000 francs, en cumulant les 3000 francs attachés à leur titre et 3000 comme chargés de cours cliniques spéciaux (sur les maladies des yeux, les maladies syphilitiques, etc.).

Enfin l'application du décret, en ce qui concerne les conditions d'avancement par ancienneté, donne lieu à des surprises et à de fâcheuses conséquences que M. Bernheim, plus compétent que nous sur ce point, a fait ressortir dans ce journal même; ce qui nous dispense de nous y arrêter.

A. Dechambre.

(*A suivre.*)

De la surdité et de la cécité verbales.

Pour avoir une notion précise de ce que les auteurs allemands désignent sous les noms fort peu explicites de *surdité*, de *cécité verbales* (Worttaubheit, Wortblindheit), ou sous celui *d'aphasie sensorielle,* pour comprendre par quel enchainement d'idées ils sont arrivés à décrire sous ces dénominations une variété d'aphasie, qui, dans le groupe si étendu des troubles du langage articulé, aurait son autonomie, il nous faut jeter un rapide coup d'œil sur quelques travaux récents de physiologie et de pathologie cérébrales qui ont eu, en Allemagne surtout, un grand retentissement.

Au lieu de rester, comme nos compatriotes, dans le domaine de l'observation clinique et anatomo-pathologique, en reléguant au second plan les recherches expérimentales, certains auteurs allemands, parmi lesquels il faut citer en première ligne Küssmaul et Munk, ont demandé autant à l'expérimentation qu'à la clinique même la solution des problèmes d'ordre psychique que soulève cette question.

D'un autre côté, pendant qu'en France on se préoccupait surtout des localisations motrices, l'étude des localisations sensitives et sensorielles trouvait en Angleterre avec Ferrier, en Allemagne avec Munk, des zélateurs dont les conclusions, généralement acceptées en Allemagne, ont reçu chez nos compatriotes un accueil beaucoup plus réservé.

Ces travaux commencent à se vulgariser parmi nous grâce aux analyses de Grasset (*Des localisations cérébrales*), de Duret (*Progrès médical*, 1879), de Ballet (*Recherches anat. et clin. sur le faisceau sensitif*, Thèse de Paris, 1881). On sait que Ferrier admet l'existence non seulement de centres moteurs, mais encore de centres préposés aux divers sens spéciaux, qu'il a essayés de localiser dans certaines régions de l'écorce cérébrale. Beaucoup plus hardi, Munk (1877, 1878, 1880) s'est lancé à corps perdu dans la voie de l'analyse psychologique, en s'appuyant d'une manière exclusive sur les données expérimentales, et a ainsi tracé un schéma de la formation et de l'émission des mots qui est plus du ressort de la métaphysique que de la physiologie pratique.

Pendant ce temps, sur le terrain clinique, Wernicke (Breslau, 1874), Küssmaul surtout (1877) dans son volumineux fascicule de l'*encyclopédie de Ziemmsen*, Pick; et Kahler, dans deux mémoires (*Prag. Vierteljahrschr. f. prakt. Med.*, 1879, 1880), étudiaient cette variété d'aphasie que le premier appelait aphasie sensorielle, les autres, surdité ou cécité verbales.

En France ces idées trouvaient peu de faveur; et Mathieu, dans deux excellentes revues (*Archiv. gén. de méd.*, 1879 et 1881), soumettait la théorie nouvelle à une critique aussi sévère que judicieuse; toutefois elle vient d'être défendue dans la thèse intéressante de M[lle] Nadine Zkwortzoff, rédigée sous l'inspiration de M. Magnan, qui renferme un schéma nouveau de l'appareil formateur des mots, expliquant la production des diverses variétés d'aphasie. (Paris, 1881.)

Esquissons donc cette théorie dans ses grandes lignes, sans nous arrêter aux divergences de détail entre les divers auteurs.

I

Les notions fournies par les impressions de nos appareils sensoriels, par exemple celui de l'ouïe, se gravent, disent les physiologistes dont nous venons de parler, dans des régions déterminées de l'écorce cérébrale, où aboutissent les fibres du nerf acoustique. Là s'accumulent, et sans doute subissent une élaboration progressive les images commémoratives (Erinnerungsbilder) des mots; c'est là qu'il nous faut puiser quand nous voulons nommer un objet; c'est donc un véritable centre sensoriel pour les uns, psychosensoriel pour Munk. Ce centre, situé dans la région temporo-occipitale,

---

frère sur ce sujet et ne peuvent qu'exercer une excellente influence sur les étrangers qui se proposent de visiter Rome, en leur rendant la confiance, qui avait singulièrement diminuée, dans les conditions sanitaires des hôtels de la ville éternelle. L'inspection découvrit un assez grand nombre de défauts dans la construction et l'aménagement du drainage des hôtels et des conduites d'eau, mais il était en général facile d'y remédier, et les propriétaires se montrèrent on ne peut mieux disposés à suivre les avis de la commission relativement aux modifications à apporter à leurs immeubles. Quelques mois après, ils invitèrent eux-mêmes la commission à les visiter et à s'assurer que les améliorations suggérées avaient été mises à exécution. Cette fois, les membres de la commission purent dire que dans chaque hôtel ils avaient trouvé bonne l'eau potable.

— A Londres, comme à Paris, on se plaint beaucoup de la disette d'eau, et si, comme à Rome, la qualité y est excellente, la quantité laisse fort à désirer.

La Tamise, qui monte et descend deux fois par jour de 20 pieds environ avec la marée, n'est qu'un bras de mer. Ce n'est qu'à plusieurs lieues en amont, au-dessus du dernier barrage, que l'eau est propre à être employée pour les usages domestiques ou industriels. C'est de là et un peu plus haut que s'approvisionnent les compagnies qui desservent tout l'ouest et le sud de Londres; dans les années de sécheresse prolongée, il a été constaté que la moitié environ du débit du fleuve était absorbé par les pompes; on n'en doit pas être étonné si l'on pense que le volume total de la Tamise en temps ordinaire n'atteint pas celui de l'Oise. Malgré une double filtration, cette eau est encore médiocrement salubre; une loi a bien interdit à toutes les localités du bassin supérieur de déverser leurs égouts dans la rivière, la réapparition des truites et autres poissons délicats montre bien qu'il y a progrès, mais les analyses officielles constatent encore la présence d'une proportion fâcheuse de matières organiques.

Le centre, le nord et l'est de la Métropole sont desservis

est relié par un appareil de transmission au centre moteur, chargé de l'émission de la parole, à la circonvolution de Broca. Ceci posé, il doit y avoir trouble de la parole quand une partie quelconque de cet appareil compliqué vient à être lésée. Lorsque c'est la troisième circonvolution frontale, ou les faisceaux qui de là vont au bulbe, qui sont altérés, il se produit une incoordination des mots, aphasie motrice de Wernicke, aphasie ataxique de Küssmaul. Au contraire, toute lésion portant sur le centre sensoriel, les premières circonvolutions temporales, amène l'aphasie sensorielle de Wernicke, la surdité verbale de Küssmaul, Pick et Kahler, etc. Comme l'organe de l'ouïe n'est pas altéré, mais que les images commémoratives des mots sont détruites, le malade entend les sons, mais n'en saisit pas la signification. Il ne comprend plus les mots et ne s'aperçoit pas de la défectuosité des expressions qu'il emploie.

Il en est de même pour le centre optique; les individus qui portent une lésion de ce centre sensoriel voient les lettres, peuvent épeler, mais sont incapables de lire, ou de comprendre la signification des mots qu'ils ont sous les yeux; c'est la *cécité verbale*, qui répond à une lésion du pli courbe, centre de la vision pour Ferrier.

Ainsi l'aphasie sensorielle serait distincte de l'aphasie vulgaire, motrice, au point de vue non seulement clinique, mais encore anatomique; car la localisation en est toute différente.

Les auteurs qui défendent cette doctrine s'appuient sur trois sortes d'arguments expérimentaux, cliniques, anatomo-pathologiques. La démonstration en serait donc complète; voyons jusqu'à quel point cette assertion est fondée.

II

Écartons tout d'abord, comme absolument vaines, ces tentatives d'analyse psychique par la voie expérimentale, telles que Munk les a comprises. Car n'y a-t-il pas témérité à vouloir résoudre les problèmes psychologiques, les questions afférentes aux phénomènes intellectuels, par des expériences pratiquées sur des animaux?

Restons donc dans la sphère des faits purement physiologiques, accessibles à l'expérimentation, et voyons si, là encore, la part n'est pas faite trop belle à l'hypothèse.

En premier lieu, l'existence des centres sensoriels est loin d'être démontrée par les recherches expérimentales. Sans nous appesantir sur cette question des plus délicates, sans faire ressortir toutes les divergences qui se sont produites sur le siège même de ces centres entre les auteurs qui en admettent l'existence, Ferrier et Munk, par exemple, ou Luciani et Tamburini, nous nous bornerons à indiquer ici les conclusions auxquelles est arrivé, dans sa thèse déjà citée, Ballet, un des élèves les plus distingués de l'École de la Salpêtrière.

D'après lui, et les arguments qu'il apporte à l'appui de son dire nous semblent probants, il existe une *zone* sensitive, mais non des *centres* sensitifs ou sensoriels. Il est impossible d'associer cette vaste zone en territoires distincts préposés aux différentes sensibilités. Cela tient à la disposition anatomique du faisceau sensitif dans l'écorce cérébrale. Car, là, « les fibres des différentes sensibilités perdent leur indé- » pendance, se mélangent intimement les unes aux autres, et » vont se rendre à un vaste territoire cortical préposé à la » sensibilité. » Cette zone comprend toute la partie de l'écorce située en arrière du pied des circonvolutions frontales.

S'il en est ainsi, il devient impossible en clinique d'affirmer, comme on le fait pour certaines paralysies motrices, le siège de la lésion d'après la constatation de tel ou tel trouble de la sensibilité générale ou spéciale.

Les recherches de Goltz (*Pflüger's Archiv.*, Bd XIII et XV) sont également contraires à l'idée des localisations sensitives.

Mais l'anatomie pathologique fournit-elle cette preuve de l'autonomie de la surdité verbale que l'expérimentation n'a pas encore donnée? En d'autres termes, les lésions trouvées à l'autopsie des individus atteints de cette aphasie spéciale ont-elles un caractère de constance assez net, pour légitimer cette conception? C'est ce que soutiennent Pick et Kahler; d'après eux, en effet, dans tous les cas de surdité verbale on a trouvé une lésion des premières circonvolutions temporales, qui seraient, par suite, le centre de l'aphasie sensorielle, comme la circonvolution de Broca est le centre de l'aphasie motrice.

Or, quand on compulse les observations de Broadbent, de Wernicke, de Pick et Kahler, de Küssmaul, de Fritsch, etc., on voit qu'elles peuvent être divisées en deux catégories. Dans les unes il existait des lésions à la fois du lobe temporal et de la troisième circonvolution frontale ou de l'insula de Reil; dans les autres, cette dernière région était intacte, mais on s'est trouvé en présence d'altérations fort étendues ou multiples, atrophie généralisée des circonvolutions, pachyméningite, athérome diffus des artérioles, etc. Sommes-nous trop exigeants en refusant à des faits de cet ordre toute valeur démonstrative, alors surtout que les cas négatifs, où des

---

par un canal établi depuis plus de deux siècles, le *New-River*, dérivation de la Lea, petit cours d'eau qui prend sa source à une trentaine de lieues et sert de limite entre les comtés de Middlessex et d'Essex. A la prise d'eau, le liquide en est remarquablement pur, mais comme il circule à ciel ouvert autour de toutes les collines de la route, il arrive chargé de détritus végétaux et de poussière. Les faubourgs du sud-est et certaines usines sont desservis par des machines pompant les puits profonds percés à travers le terrain crétacé et l'argile jusque dans le grès rouge; l'absence des matières organiques est compensée par la présence de sels minéraux. En somme, les quatre millions d'habitants de la capitale sont assez mal servis.

Comme il n'y a de montagnes qu'à de très grandes distances et que les ruisseaux, sur une vaste circonférence, sont des affluents de la Tamise ou sont consacrés à l'alimentation d'autres villes, il n'y a moyen d'augmenter l'approvisionnement qu'en perforant la contrée de nombreux puits, ou en poussant un aqueduc jusque dans le pays de Galles à cent lieues de distance. C'est ce dernier projet, déjà souvent discuté, qui finira par s'imposer nécessairement.

La ville de Liverpool vient de donner l'exemple à celle de Londres et s'est emparée la première d'un des bassins de montagne sur lesquels l'administration métropolitaine avait jeté son dévolu. On vient de commencer dans le nord du pays de Galles la construction d'une digue gigantesque, qui doit transformer une vallée en un lac de 8 kilomètres sur 2, et de près de 100 mètres de profondeur. Les hauteurs de cette partie de l'île, qui condensent les vapeurs de l'Atlantique, donnent naissance à un nombre infini de cours d'eau permanents; celui que Liverpool s'approprie par un aqueduc de près de 100 kilomètres en laisse assez d'autres disponibles pour satisfaire la capitale et bien d'autres villes.

— Un dentiste de Chicago vient d'inventer un nouveau procédé pour extraire, non des dents, mais des guinées à ses

lésions de ces soi-disant centres sensoriels sont restées latentes, abondent dans la science.

D'ailleurs, il est établi aujourd'hui que le centre de langage ne réside pas exclusivement dans la troisième circonvolution frontale gauche, comme notre malheureux ami de Boyer l'a démontré surabondamment dans sa thèse si riche de faits sur les lésions corticales. Non seulement la destruction des fibres blanches allant de cette circonvolution au bulbe produit, comme cela pouvait être soupçonné *à priori*, l'aphasie ; mais encore, on doit admettre avec de Boyer, que « la région voisine de l'insula de Reil peut-être quelquefois » un des centres corticaux du langage ». L'appareil de Broca est donc plus complexe qu'on ne le pensait naguère; aussi, avant de rapporter par exclusion aux altérations d'un autre territoire les manifestations aphasiques observées dans un cas où la troisième circonvolution paraît intacte, doit-on s'assurer, par l'examen microscopique, de l'intégrité des faisceaux pédiculo-frontaux sous-jacents à la circonvolution de Broca.

La seule observation qui, à notre connaissance, puisse être légitimement invoquée en faveur de la doctrine nouvelle est celle de Déjérine, rapportée dans la thèse de Mlle Skwortzoff. Dans ce cas, pour expliquer une « cécité des mots incomplète » on ne trouve qu'un sarcome névroglique du lobule pariétal inférieur gauche qui contient le pli courbe, centre de la vision d'après Ferrier. Mais sans nier la valeur d'un fait qui offre toute garantie d'exactitude, ne doit-on pas, surtout en matière si délicate, se rappeler le vieil adage : *Testis unus, testis nullus.*

Cependant, si l'existence dans le lobe temporal d'un centre spécial d'aphasie est loin d'être établie, peut-être pourrait-on, avec MM. Lécorché et Talamon (*Etudes médicales*, 1881), admettre qu'il se trouve dans cette zone « une région chargée » d'élaborer les impressions auditives reçues par le nerf » acoustique et que la destruction ou l'altération de cette zone » corticale, jointe à celle de la troisième frontale, vient » aggraver l'état intellectuel des aphasiques, en entravant la » perception des sons parlés ». Mais alors, la question change de face, et il ne faudrait voir dans la soi-disant aphasie sensorielle qu'une aphasie vulgaire avec torpeur intellectuelle plus prononcée que dans les cas habituels. Cette hypothèse semble trouver sa confirmation dans ce fait que, dans presque tous les cas de cet ordre, on a rencontré, comme nous l'avons vu, des altérations fort étendues de l'écorce cérébrale, des méninges ou des vaisseaux encéphaliques.

III

Il ne nous reste plus maintenant qu'à envisager cette question au point de vue clinique, qu'à chercher si, à cet égard, l'autonomie de cette variété d'aphasie est mieux établie que par l'expérimentation ou l'anatomie pathologique.

La surdité verbale, d'après Pick et Kahler, se distingue cliniquement de l'aphasie ataxique, l'aphasie vulgaire par des caractères très nets. Dans celle-ci, le malade emploie avec discernement les mots qu'il a conservés, entend et comprend tout ce qu'on lui dit, comprend ce qu'il lit, s'aperçoit des fautes qu'il commet en écrivant, a conservé la mémoire musicale. Tout au contraire, l'individu atteint de surdité ou de cécité verbale n'émet plus que des mots ou des syllabes incohérents, ne comprend pas ce qu'on lui dit ou ce qu'il lit, ne s'aperçoit pas des fautes qu'il commet, a perdu la mémoire musicale.

A en juger par ce tableau comparatif des deux variétés d'aphasie, rien ne serait plus logique et même plus facile que de les distinguer l'une de l'autre; mais quand on examine de près les observations sur lesquelles repose la théorie de la surdité verbale, on ne tarde pas à constater que les faits sont, en réalité, des plus complexes.

Et d'abord on n'a jamais pu étudier l'aphasie sensorielle à l'état de complexus symptomatique isolé; toujours elle s'est montrée combinée à d'autres troubles de la parole. En second lieu, il s'agit alors presque toujours d'individus porteurs de lésions fort étendues, ou à peine sortis d'un violent ictus apoplectique, ou enfin depuis longtemps atteints d'affections cérébrales. Dans de pareilles conditions, faire la part de l'aphasie ataxique, de la surdité verbale, de l'anarthrie, de l'alexie, dans le syndrome morbide, à la manière des auteurs allemands, sans parler de la torpeur intellectuelle postapoplectique, est-ce chose possible, voire pour le plus sagace des cliniciens, le plus subtil des psychologues? Si nous en doutons, dira-t-on que ce scepticisme doit être attribué à l'infériorité de notre génie national dans la sphère de l'analyse philosophique?

Autre difficulté : au dire des Allemands, l'aphasique ordinaire comprend; l'individu atteint de surdité verbale ne comprend pas. Cette intégrité de l'intelligence et de la mémoire chez l'aphasique est-elle bien réelle? Loin de là; l'opinion contraire est généralement acceptée en France, et la distinction capitale entre les deux aphasies se réduit dès lors à une différence de degré dans les troubles intellectuels concomitants ou plutôt liés à l'aphasie.

---

clients. Une jeune dame vint un jour dans son cabinet (le journal américain qui raconte le fait dit *Shop*, boutique) pour se faire arracher cinq dents. Le dentiste l'anesthésia avec le protoxyde d'azote ou l'éther, et lui enleva quinze dents à la mâchoire supérieure. La patiente intenta à l'opérateur un procès en dommages-intérêts. Le dentiste soutint que les dents étaient toutes mauvaises: la dame le nia, mais comme le dentiste avait conservé les dents et qu'il ne voulut pas les présenter, elle ne put prouver son dire. Toutefois le jury, pensant que le dentiste savait mieux que la jeune dame si les dents avaient ou non besoin d'être remplacées, donna tort à la plaignante. Comme ce matelot qui, pendant une bataille, voulait jeter un homme à la mer malgré ses cris, sous prétexte qu'on lui avait dit qu'il était mort, la jeune dame ne fut pas considérée comme une autorité suffisante pour se prononcer sur l'état de ses dents. Mais ce cas n'est pas le seul; plusieurs autres personnes ont été soumises à cette extraction involontaire dans le même établissement, dans le but de forcer les victimes à remplacer les dents arrachées par de fausses dents.

— Le docteur Tanner, l'apôtre du jeûne comme nouveau moyen d'existence, a déjà fait d'assez nombreux prosélytes; il vient même d'être dépassé dans sa tentative par une de ses compatriotes. Il est vrai d'ajouter que celle-ci y allait bon jeu bon argent, sans avoir provoqué aucun pari et dans le seul but de se donner la mort. C'est une demoiselle Hattie Devell, de la ville d'Iowa, qui vient d'accomplir cet exploit. Souffrant depuis longtemps de divers troubles nerveux, et trouvant que la vie était par trop désagréable, elle résolut d'y mettre fin par le jeûne. Tous les efforts qu'on fit pour l'en dissuader n'aboutirent qu'à lui faire prendre un peu d'eau. Elle survécut ainsi quarante-sept jours, supportant ainsi l'abstinence une semaine de plus que le docteur Tanner.

Le fait est absolument authentique, car la Société médicale d'Iowa City crut devoir intervenir à ce sujet, et voulant pro-

Nos maîtres, M. Lasègue, par exemple, ont montré que chez tout aphasique l'intelligence est affaiblie, et, comme le dit M. Lécorché, ce qui frappe surtout chez ces malades, c'est l'impuissance à soutenir un effort intellectuel. Tout récemment encore, Sazie (thèse de Paris, 1879) arrivait à cette conclusion que « l'intelligence, chez les aphasiques, se trouve toujours affaiblie à divers degrés. » En d'autres termes, il n'est pas d'aphasique qui ne présente un certain degré de surdité ou de cécité verbale; et l'on peut même se demander si, chez lui, la mémoire ou l'intelligence reviennent jamais à leur état normal; car tout individu qui a perdu sa virginité cérébrale reste toujours plus ou moins boiteux de son cerveau, pour me servir d'une expression devenue classique.

La perte de la mémoire, l'amnésie, fait donc partie intégrante du syndrome aphasie. Que parfois, lorsque les lésions cérébrales sont très étendues, et tel serait le cas pour la soi-disant surdité verbale, la perception ou l'élaboration des sensations sensitives ou visuelles dans le chantier cérébral soit particulièrement entravée, nous ne le contestons pas; voici donc à quoi sémble se borner, en réalité, le complexus symptomatique auquel on a voulu donner l'autonomie. La soi-disant surdité verbale n'est donc bien que le résultat d'un affaiblissement intellectuel très prononcé.

En résumé, de quelque côté qu'on envisage la question, on ne trouve que vues de l'esprit sans démonstrations ou pures hypothèses. Fort contestable, la théorie des centres sensoriels et surtout la conception métaphysique de ces réservoirs d'images commémoratives des objets; non démontrée, la relation entre la surdité, la cécité verbale et les lésions du lobe temporal gauche ou du pli courbe. Aussi faut-il reconnaître que cette classification nouvelle des manifestations aphasiques est absolument artificielle et ne pourra rendre de services en clinique, tant qu'on ne possédera pas de notions précises sur le rôle physiologique des circonvolutions pariéto-temporales, que ni l'expérimentation, ni la clinique n'a pu élucider jusqu'à ce jour.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

De la nature du goitre épidémique, a propos de l'épidémie qui a sévi sur les troupes de la garnison de Belfort en 1877, par les docteurs Charles Viry et Eugène Richard, médecins-majors des hôpitaux militaires.

(Fin. — Voyez le numéro 29.)

II. *De la nature du goître épidémique.* — Pour peu qu'on parcoure les auteurs qui ont écrit sur le goître épidémique, on reste frappé du mystère qui entoure l'étiologie de cette singulière affection. On l'a attribuée aux causes les plus diverses et les plus banales, et nous ne dirons rien de nouveau en démontrant que l'épidémie dont nous nous occupons n'est attribuable à aucun des facteurs étiologiques invoqués jusqu'à ce jour pour rendre compte de la naissance du goître.

L'*eau* dont on fait usage à Belfort même est d'excellente qualité : elle n'a pas donné le goître à la population civile. Il est vrai que celle qu'on emploie dans les forts est pour le moins médiocre (1); mais pour les besoins de notre sujet il suffira de dire que les divers casernements font usage d'eaux de boisson de provenances variées, et que tous ont été visités par l'épidémie.

L'*air* que respiraient nos soldats n'a pas engendré le goître parmi les habitants de Belfort.

Les *occupations des hommes* et leur *alimentation* ont été, au moment de l'épidémie, ce qu'elles sont partout ailleurs dans l'armée.

Si les *efforts nécessités par l'action fréquente de monter* pour gravir des côtes doivent être regardés comme la cause du goître, pourquoi les malades ont-ils été plus nombreux dans la ville de Belfort que dans les forts élevés des environs?

L'*obligation du port du sac pour toutes les prises d'armes pendant les heures de factions* (Circulaire ministérielle du 15 mai 1877, *Journal militaire officiel*, 1er trim. 1877, partie réglementaire, p. 492) a coïncidé avec le début de l'épidémie, mais dans aucune autre garnison l'exécution des ordres du ministre n'a amené l'apparition d'une épidémie de goître.

Le *logement* des troupes à Belfort est constitué par des casernes en pierres, des baraques ou des casemates; dans tous ces genres d'habitations, nous avons observé des malades, sans pouvoir rien attribuer de spécial au mode du logement.

La *provenance des hommes* n'a eu aucune influence sur le

(1) Voyez dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaire*, 3e série, t. XXXIV, p. 611, une analyse et une appréciation de ces différentes eaux par M. Strohl.

---

bablement frapper un grand coup sur l'imagination des personnes qui seraient tentées de passer au tannérisme, émit un ordre du jour blâmant et condamnant la conduite de la demoiselle Hattie Devell. Nous n'osons toutefois affirmer qu'on trouvera cet ordre du jour peu sérieux dans les procès-verbaux de la Société.

L. H. Petit.

Aides d'anatomie. — Sont nommés aides d'anatomie titulaires à la Faculté, pour trois ans, à partir du 1er octobre 1881 : MM. Barette, Walther, Verchère, de la Personne, Leclerc, Pousson, Berne, Guinard; aides d'anatomie provisoires pour un an, à partir du 1er octobre 1881 : MM. Chaput, Clado, Tuffier, Damalis.

Dissections. — Le conseil de surveillance des hôpitaux, dans sa séance du 28 juillet, a voté que les deux tiers des sujets morts dans les hôpitaux serait attribué à la Faculté de médecine.

Concours du Bureau central. — Ont été nommés chirurgiens du Bureau central : MM. Kirmisson et Schwartz.

— MM. Albert Robin, Roques et Balzer ont été nommés médecins du Bureau central. Le jury, à l'unanimité, voulant donner à M. Barth un témoignage de satisfaction, exprime le désir qu'il soit inscrit au procès-verbal que M. Barth a obtenu le même nombre de points que MM. Roques et Balzer.

Clinique médicale. — Ont été nommés, après concours, chefs de clinique médicale : MM. Talamon et Josias; adjoint : M. Jean.

Clinique chirurgicale. — Ont été nommés chefs de clinique chirurgicale : MM. Duret et Henriet.

Clinicat ophthalmologique. — Le concours pour le clinicat ophthalmologique de la Faculté vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Bellouard, comme chef de clinique titulaires.

développement de la maladie, et nous avons eu autant de goîtreux parmi les soldats nés dans des pays où le goître est endémique que parmi ceux qui avaient été élevés dans les régions où il est inconnu.

Les partisans de la *doctrine des causes multiples* pour expliquer l'étiologie du goître ont groupé dans un faisceau toutes les influences nuisibles qu'on peut trouver réunies dans les localités atteintes. Cette doctrine, malgré la valeur de ses partisans, dit M. L. Colin (*Traité des épidémies*, Paris, 1879, p. 877), « satisfait moins la raison » que ne le fait l'hypothèse de l'influence d'un agent unique, et elle semble aujourd'hui abandonnée.

Nous sommes donc conduits à reconnaître que la multiplicité des causes auxquelles on a tour à tour rapporté l'apparition du goître épidémique masque en réalité une grande incertitude touchant l'étiologie vraie de cette maladie. Notre désir est, après avoir dégagé la question, comme nous venons de le faire, de toutes les discussions qui pourraient l'obscurcir, d'assigner au goître épidémique le rang que nous croyons lui appartenir en réalité dans le cadre nosologique.

En quoi la marche de l'épidémie que nous venons de décrire sommairement diffère-t-elle de la marche d'une maladie épidémique spécifique, *infectieuse*, nettement caractérisée? Dès 1876, l'épidémie de goître de Belfort s'annonce par des prodromes, elle se continue par une chaîne non interrompue de cas isolés jusque pendant l'été de 1877, où elle fait explosion; elle atteint son maximum au mois de juillet 1877, frappe alors simultanément plus de 900 militaires, irradie dans les environs, puis cesse après que les hommes sont sortis pendant plusieurs journées de leurs casernements, pour donner encore quelques signes d'existence pendant l'automne de 1878 et enfin fait une dernière poussée pendant l'été de 1879, poussée impuissante, car l'été se passe sans fournir un nouveau contingent quelque peu important de malades.

Une épidémie de rougeole, de variole, de choléra, de méningite épidémique, etc., eût évolué d'une façon semblable. A Belfort même, dans les mêmes casernements, nous avons été témoins d'une épidémie de stomatite ulcéro-membraneuse et d'une épidémie d'oreillons qui se sont comportées d'une manière analogue; et il est impossible de ne pas faire remarquer combien les épidémies d'oreillons, en particulier, sont voisines des épidémies de goître. Comme les oreillons, comme la rougeole, comme la fièvre typhoïde, etc., le goître épidémique se montre presque exclusivement au milieu des groupes d'hommes jeunes, c'est-à-dire là où les conditions de morbidité se trouvent réunies et portées à leur maximum. Les maisons de détenus et les pensionnats sont, aussi bien que les casernes, visitées par le goître épidémique : témoins, pour n'en citer que deux exemples, l'épidémie de la maison centrale de Riom, où, sur 800 détenus, plus du tiers furent atteints de goître, et l'observation de Fleury qui remonte à 1833, relative aux jeunes filles venant faire leur éducation dans les pensionnats de Clermont (*loc. cit.*, p. 282).

Les maladies infectieuses se montrent de préférence dans certaines saisons : le goître obéit à cette loi en faisant toujours des épidémies de printemps ou d'été.

Une fois le foyer épidémique créé, il est des individus qui résistent au goître comme aux autres maladies infectieuses : il y a là une prédisposition individuelle réelle, quoique difficile à préciser; mais les conditions d'alimentation, de profession, etc., viennent également jouer leur rôle pour faciliter ou empêcher l'action du principe toxique. N'est-il pas remarquable que, dans l'épidémie de Belfort, la section d'ouvriers d'administration n'ait pas eu un seul malade, que la compagnie du génie n'en ait compté que 4, bien que ces deux corps de troupe fussent logés à la caserne de l'Espérance, en plein centre d'infection? Il semble que les occupations des hommes et leur alimentation meilleure que celle des soldats d'infanterie les aient préservés; et pour expliquer la proportion plus grande des malades au fort de la Justice, ne peut-on pas invoquer, à titre de causes adjuvantes, l'exiguïté particulière des chambres et la fatigue résultant de la montée et de la descente fréquentes de pentes très raides? Ces particularités ne rappellent-elles pas, nous le demandons, celles qui sont propres au génie des maladies infectieuses types?

Tout le monde aujourd'hui est à peu près d'accord pour reconnaître l'identité de nature du goître endémique et du goître épidémique. En tout cas, il est au moins curieux de voir toujours les foyers de goître épidémique à proximité des localités où le goître est endémique : Briançon, Embrun et Mont-Dauphin sont situés dans les Alpes, la patrie du goître; Clermont-Ferrand et Riom, dans une zone du massif central où l'endémie goîtreuse est très intense; le goître endémique existe non loin de Nancy, où a régné l'épidémie si longue que nous avons rappelée plus haut; Colmar, Neuf-Brisach et Belfort sont bâtis au pied des Vosges. Il y a quelque trente ans, le goître endémique n'était pas inconnu dans la partie de la vallée de la Savoureuse, voisine du Ballon d'Alsace (1). Hors de France, on retrouve cette même coïncidence des foyers endémiques et épidémiques : c'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, qu'à Stuttgard, qui s'élève dans une région où le goître est endémique, on a observé en 1824 et en 1833 deux épidémies de goître aigu dans le même orphelinat. Un grand nombre de maladies infectieuses ont aussi leurs foyers d'endémicité d'où elles irradient pour donner naissance à des épidémies, lorsqu'elles trouvent pour l'expansion de leurs germes des véhicules et des terrains favorables. La proximité des foyers de l'endémie goîtreuse et du goître épidémique impose l'idée d'une relation immédiate, d'une filiation entre les deux modes d'apparition de l'hypertrophie thyroïdienne, et l'identité de ces deux formes est un argument de plus en faveur de la nature spécifique du goître épidémique. M. Baillarger, de son côté, dans son remarquable rapport sur le goître (*Enquête sur le goître et le crétinisme. Rec. des travaux du comité consultatif d'hygiène de France*, t. II, 1873), déclare que « le goître épidémique ne doit pas être distingué du goître endémique ordinaire », et admet pour ce dernier une origine *toxique*.

Cette idée de la *nature infectieuse* du goître n'est pas nouvelle : émise pour la première fois par de Humboldt, elle a été acceptée depuis par beaucoup de bons esprits et elle a pour elle l'autorité de Hirsch, dont personne ne méconnaîtra la compétence en pareille matière. Voici comment s'exprime l'auteur de la *Pathologie historique et géographique* (A. Hirsch, *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*. Erlangen, 1860, t. I, p. 453) : « Dans toute cette étude du goître et du crétinisme, un observateur non prévenu ne pourra s'empêcher de reconnaître que ces deux affections qui ont entre elles de liens de parenté très étroits, présentent l'analogie la plus complète avec les maladies qu'on désigne sous le nom d'infectieuses et dont la cause réside dans un agent spécifique. C'est sur cette conception que repose la théorie qui attribue le goître et le crétinisme à un miasme spécial dont l'éclosion est favorisée par certaines influences locales et probablement telluriques : on trouve l'analogue de ce miasme dans les autres miasmes telluriques, celui de la fièvre paludéenne, de la fièvre jaune, etc.; son action est aidée par les nombreuses causes occasionnelles que nous venons de passer en revue. Ce miasme agit profondément sur chaque individu atteint, et à la longue laisse sa fatale empreinte à des générations entières. Cette théorie, dont l'auteur est Humboldt, à ce que je crois, a été adoptée par Gugger, Schaussberger, Virchow, Moretin, Vingtrinier, Morel, Berhowsky, Bramley, etc.; elle est purement basée sur une analogie, il est vrai, mais elle cadre si bien avec tous les faits que présente l'histoire du goître et du crétinisme, elle rend si bien compte de leur pathogénie et de leur étiologie qu'elle réunit toutes les conditions d'une hypothèse légitime. Quant

(1) Ce renseignement nous a été fourni par feu le docteur Benoît (de Giromagny).

à ce qui est de savoir si ce miasme est de nature organique, si son véhicule est l'air ou l'eau, et pour tout ce qui concerne les questions de ce genre, nous renverrons le lecteur aux travaux de Vingtrinier (*Du goître dans le département de la Seine-Inférieure et Rouen*, 1854) et de Moretin (*De l'étiologie du goître endém.*, thèse de Paris, 1854) dont le premier admet la nature inorganique, le second la nature organique de l'agent toxique. »

Nous adoptons avec Moretin l'hypothèse d'un miasme organisé, d'abord parce qu'elle rend mieux compte de tous les faits, et ensuite parce que seule elle nous met à même d'expliquer les particularités de l'épidémie de Belfort, dont il nous reste à parler et qui nous permettent d'affirmer, les premiers parmi ceux qui ont écrit sur le goître, que cette maladie est *transmissible d'homme à homme, c'est-à-dire contagieuse, et qu'elle doit être rangée, par conséquent, parmi les maladies infecto-contagieuses*. C'est à la démonstration de cette donnée importante que nous consacrerons les dernières pages de ce chapitre.

Si l'on veut bien se rappeler l'apparition successive du goître dans les divers casernements de Belfort et des environs, on sera amené à reconnaître que la marche de l'épidémie a été celle de la majeure partie des épidémies de maladies contagieuses.

Elle débute au lycée. Le lycée de Belfort est un bel et vaste établissement, admirablement situé sur une hauteur, dans d'excellentes conditions hygiéniques et bâti depuis quelques années seulement. Il se peut, quoique rien ne le démontre, que le germe de la maladie ait été apporté là par les nombreux élèves venus des Vosges alsaciennes. Quoi qu'il en soit, un certain nombre de ces élèves vont, deux fois par semaine, prendre des leçons d'équitation au quartier de cavalerie, qui, atteint après le lycée, transmet la maladie à la portion du 42e logée dans un casernement contigu à celui des chasseurs à cheval. Les relations entre compagnies d'un même régiment sont de tous les instants, et le 42e tout entier ne tarde pas à être contaminé. Mais ce régiment a des casernes multiples : outre les locaux qui touchent le quartier de cavalerie, il occupe une partie de la caserne de l'Espérance et une baraque du camp retranché; par ces deux points, il infecte le 35e de ligne, le train des équipages et la compagnie du génie. Pendant ce temps, les infirmiers logés à l'hôpital, où entrent seulement quelques goîtreux, n'ont pas un seul malade.

Mais ce n'est pas tout. Plus les forts sont voisins de la ville, plus leurs communications avec le foyer épidémique sont nombreuses et fréquentes, plus grand est le nombre des malades qu'ils renferment. La Justice, la Miotte, le Château sont les forts les plus maltraités, car à toute heure du jour des hommes vont et viennent entre ces forts et les casernements urbains. Une compagnie arrive du fort de Roppe au fort des Perches, comptant à peine quelques goîtreux : peu de temps après que son rapprochement de la portion centrale du régiment a multiplié les points de contact avec la caserne de l'Espérance, elle présente un grand nombre d'hommes porteurs de goître.

Les hommes logés à Roppe n'ont qu'un faible contingent de malades : une compagnie quitte Roppe pour se rendre à Belfort et bientôt les goîtreux sont nombreux dans cette compagnie. Mais le fait le plus probant en faveur de la transmissibilité du goître d'homme à homme nous a été fourni par l'observation faite au fort du Salbert : nous l'avons déjà relatée : deux compagnies du 42e occupant ce fort depuis plusieurs mois n'avaient pas un seul goîtreux, alors que les compagnies du même régiment casernées à Belfort même en comptaient chacune jusqu'à 25 et 30 : au moment où l'épidémie sévit avec le plus de vigueur, une de ces compagnies descend en ville et est remplacée par une compagnie dont le tiers de l'effectif est malade : au bout de dix jours, dix-sept soldats ont le goître, dans la compagnie qui n'a pas quitté le fort et qui était restée indemne jusqu'à l'arrivée de la compagnie infectée. N'y a-t-il pas là comme une preuve expérimentale rigoureuse de la transmissibilité du goître? N'est-il pas frappant, d'autre part, que le fort de Giromagny, dont les relations avec Belfort sont les moins faciles, ne compte que six malades? Et que dire de cette autre particularité au moins singulière? Le fort de Mont-Vaudois est situé à égale distance de Belfort et de Montbéliard : le 21e bataillon de chasseurs à pied, qui occupe cette dernière ville, n'a pas de goîtreux, tandis que la garnison du Mont-Vaudois, qui est fournie par les corps de troupe de Belfort et a avec eux des relations de service, enregistre plusieurs cas de goître.

Dans la population civile le goître n'a atteint que deux personnes : une jeune fille, dont la famille habitait le camp retranché et dont le père avait des rapports continuels de service avec les hommes de troupe, et le fils d'un officier supérieur qui demeurait loin des casernes, mais chez lequel (il était commandant d'armes) des militaires des régiments atteints venaient chaque jour en grand nombre. En dehors de ces deux cas, dont la filiation se rattache si nettement à l'épidémie des casernes, il n'y a pas eu dans la ville un seul exemple de goître aigu.

Des deux officiers frappés par l'épidémie l'un demeurait en plein foyer, et l'autre, attaché à l'habillement, semble avoir été contaminé par les effets des hommes (1) en même temps que le sous-officier garde-magasin.

Lorsqu'un sous-officier devenait malade, il était rare qu'un ou plusieurs de ses camarades de chambre ne fussent pas atteints les jours suivants. En outre, et surtout au début de l'épidémie, les soldats malades se trouvaient toujours groupés dans les mêmes chambrées, et d'ordinaire un goîtreux avait au moins un voisin goîtreux. Nous nous sommes particulièrement appliqués à vérifier la réalité de ces faits dans toutes nos visites de santé que nous avons toujours passées dans les chambres, les hommes étant rangés chacun au pied de son lit, et nos notes sont on ne peut plus précises à cet égard.

Mais, nous dira-t-on, assimiler le goître aux maladies infecto-contagieuses, démontrer même que le goître est transmissible de l'homme à l'homme, ce n'est pas beaucoup avancer la question, c'est changer simplement l'énoncé du problème; il faudrait, pour prouver que le goître est dû à un principe toxique, nous faire voir et toucher le poison.

A cela nous répondrons : Connaît-on le ferment de la fièvre typhoïde, de la variole, du typhus, de la peste? Et pourtant qui oserait affirmer qu'il est indifférent de savoir que ces affections sont d'origine zymotique et de nature contagieuse? La prophylaxie des maladies épidémiques, pour ne parler que du point de vue le plus pratique, ne se fonde-t-elle pas sur la connaissance de leur vraie nature?

Ranger le goître parmi les maladies infecto-contagieuses, c'est dire, nous le répétons, que l'agent causal de cette maladie est un germe animé et c'est indiquer la voie dans laquelle on devra rechercher à l'avenir l'étiologie véritable des endémies et des épidémies de goître.

Nous n'ignorons pas cependant qu'un de nos maîtres écrivait il y a peu de temps : « Aujourd'hui même, je ne crois pas qu'on puisse définir les germes spécifiques d'une manière plus précise qu'en disant qu'ils sont des particules de matière organique, détachées d'un malade s'il s'agit d'un virus, d'un foyer d'infection si c'est un miasme. Prétendre que ces particules sont animées, c'est faire une hypothèse. » (L. Colin, *loc. cit.*, p. 81.) « Mais, a dit déjà à ce sujet l'un de nous, en exprimant ainsi nos idées connues, faire des hypothèses est-ce donc chose interdite dans les sciences d'observation? N'est-ce point à des hypothèses que la physique et la chimie sont redevables de leurs plus grands progrès, et quelle hypothèse rend mieux compte de tous les faits que celle des germes animés? Car enfin, sans parler du parasitisme bien

(1) Il y eut à cette époque un nettoyage complet du magasin et des effets ayant servi aux réservistes.

établi du charbon, du typhus à rechute et probablement de l'infection purulente (1), quelle supposition autre que la nature animée des germes explique mieux l'incubation, la transmission par une petite parcelle du contage, l'existence des formes graves et abortives des mêmes maladies, la réceptivité individuelle variable suivant le terrain, la longue conservation des contages et leur éclosion subite sous l'influence des causes banales? » (C. Viry, *Compte rendu bibliographique*, in *Revue médicale de l'Est*, 1879, t. XI, p. 760.)

Nous pensons donc, après avoir observé l'épidémie de goître la plus intense qui ait jamais été décrite, et après avoir laissé au temps le soin d'affermir dans nos esprits le résultat des remarques que nous avons faites au moment même de l'observation, pouvoir conclure : 1° *que le goître épidémique est une maladie infectieuse;* 2° *que de plus, il est transmissible de l'homme à l'homme, et doit être classé par conséquent parmi les maladies infecto-contagieuses;* 3° *que son agent étiologique est un germe animé.*

III. *Déductions pratiques.* — Le goître épidémique ne menace pas la vie des malades, mais son apparition dans un corps de troupe n'en présente pas moins des inconvénients sérieux : il rend indisponible un certain nombre d'hommes, il entrave l'instruction, il nécessite des congés de convalescence, il peut être cause de réformes; aussi, lorsqu'il se manifestera, il sera indiqué de prendre les mesures suivantes, qui sont l'application pratique de l'idée que nous nous faisons de la nature du goître épidémique :

1° Lorsqu'il y aura menace d'épidémie, on devra redoubler de soins pour améliorer l'ordinaire, pour assurer une bonne aération des logements et pour diminuer l'encombrement, ce fléau que les médecins militaires ne sauraient jamais trop combattre, comme étant la cause principale de la morbidité des troupes. Les exercices, dans le même but, devront avoir lieu loin des casernements.

2° Dans les garnisons dans lesquelles le goître épidémique est fréquent, les médecins des corps feront bien d'apporter à la recherche de cette maladie un soin tout particulier. Lorsqu'ils auront découvert un goîtreux, il conviendra de l'isoler et mieux encore de l'éloigner en lui faisant obtenir un congé de convalescence.

3° Pendant le cours d'une épidémie, il sera prudent de demander que le corps de troupes infecté ne reçoive aucun contingent nouveau (recrues, réservistes, hommes de l'armée territoriale), et que les communications avec les corps non contaminés soient interceptées, autant que possible.

4° Les changements de casernements, qui auraient pour but de rapprocher des fractions de corps indemnes, de compagnies ayant des malades devront être ajournés.

(1) Il faut ajouter aujourd'hui le choléra des poules.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Les alcaloïdes dérivés de la désassimilation des matières albuminoïdes.

Les articles relatifs aux *ptomaïnes*, publiés dans la *Gazette hebdomadaire* des 1er et 15 juillet, réclament une rectification. Je pense d'ailleurs que les lecteurs de la *Gazette* pourront trouver dans les quelques lignes qui vont suivre des éclaircissements nouveaux sur une question qui présente encore quelque obscurité, mais qui permet déjà de pénétrer profondément dans l'intimité de la vie des tissus.

Que la découverte des alcaloïdes dus à la putréfaction des matières albuminoïdes ait été faite un peu plus tôt ou un peu plus tard, par Selmi ou par moi, il importe peu. En tous cas, elle a été faite à peu près à la même époque en partant de deux points de vue différents. Sur ce point d'histoire, voici du reste la propre appréciation de Selmi extraite de la lettre qu'il vient d'envoyer au *Journal d'hygiène* et qui juge ce débat (*Journal d'hygiène*, p. 306, 30 juin 1881) :

« Au cours de ces recherches, j'ai présenté à l'Académie des sciences de Bologne et à l'Académie dei Lincei de Rome diverses notes sur les bases toxiques qui se forment par la putréfaction de l'albumine à basse température et à la température du corps humain, *en rappelant que la première constatation d'alcaloïde se formant par la putréfaction de l'albumine a été faite par M. Armand Gautier*, qui à ce moment n'a pas semblé cependant y attacher une grande importance. »

Qu'ai-je dit moi-même dans la note qui a paru quelques jours auparavant (14 juin 1881) au *Bulletin de l'Académie de médecine?*

« Les observations que nous faisions, Selmi et moi, en 1872, sur la production d'alcaloïdes durant la putréfaction ont été, non seulement *contemporaines*, mais ont eu deux points de départ indépendants. A l'occasion d'expertises médico légales, Selmi découvrait à cette époque que les cadavres exhumés peu de temps après la mort pouvaient contenir des alcaloïdes vénéneux fixes et volatils, dus à leur décomposition spontanée. La même année, au cours de mes recherches *sur les transformations des matières albuminoïdes, et spécialement de la fibrine du sang, en albumine*, j'observais aussi la formation d'alcaloïdes vénéneux durant la putréfaction de chacune de ces substances. J'annonçai ce fait important à mon cours de la Faculté de médecine en même temps que j'en insérai la mention dans mon *Traité de chimie physiologique*, paru en 1873 (1). ... L'indépendance de nos recherches ne saurait donc faire de doute. *Je pense même avoir été le premier à reconnaître que ce sont exclusivement les matières protéiques qui donnent naissance aux alcaloïdes cadavériques, car ce n'est qu'en 1876 que Selmi, cherchant quelle est la véritable origine des ptomaïnes, soumit isolément les matières albuminoïdes à la putréfaction à l'abri de l'air* (2). »

On voit que je suis moins explicite que Selmi lui-même relativement à mes droits de priorité à l'observation fondamentale de la production d'alcaloïdes par le dédoublement des albuminoïdes; or comment M. Zuber présente-t-il cette découverte?

Il dit, page 413 : « Il *semble*, toutefois, que la même question ait préoccupé simultanément le savant italien (Selmi) et A. Gautier. » Et page 410 : « Dès 1876, Selmi fut préoccupé de la question de savoir d'où provenaient ces corps singuliers (les alcaloïdes). Acceptant l'*opinion* formulée en 1873 par A. Gautier, il en chercha l'origine dans la putréfaction des substances protéiques. »

Était-ce des opinions que j'avais formulées ou des faits assez bien étudiés pour que je les aie rattachés dès l'origine à leur véritable cause? « Le nom de ptomaïnes, dit M. Zuber, page 409, a été donné par le professeur Selmi à des substances basiques très analogues aux alcaloïdes végétaux *découvertes par lui* dans les cadavres exhumés. » Or, sans contester le mérite très grand et les droits de Selmi, je demande qu'est-ce qui constitue le point essentiel de la découverte des alcaloïdes d'origine animale? Est-ce l'extraction de substances alcalines toxiques des matières putrides? Mais avant Selmi et moi, comme le rappelle du reste M. Zuber, Bergmann et Schmiedeberg avaient, en 1868, affirmé l'existence d'un alcaloïde dans les produits septiques; en 1869, Züelzen et Sonnenschein avaient retiré du pus putride un alcaloïde qu'ils ne confondaient pas avec la sepsine et qu'ils comparèrent à l'atropine; en 1860, Calvert avait annoncé qu'il se fait des alcaloïdes volatils sulfurés et phosphorés lorsque des poissons entiers sont mis à putréfier; enfin, J. Oser, en 1868, avait retiré des produits de la fermentation du sucre par la levûre de bière purifiée, un alcaloïde répondant à la formule $C^{13}H^{20}Az^{4}$.

Nous n'étions donc pas les premiers, M. Selmi ni moi, à dire qu'il se faisait des alcaloïdes au cours de la putréfaction et des fermentations ordinaires. Mais pour tout chimiste l'idée maîtresse, le germe fécond des travaux à venir, *fut de rattacher ces alcaloïdes au dédoublement des matières albuminoïdes elles-mêmes*, et cette idée m'appartient en propre, car ce n'est qu'en 1876 que Selmi en vérifia l'exactitude. »

Ce ne fut pas une *opinion*, une opinion simplement préconçue,

(1) Il parut en 1873, quoique l'éditeur voulut qu'on le datât de 1874.

(2) Jusques en 1876 Selmi avait toujours recherché les alcaloïdes nouveaux dans les cadavres exhumés. On lui objectait que ces substances pouvaient provenir des matières végétales restées dans l'estomac et l'intestin, des médicaments, de la bile qui, on le sait, contient de la névrine lorsqu'elle se putréfie; que c'était peut-être des amides, des pseudo-alcaloïdes, formés dans les derniers jours de la vie, au cours de l'agonie, etc., autant d'objections auxquelles mes expériences faites, en 1873, avec des matières albuminoïdes pures avaient déjà répondu.

mais le résultat de mes observations sur les dédoublements et les transformations réelles des albuminoïdes par les ferments putrides, transformations que je rapprochais de celles qui se passent dans l'intimité de nos tissus.

J'attachais une grande importance à ces recherches, mais débordé par d'autres occupations, je me résolus à les donner pour sujets de travaux à mes élèves. Ils se laissèrent devancer par le professeur de Bologne, et je ne le regrette pas. Selmi, tout en y gagnant un nom justement célèbre, a enrichi la science toxicologique de faits nombreux, et appelé par ses multiples publications l'attention des médecins légistes sur une question obscure où ils étaient avant lui exposés à ne rencontrer que l'erreur.

Je n'ai jamais manqué l'occasion de faire connaître en France ses travaux, mais aussi de rétablir la vérité des faits chaque fois que cette question s'est présentée devant moi. En 1878, au Congrès international d'hygiène, M. Pietra Santa disait, à propos de la crémation (*Comptes rendus du Congrès*, t. II, page 265) : « Or, il s'est produit en Italie un fait considérable ; c'est la découverte du professeur Selmi, de Bologne, relative aux alcaloïdes cadavériques. Il prouve qu'à un moment donné le fait même de la putréfaction donne naissance à des alcaloïdes *qui ont les mêmes caractères que la digitaline et les autres poisons végétaux.* » Et, en effet, à cette époque les travaux publiés en Italie permettaient d'avoir des doutes dans ce sens. Je répondais aussitôt (p. 266) : « Certainement il se fabrique des alcaloïdes dans la putréfaction, et la découverte n'en est pas nouvelle, (je l'avais annoncée au tome Ier de mon *Traité de chimie physiologique*); mais ce sont surtout des alcaloïdes volatils. Or quels sont les alcaloïdes volatils essentiellement vénéneux qui se produisent ainsi? Il en est un surtout qui *a des analogies et aussi des différences avec la conicine... Nous sommes toujours en mesure de rechercher et de caractériser les alcaloïdes vénéneux dont on fait habituellement usage dans les empoisonnements...* Je dois dire, et je ne l'ai pas nié, qu'il se forme, en effet, pendant la putréfaction des alcaloïdes fixes qui ont des analogies avec la morphine et avec l'atropine, et mieux avec quelques composés alcalins retirés des champignons. Aussi, crois-je pouvoir dire que ces alcaloïdes, produits de la putréfaction *ne sauraient être confondus avec les alcaloïdes oxygénés qui sont ceux qu'on emploie d'ordinaire criminellement.* »

Ainsi dès cette époque, me fondant sur mes observations antérieures, non seulement je niais fermement l'identité des alcaloïdes cadavériques avec les alcaloïdes végétaux proprement dits (1) (opinion qui était loin d'être admise par l'école de Selmi), mais encore je rapprochais ces alcaloïdes cadavériques de la muscarine, observation que j'ai depuis confirmée par de nouvelles recherches (2).

Toutefois l'importance que j'entrevoyais à ces études se rattachait à un tout autre ordre d'idées que celles qui ont préoccupé Selmi. L'illustre savant italien s'est toujours placé au point de vue de la médecine légale ; les recherches toxicologiques ont été son point de départ et son but. Certes, ce point de vue ne manque ni d'intérêt ni d'applications pratiques, mais, j'attachais une plus vive attention et une bien autre importance au phénomène physiologique. Puisque, me disais-je, des alcaloïdes se produisent d'une manière certaine par le dédoublement des albuminoïdes, grâce au ferment putride, pourquoi les mêmes corps ne se produiraient-ils pas dans l'organisme vivant? Car nous ne sommes qu'une agglomération de cellules, vivant sans doute à la façon des ferments, et quoique en apparence pénétrés d'oxygène de toute part, *la vie des tissus est par un côté anaérobie.*

C'est là une opinion à peu près niée aujourd'hui par tout le monde, et dont je vais tâcher de donner, le premier je crois, la démonstration expérimentale.

Prenons pour cela l'une des célèbres expériences de Pettenkofer et Voit sur la combustion animale.

Un de leurs chiens, mis en observation, absorbe par jour en oxygène :

Oxygène emprunté à l'air.	477	grammes
Oxygène de l'eau totale des aliments et boissons.	1012	—
Oxygène des aliments secs.	77	—
Total de l'oxygène absorbé par l'animal.	1566	grammes

D'autre part, et dans le même temps, ce chien excrétait par les poumons, les urines, la peau, etc.

Oxygène total excrété. . . . . 1599 grammes.

Si l'on déduit des 1599 grammes d'oxygène excrétés les 1012 grammes reçus à l'état d'eau et qui n'ont pas évidemment provoqué de combustion, il reste $1599 - 1012 = 587$ grammes d'oxygène dans toutes les autres excrétions.

Or, l'animal n'ayant reçu par l'air que 477 grammes d'oxygène, et en excrétant 587, la différence $587 - 477 = 110$ grammes provient de la combustion autonome des aliments et des tissus passant à l'état d'acide carbonique, d'eau, d'urée, etc., sans l'aide d'aucun apport d'oxygène extérieur.

Ainsi, pour résumer, sur 587 grammes d'oxygène se trouvant dans la totalité des excrétions (l'oxygène de l'eau entrée et sortie étant toujours déduite) 477 proviennent de l'air et 110 sont fournis par la matière organique elle-même, ce qui veut dire que les 4/5e environ de nos combustions internes sont de véritables fermentations aérobies comparables à l'oxydation de l'alcool sous l'influence des *Mycoderma vini* ou *aceti*, mais qu'un cinquième de ces dédoublements et de ces combustions désassimilatrices se produit au dépens des tissus eux-mêmes, sans nul recours à l'oxygène étranger, en un mot que cette partie notable des tissus *vit à la façon des ferments anaérobies* (1).

Si donc la vie intime de ces parties des cellules animales groupées en tissus est semblable, par la façon dont elle s'assimile puis désassimile la matière nutritive ou fermentescible, à la vie des ferments anaérobies qui n'en diffèrent que parce que leurs cellules sont aptes à vivre isolément, nous devons, dans les produits d'excrétions, observer les substances mêmes que l'on retrouve dans les fermentations anaérobies des matières albuminoïdes, c'est-à-dire dans les fermentations putrides. En effet, nous trouvons dans les produits d'excrétion de l'organisme les acides acétique, butyrique, lactique, succinique, phénylacétique, phénylpropionique, les acides gras supérieurs, le phénol, l'indol, le scatol et quelques dérivés; la xanthine, la sarkine, l'acide carbonique, l'ammoniaque, l'urée, l'azote, l'hydrogène sulfuré, etc. Or, *tous ces produits sont ceux-là mêmes que l'on a retrouvés* jusqu'ici dans les fermentations putrides (2).

Ainsi, non seulement une part notable de nos tissus se détruit sans accès d'air nécessaire, *mais elle donne ainsi les produits mêmes de la putréfaction normale.* Et dès lors comment ne pas arriver à conclure que les alcaloïdes de la fermentation putride doivent se retrouver nécessairement dans nos produits d'excrétions normales puisque tous les autres dérivés s'y retrouvent sans exception?

C'est lorsque j'ai envisagé la question sous ce point de vue que ce problème de physiologie générale m'a vivement intéressé. J'ai montré depuis, qu'en effet, dans les urines normales, la salive mixte, le sperme humain, le venin des serpents etc., les alcaloïdes dits de la putréfaction existaient avec leurs propriétés caractéristiques, chimiques et physiologiques; que leur production semble, comme le fait prévoir la théorie, une condition nécessaire de la vie normale des tissus, et que peut-être de leur formation exagérée au cours des maladies, ou de leur rétention dans l'organisme, peuvent résulter ces graves accidents morbides dont on n'a pu jusqu'ici connaître avec certitude les causes immédiates (3).

(1) Ce qui a fait tomber dans cette erreur involontaire, c'est qu'à cette époque je semblais douter de l'existence même des alcaloïdes nouveaux, alors qu'en 1873, j'en avais préparé les sels et avais comparé leurs réactions à celle des alcaloïdes ordinaires.

(2) On voudra bien remarquer combien, jusqu'à cette année, je suis resté impersonnel, si je puis dire ainsi, dans celle question. Je me suis borné au *Congrès d'hygiène* et à l'*Académie de médecine* à rappeler mes droits lorsqu'ils étaient méconnus. Je me suis borné à enregistrer d'un mot cette découverte dans mon *Traité de chimie*. Au *Dictionnaire* de Wurtz, à l'article Putréfaction, je l'ai rappelée sans l'attribuer à personne, et j'y ai décrit l'une des méthodes qui m'avait servi, en 1873, à extraire ces alcaloïdes (méthode toute différente de celle de Selmi) sans même indiquer que cette méthode m'appartenait.

(1) L'acide carbonique expiré paraît correspondre en grande partie à la vie aérobie des tissus; la plupart des autres produits d'excrétion à la vie anaérobie. C'est après le sommeil que l'animal est plus particulièrement anaérobie et consomme plus d'oxygène qu'il n'en reçoit.

(2) On sait que l'urée n'est que du carbonate d'ammoniaque moins de l'eau.

(3) M. Zuber dit, à propos de ce point de vue : « C'est, comme on le voit, la théorie des microzymas retournée ». Je ne vois pas, pour ma part, l'analogie, même retournée, entre ces granulations que l'on trouve partout, et que l'on a douées d'une puissance hypothétique énorme, engendrant les diastases de l'économie, d'après M. Béchamp, et les alcaloïdes ou les corps extractifs vénéneux, substances chimiques bien réelles, souvent bien définies chimiquement, que l'on extrait des produits normaux d'excrétion, et non des microzymas.

En résumé, je pense que j'ai été le premier à affirmer et à établir expérimentalement ces deux points principaux :

La destruction des matières albuminoïdes par les ferments putrides est la source des alcaloïdes dits cadavériques.

La vie normale des tissus chez les animaux supérieurs est anaérobie pour une large part. Elle devient ainsi la source d'alcaloïdes et de corps neutres souvent vénéneux que j'ai signalés à cette heure dans les urines, la salive, le sperme, les venins.

L'avenir dira si cette dernière proposition comporte des progrès pour la physiologie et la pathologie générales.

A. GAUTIER.

RÉPONSE.

Je n'ai que peu de choses à répondre à la note de M. Gautier, plus compétent que moi en pareille matière. La question de priorité est en elle-même un peu secondaire, et le lecteur trouvera dans les citations ci-dessus et dans celles de mon article, les éléments d'un jugement impartial. Je ferai remarquer simplement que la deuxième proposition formulée par M. Gautier se rapporte plutôt à la *physiologie générale* et sortait par conséquent du cadre que je m'étais tracé. Ce point de vue (appuyé sur des faits, cela va sans dire) a une très grande portée scientifique ; il mérite qu'on s'y arrête, il provoque des méditations, mais il était tellement nouveau lors de la rédaction de l'article du 1er juillet, que je me suis contenté de le signaler, me réservant d'y revenir lorsque la question serait plus mûre. Ce faisant, j'étais loin de prévoir que j'éveillerais les susceptibilités de l'auteur.

C. ZUBER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

SUR QUELQUES POINTS RELATIFS A L'IMMUNITÉ CHARBONNEUSE. Note de M. *H. Toussaint*. — L'auteur examine les questions quant à la *durée* de l'immunité et quant à l'*hérédité*.

Au point de vue de la durée, je puis dire que le charbon se comporte comme les autres maladies qui ne récidivent pas. La durée de l'immunité du charbon est en raison directe de la gravité de la première attaque, ou, si l'on veut, de l'énergie du vaccin, et en raison inverse de la résistance des animaux. Voici les faits qui le démontrent. Au mois d'août 1880, des agneaux de dix et de vingt mois, ainsi que des brebis vieilles, reçurent une même quantité d'un vaccin très énergique, je devrais dire trop, car il tua trois des cinq agneaux mis en expérience et un des antenais ou agneau de vingt mois. Chez tous les jeunes animaux qui ont survécu, ainsi que chez les brebis, les phénomènes produits par l'inoculation furent graves, mais tous ont gardé leur immunité jusqu'à ce jour, les brebis même l'ont conférée à leurs agneaux.

A la même époque, des antenais et des brebis âgées ont reçu un autre vaccin beaucoup plus atténué. L'action produite, très faible chez les brebis, s'est montrée plus forte chez les antenais. Un mois après la vaccination, une première inoculation de sang charbonneux a été faite à tous ces animaux (six antenais et dix brebis); tous ont résisté, mais une nouvelle inoculation faite à quelques brebis quatre mois après les a tuées. Les antenais, au contraire, ont gardé leur immunité et la possèdent encore.

L'hérédité est acquise à l'agneau. Sept brebis vaccinées aux mois de mai, juillet et août 1880 ont été conservées jusqu'à ce jour et mises au troupeau après les premiers essais. Les sept agneaux qui en proviennent, inoculés dans le premier mois de leur naissance, ainsi que les mères, n'ont montré aucun symptôme morbide. Ce résultat me paraît important au point de vue de l'immunité, car il montre qu'il suffirait d'inoculer les femelles pour obtenir des troupeaux indemnes. Il n'est pas nécessaire d'inoculer les mères pendant la gestation pour obtenir l'immunité. Tous les cas que je viens de citer se rapportent à des brebis vaccinées deux ou trois mois avant la conception, et qui n'ont pas été inoculées pendant la gestation. C'est donc une propriété vraiment héréditaire qui peut devenir un caractère de race.

EXPÉRIENCES TENTÉES SUR LES MALADES ATTEINTS DE FIÈVRE JAUNE AVEC L'ACIDE PHÉNIQUE, LE PHÉNATE D'AMMONIAQUE, ETC. Note de M. *de Lacaille*. — La médication a été instituée à Rio-Janeiro sur douze cas de fièvre jaune ; deux malades, dans un état grave, ont guéri.

« Quant aux autres cas, dit l'auteur, ils ont été si vite hors d'affaire que *je me demande, malgré ma longue pratique, s'ils ont eu réellement la fièvre jaune*. Appelé à la période d'incubation, le triomphe était aisé. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des épidémies observées en 1880 dans les départements du Calvados, de la Haute-Marne et do l'Indre (*Commission des épidémies*) ; 2° une demande faite par M. le docteur Eustache (de Lille), pour obtenir l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale à Lamalou-le-Centre (*Commission des eaux minérales*) ; 3° la formule d'un médicament présenté sous forme de goudron par M. Micault (de Clermont-Ferrand (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*).

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, de la part de M. le docteur F. Willard (de Philadelphie), des brochures intitulées : *Hip-injuries, including hip-joint disease, and fractures of the femoral neck, splint for*, et *Hip-joint disease ; death in early stage from tubercular meningitis*.

M. *Rochard* présente, au nom de M. le docteur Vantalon, médecin de 1re classe de la marine, un *Rapport sur la vaccination en Cochinchine pendant l'année* 1880 (*Commission de vaccine*).

DÉCÈS DE M. ARMAND MOREAU. — M. *Sappey* donne lecture du discours qu'il a prononcé vendredi dernier aux obsèques de M. Armand Moreau, son collègue dans la section d'anatomie et de physiologie. Après avoir fait remarquer que « ceux qui font partie de l'Académie depuis quinze à dix-huit ans seulement ont eu la douleur de voir disparaître dans ce laps de temps plus de la moitié de ses membres », il rend hommage en termes émus aux qualités de bienveillance et de cœur de son regretté collègue ; puis, ayant rappelé l'amitié qui unissait celui-ci à Claude Bernard, il insiste sur l'importance et la signification de ses travaux spéciaux, que la *Gazette* a indiqués dans le précédent numéro. Ce discours est accueilli par des marques unanimes d'assentiment.

EAUX MINÉRALES. — M. *Bouis* donne lecture du rapport annuel sur le service médical des eaux minérales en France pendant l'année 1878.

A cette époque, l'Exposition universelle de Paris permit à notre pays de montrer, dans un pavillon spécial occupé par cent dix exposants, toutes les richesses hydrominérales de notre pays ; le rapport insiste sur ce fait et regrette qu'on n'ait pu utiliser cette occasion pour installer quelque part un musée hydrominéral. Aucun travail hors ligne n'est parvenu à la Commission ; mais, comme d'ordinaire, un certain nombre de rapports intéressants ont été envoyés, pour lesquels le rapporteur propose des récompenses qui ne doivent être divulguées qu'à la séance annuelle. Il sollicite enfin de M. le ministre l'allocation de quelques instruments et de subsides pour entretenir et créer des observatoires météorologiques dans les stations thermales, ainsi que des laboratoires élémentaires de chimie, analogues à ceux des hôpitaux, et mis à la disposition des médecins, « afin de suivre la marche de certaines maladies en faisant rapidement les analyses des divers liquides de l'économie. »

RAGE. — L'Académie s'est égayée quelques instants aux dépens d'un des nombreux inventeurs de remèdes secrets et nouveaux dont l'administration supérieure lui renvoie les épîtres et les échantillons ; il s'agit cette fois-ci d'une personne (son nom ne fait rien à l'affaire) qui, ayant fait transmettre sa demande d'examen le 1er mars dernier, s'est étonné de n'avoir pas encore reçu de réponse.

Sur la demande de M. le ministre de l'instruction publique

M. *Bouley* a dû présenter un rapport. Le mémoire en question avait pour titre : *Du principe de la rage et de ses moyens de guérison ;* le savant inspecteur des services vétérinaires avait toute compétence pour exercer sa verve spirituelle et si pleine de bons sens contre les fantaisies d'un mémoire « tout spéculatif, sur lequel l'Académie ne peut formuler un avis » ; et qui ne rappelait au fond que la vieille théorie faisant procéder la rage de la continence forcée du chien ; il s'est borné à donner lecture de quelques-unes des phrases de son mémoire, et c'est à qui voterait des deux mains pour partager l'opinion du rapporteur.

Vaccination charbonneuse. — Encore une nouvelle et éclatante confirmation de la découverte de M. Pasteur concernant la méthode d'atténuation des virus et leur transformation en vaccins. On n'a pas oublié les expériences à jamais célèbres de Pouilly-le-Fort, non plus que les expériences tentées quelques jours après à l'Ecole vétérinaire d'Alfort et à la ferme de Vincennes. M. *Boutet*, vétérinaire à Chartres et membre correspondant national de l'Académie, vient faire connaître les faits suivants : à la suite d'une invitation directe du Conseil général d'Eure-et-Loir, le préfet de ce département constitue le 10 juin dernier une commission qui le 16 juillet, à dix heures du matin, faisait réunir dans la ferme de Lambert, à Barjonville, près de Chartres, 16 moutons beaucerons achetés dans les environs, et 19 moutons du troupeau d'Alfort, vaccinés préventivement quatre semaines auparavant par M. Pasteur ; en même temps, un mouton mort à six heures du matin chez un cultivateur voisin était amené dans le champ d'expériences. Ce mouton, ayant été autopsié, on reconnut qu'il avait manifestement succombé au charbon et son sang fut immédiatement inoculé aux 35 bêtes, en ayant soin de les prendre alternativement dans chaque lot, et de pratiquer l'inoculation d'une manière identique.

Le surlendemain, un nombreux public, accouru à l'appel adressé par la Commission, trouvait que pas un des moutons d'Alfort n'avait succombé, que pas un ne paraissait même indisposé, tandis que dans le lot des moutons beaucerons 10 étaient morts avec les lésions du charbon et plusieurs étaient malades. Le 19 juillet, soixante et onze heures après l'inoculation, un seul des moutons non vaccinés a survécu, les 15 autres ont péri ; par contre, aucun des moutons vaccinés n'est seulement malade. M. Boutet fait remarquer en outre qu'au lieu d'inoculer, comme dans les expériences de Pouilly-le-Fort, avec du virus très virulent cultivé depuis quatre ans dans le laboratoire de M. Pasteur, les expériences qu'il rapporte ont été faites avec un sang charbonneux frais. On peut dès à présent affirmer, dit-il en terminant, que la vaccination préventive du mouton met complètement la bête à l'abri du charbon ; il reste à savoir combien de temps dure cette immunité.

Les venins des serpents et l'alcaloïde toxique de la salive humaine. — M. *A. Gautier* complète les indications sommaires qu'il avait présentées à la dernière séance afin de montrer les analogies d'action qu'il a découvertes entre les venins des serpents et les matières dites extractives de certaines de nos excrétions. Il rend d'abord compte des premiers résultats des expériences qu'il a faites dans cette direction : injectant, à la dose de 1 milligramme dans un quart de centimètre cube d'eau, le venin du Cobra sous la peau d'un petit oiseau, tel qu'un moineau franc ou un pinson, il détermine sa mort en onze ou douze minutes ; les symptômes observés sont de l'étonnement, de la stupeur, du coma, puis une période d'excitation avec mouvements convulsifs et contracture tétanique ; le cœur s'arrête en systole et le sang se coagule très difficilement ; avec un quart de milligramme les mêmes phénomènes se produisent, mais dans un temps trois fois plus long. Si l'on soumet le venin à une ébullition prolongée, ou si, après l'avoir humecté, on le soumet à une température de 125 degrés pendant plusieurs heures, il n'en garde pas moins toute son activité toxique ; on ne peut donc dire que ce soit un ferment, au moins un des ferments actuellement connus, qui constituent l'élément actif du venin ; ce n'est pas non plus une matière albuminoïde, car la chaleur détruirait l'albumine dans ces conditions, et d'ailleurs, on peut extraire ces matières du venin sans lui faire perdre son activité. Les venins agissent donc chimiquement ; on peut, en outre, se convaincre que leur énergie est en rapport avec les doses employées. — M. Gautier, après avoir fait les constatations précédentes, a recherché quels pouvaient être les contre-poisons qui neutraliseraient les venins : il en a mélangé une certaine quantité avec du tannin, avec du perchlorure de fer étendu, avec du nitrate d'argent, avec des essences de menthe, de thym, de camomille, de valériane, de girofle, d'ail, même avec de l'ammoniaque, ou des carbonates de soude et de potasse ; aucun de ces corps n'a empêché la mort des animaux auxquels ce mélange a été inoculé. Il n'en est pas de même lorsqu'on alcalinise les venins par une dose de potasse et de soude, telle qu'un litre peut neutraliser 15 grammes d'acide sulfurique ; le venin a alors perdu toute son efficacité. Cette action est comme spécifique ; c'est un précieux renseignement pour la thérapeutique. — M. Gautier a encore constaté que l'acide gastrique mêlé aux venins, loin de les détruire, les rendrait encore plus actifs ; ayant fait digérer 1 milligramme de venin pendant plusieurs heures avec deux gouttes de suc gastrique de chien, il reconnut que l'oiseau inoculé n'en mourut pas moins ; M. Gautier pense que dans les venins existent deux facteurs : l'un alcaloïdique, l'autre neutre et non albuminoïde ; comme les glandes qui sécrètent les venins chez les serpents sont les analogues des glandes salivaires, il rechercha si la glande salivaire de l'homme ne contiendrait pas, elle aussi, des alcaloïdes. C'est ainsi qu'il a découvert dans notre salive la présence, en très petite quantité, d'un alcaloïde qui, isolé, accumulé, est capable d'agir à la manière des venins ; seulement, la salive humaine est sept à huit mille fois moins venimeuse que celle des serpents.

Nous avons rappelé à cette place, dans le dernier numéro, les propriétés de cet alcaloïde, offrant les réactions des ptomaïnes, et indiqué l'induction que M. Gautier tirait de ses importantes expériences sur l'importance de ces divers alcaloïdes, qu'on croyait d'abord ne trouver que dans les produits putrides et qu'il considère comme étant des produits nécessaires de la désassimilation normale des tissus.

M. *Dujardin-Beaumetz* approuve la méthode, sûre et simple, de M. Gautier. Rappelant les recherches qu'il vient de faire avec la cédrine et la valvidine pour neutraliser les venins des serpents, il montre la difficulté d'arriver à des résultats en se bornant à faire mordre les animaux en expérience, car les morsures d'un serpent, quand elles se succèdent à de courts intervalles, sont de moins en moins dangereuses et finissent par être inoffensives, ce qui s'explique par l'épuisement de la glande. Il n'y a pas lieu de s'étonner si le venin du serpent peut être absorbé sans danger par les voies digestives, bien que l'acide gastrique en développe encore l'activité ; car on sait maintenant que certains alcaloïdes sont détruits par le foie. Le venin du serpent absorbé dans les voies digestives est porté dans le foie par la veine porte, et il y perd ses propriétés.

M. *Colin* (d'Alfort) a vu des animaux, le hérisson, par exemple, manger des vipères sans en être incommodés ; lui-même a donné à manger des glandes à venin à des lapins qui ont continué à se bien porter. Il admet que les virus tels que le virus septicémique et le virus charbonneux se conservent dans l'estomac et les intestins sans être digérés ; mais au bout de quatorze ou quinze heures, ils finissent par être digérés et deviennent inoffensifs. En ce qui concerne l'action de l'ammoniaque sur les venins, il prétend que, cependant, il a pu

observer son action neutralisante dans quelques cas, notamment pour le venin des frelons.

M. *Gautier* répond que les venins sont de deux sortes : les uns, ceux des serpents, sont neutres, et l'ammoniaque est sans action sur eux; les autres, ceux des insectes, sont acides et peuvent être neutralisés par l'ammoniaque.

— L'Académie se forme en comité secret pour procéder au vote des récompenses pour le service des eaux minérales en 1878 et entendre la lecture du rapport de M. Fournier sur le concours du prix Barbier de 1880.

— La séance publique annuelle de l'Académie aura lieu mardi prochain, à trois heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Injections sous-cutanées de peptone mercurique : M. C. Paul. — Anévrysme de l'artère pulmonaire : M. Damaschino. — Hypertrophie des amygdales : M. Cornil. — Péritonite essentielle suppurée de l'enfance : M. Legroux. (Discussion.)

A l'occasion du procès-verbal, M. *C. Paul* rappelle que, lors des premiers essais du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sublimé, on avait renoncé à l'emploi de cette méthode parce qu'elle ne paraissait offrir aucun avantage sérieux; mais que l'on avait cependant constaté, ainsi que Liégeois le signalait, une action locale remarquable des injections pratiquées au pourtour d'une lésion syphilitique ulcéreuse ou végétante. M. Martineau aurait-il constaté de nouveau ce fait depuis qu'il emploie le procédé des injections?

M. *Martineau* ne s'explique pas très nettement l'action locale que peut avoir le mercure sur les syphilides. Le mercure agit par absorption sur la *syphilis*, maladie générale, et toutes les lésions syphilitiques subissent une égale atténuation, qu'elles soient éloignées ou non du point où l'on fait l'injection. Pour lui, d'ailleurs, il a pratiqué jusqu'ici toutes les injections de peptone mercurique (1900) dans la région dorsale, sans s'occuper du siège des manifestations syphilitiques. Il injecte aujourd'hui quotidiennement 8 milligrammes de sublimé, et n'a encore observé aucun accident d'hydrargyrisme.

M. *C. Paul* fait remarquer que l'action locale du mercure est bien évidente lors de l'application d'un emplâtre de Vigo sur une syphilide ulcéreuse. Il pense que les injections pourraient fournir des résultats locaux remarquables.

M. *Martineau* croit que l'emplâtre de Vigo agit surtout comme pansement occlusif; en employant le diachylum et en donnant par la bouche une dose de mercure correspondante à celle qui serait absorbée au niveau de l'emplâtre de Vigo, on obtient une guérison tout aussi rapide de la lésion ulcéreuse.

— M. *Damaschino* présente une pièce anatomique recueillie chez une malade morte d'hémoptysie. Il s'agit d'un *anévrysme de l'artère pulmonaire* offrant le volume d'un œuf de poule et siégeant sur une ramification de troisième ordre du vaisseau artériel. Cette tumeur, qui faisait saillie dans une caverne pulmonaire, se montre à la coupe constituée par les couches suivantes : caillots sanguins feuilletés offrant le moule de la caverne et enveloppant la poche anévrysmale, limitée par une paroi blanc jaunâtre; dans la poche, caillots cruoriques. Une petite perforation, en partie oblitérée par le coagulum sanguin central, a permis l'issue du sang pulmonaire dans la caverne, et a déterminé les hémoptysies mortelles. Il s'agissait, dans ce cas, d'une jeune fille de dix-sept ans qui, atteinte d'une tumeur blanche du poignet, présentait des signes non douteux de tuberculose pulmonaire au début; trois mois après son entrée à l'hôpital, on constatait aux deux sommets l'existence de cavernes, et à ce moment apparurent des hémoptysies abondantes, qui se renouvelèrent avec une grande fréquence et amenèrent la mort vers le milieu du mois de juin dernier.

M. *Cornil* fait remarquer l'intérêt de cette observation, dans laquelle on voit l'anévrysme siéger sur une branche relativement volumineuse de l'artère pulmonaire; ce sont ordinairement des vaisseaux de très petit calibre qui sont le siège de tumeurs de cette nature.

— M. *Cornil* expose le résultat de ses recherches histologiques sur l'anatomie pathologique de l'*hypertrophie des amygdales*. Il rappelle d'abord que, sur une coupe de l'amygdale normale, on constate des dépressions infundibuliformes plus ou moins ramifiées qui la pénètrent de toutes parts, et qui sont entourées de follicules clos de tissu réticulé fin, plongés dans un tissu réticulé plus gros; les espaces intermédiaires sont remplis par du tissu conjonctif. La glande est recouverte d'une muqueuse composée d'un épithélium, d'une couche papillaire sous-jacente et d'une couche profonde de tissu conjonctif; cette muqueuse pénètre dans les infundibula et en tapisse toutes les parois. Dans l'hypertrophie des amygdales, au lieu des papilles serrées et régulières de la muqueuse, on ne retrouve qu'une surface lisse, unie, à peine surmontée de quelques papilles grêles dans les points où la muqueuse forme des replis. On constate, du côté du stroma, de l'hypertrophie des faisceaux de fibres qui sont séparés par des cellules aplaties; cette lésion se rencontre, soit dans le tissu conjonctif de la muqueuse, soit dans celui qui sépare les follicules clos. En outre, il y a constamment augmentation de volume des follicules clos eux-mêmes : les globulins lymphatiques du tissu réticulé sont plus volumineux, leur protoplasma est plus abondant et renferme des granulations graisseuses; leur noyau est ovoïde et présente parfois deux nucléoles.

Il s'agit évidemment d'une véritable sclérose amygdalienne, dont la guérison ne peut être obtenue qu'au moyen de l'ablation. Les lésions folliculaires rapprochent cette sclérose de l'amygdalite tuberculeuse, de même que les altérations du protoplasma des globulins et l'épaississement du tissu fibreux sembleraient la confondre avec la strume ganglionnaire; mais, dans le cas qui nous occupe, il n'existe en aucun point de cellule géante, ce qui constitue un caractère distinctif important. La clinique cependant ne permet pas de séparer de la scrofule l'hypertrophie des tonsilles; il semble donc qu'on soit dans la nécessité de modifier la définition anatomique de la scrofule établie par Grancher.

— M. *Legroux* présente un malade, âgé de dix-neuf ans, qui est entré dans son service le 7 avril dernier, avec des signes non douteux de péritonite aiguë généralisée : ballonnement du ventre, douleur exquise, vomissements porracés, constipation, dysurie, fièvre, etc. Sous l'influence d'un traitement énergique, une sensible amélioration se produisit au bout de deux jours, et dix jours après environ, toute inquiétude avait disparu. L'interrogatoire du malade avait appris que le 5 mars, pendant qu'il se livrait à ses occupations de couvreur, et coupait avec un couteau des lames de plomb, il fut pris de douleurs abdominales vives avec envies de vomir, qui l'obligèrent à rentrer chez lui et à prendre le lit. Le lendemain, se sentant mieux, il voulut reprendre son travail; mais les mêmes symptômes se reproduisirent, et il fut admis d'urgence à l'Hôtel-Dieu et traité pour une colique saturnine. Un mois plus tard, bien qu'il ne fût pas entièrement guéri, il dut sortir de l'hôpital, et alla se présenter au Bureau central, d'où il fut dirigé sur l'hôpital Laennec. C'est à ce moment que M. Legroux l'observa et posa tout d'abord le diagnostic de péritonite tuberculeuse à poussées aiguës; on constatait d'ailleurs un léger épanchement pleurétique à gauche, et un peu d'expiration prolongée au sommet droit.

Le 5 mai, un mois après l'entrée du malade à l'hôpital

Laennec, apparut au niveau de l'ombilic une tumeur rouge, douloureuse, qui ne tarda pas à s'ouvrir, et donna issue à un flot de pus louable, d'une odeur légèrement sulfurée; l'écoulement de pus persista, à travers une fistule bourgeonnante, pendant un mois environ; dès ce moment, les forces revinrent avec l'appétit, et aujourd'hui le malade est entièrement guéri; il n'offre aucun signe de tuberculose pulmonaire. L'ouverture de l'abcès à la partie supérieure de la cicatrice ombilicale n'est pas ordinaire dans les abcès de la paroi voisins de l'ombilic; elle indique ordinairement la provenance intra-péritonéale de la suppuration. Ne peut-on penser qu'il s'agit ici d'une péritonite essentielle suppurée de l'enfance? M. Féréol, dans son travail sur le sujet, en a cité plusieurs observations concluantes; il est vrai qu'elles ont trait à des petites filles dont la plus âgée avait dix-sept ans, tandis que dans l'espèce il s'agit d'un homme de dix-neuf ans.

M. *Féréol* pense que le pus provenait bien du péritoine, mais il ferait les plus grandes réserves au point de vue de la généralisation de la péritonite; l'heureuse terminaison de la maladie ne permet pas d'admettre une péritonite suppurée étendue à tout le péritoine. Il est bien plus vraisemblable que le malade de M. Legroux a été atteint d'une péritonite, peut-être assez étendue, mais localisée à la paroi antérieure de l'abdomen, principalement dans la région ombilicale; elle a pu donner lieu à des symptômes graves et à des phénomènes de péritonite généralisée; mais la marche de l'affection eût été, dans ce cas, toute différente.

M. *Legroux* fait observer que, dans l'hypothèse d'une péritonite localisée, on aurait constaté un empâtement circonscrit appréciable, tandis que ce signe a fait absolument défaut. Il reconnaît d'ailleurs que la première phase de la maladie, pendant laquelle le malade n'a pas été soumis à son observation, peut autoriser à penser qu'il s'était établi des adhérences péritonéales capables d'enkyster l'épanchement purulent.

M. *Féréol* s'est assuré, en examinant le malade, qu'il existe encore un certain degré de matité péri-ombilicale, tandis que la sonorité est normale dans tout le reste de l'abdomen.

M. *Vallin* demande si l'on n'a pas constaté au cours de l'affection quelque symptôme pouvant faire penser à un phlegmon de la cavité prévésicale de Retzius?

M. *Legroux*. Les signes étaient ceux d'une péritonite généralisée, et à aucun moment la douleur et la tuméfaction n'ont offert un maximum à l'hypogastre; il n'y a pas eu de symptômes vésicaux.

André Petit.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution a l'étude clinique et expérimentale du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, par M. Ch. Saloz. — Genève, 1881.

Le trouble du rhythme respiratoire, caractérisé par de longues pauses de la respiration, survenant par une sorte d'extinction graduelle des mouvements respiratoires et suivies d'une reprise régulièrement croissante, est connu sous le nom des auteurs qui l'ont les premiers bien décrit, *Cheyne* et *Stokes*. C'est sous ce nom ou encore par le terme d'*apnée* qu'on le désigne, soit en clinique, soit en physiologie. Un nouveau travail sur ce sujet vient de s'ajouter à la série considérable des recherches déjà publiées; ce travail, fait sous la direction des professeurs Prévost et Revilliod (de Genève), se recommande par sa valeur à la fois médicale et scientifique. On en pourra juger par les conclusions résumées suivantes, que nous empruntons à l'auteur, M. Ch. Saloz :

1° La condition fondamentale qui préside au développement du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes est une diminution d'excitabilité du centre respiratoire. — 2° Celle-ci est le plus souvent la conséquence d'une entrave à l'irrigation artérielle provenant, soit d'une altération des vaisseaux, soit d'une affection du cœur, soit d'une compression directe ou indirecte exercée sur la région du centre respiratoire. — 3° Des hémorrhagies abondantes et répétées, l'absorption de certains agents médicamenteux [narcotiques, anesthésiques (?)] peuvent encore produire cette forme d'apnée. — 4° Elle n'est pas due (comme on l'a souvent répété) à la présence momentanée dans le sang d'une quantité surabondante (absolue ou relative) d'oxygène; elle ne paraît pas résulter davantage d'un spasme vasculaire, qui a été aussi invoqué pour l'expliquer. — 5° La fréquence relative du phénomène de Cheyne-Stokes dans la néphrite interstitielle consécutive à la dégénérescence scléromateuse des vaisseaux artériels du rein, dépend moins de l'affection rénale elle-même que de celle des vaisseaux en général. Les troubles de la sécrétion urinaire n'y participent qu'indirectement, soit par les lésions secondaires qu'ils provoquent du côté du cœur et des poumons, soit par les modifications du sang qu'ils entraînent. Du reste, ce n'est point à une intoxication par les matières extractives de l'urine ou par ses produits de décomposition ammoniacaux (carbonate d'ammoniaque, etc.) qu'est due, dans les affections rénales, le phénomène de Cheyne-Stokes. — 6° Sa valeur diagnostique est évidemment très restreinte si l'on considère le grand nombre de cas dans lesquels il s'observe. Cependant « son développement progressif chez un individu déjà avancé en âge, et sa coïncidence avec un bruit de galop, rendront très probable l'existence d'une néphrite interstitielle consécutive à l'altération scléro-athéromateuse des vaisseaux artériels ».

VARIÉTÉS

Henry Clozel de Boyer. — Le corps de l'internat des hôpitaux, déjà si douloureusement frappé dans ces derniers temps, vient de perdre encore un de ses membres les plus distingués, à peine sorti de ses rangs. Nommé interne en 1874, Clozel de Boyer s'était fait remarquer par une grande aptitude pour le travail, et par des qualités toutes spéciales de critique et d'observation. Ces qualités, jointes à ses études sur les maladies du système nerveux, l'avaient fait choisir par M. Charcot, comme secrétaire des *Archives de neurologie*, dans lesquelles il avait déjà fait paraître une bonne *Revue générale sur la thermométrie céphalique*. Prosecteur de l'École des beaux-arts, membre de la Société anatomique, collaborateur assidu du *Progrès médical*, lauréat des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, qui avait couronné sa thèse inaugurale intitulée : *Etudes cliniques sur les légions corticales des hémisphères cérébraux*. C. de Boyer allait être nommé après un concours remarquable, qu'il avait terminé quoique malade, chef de clinique médicale, lorsque la mort l'a enlevé à l'affection de ses chefs et de ses anciens camarades, dont son caractère aimable lui avait fait des amis. C'est encore une victime du devoir professionnel à enregistrer dans les annales de la nécrologie des hôpitaux, où la diphtérie l'a mortellement atteint.

Mortalité a Paris (29e semaine, du jeudi 14 au mercredi 11 juillet 1881, huit jours). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1480, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 29. — Rougeole, 44. — Scarlatine 36. — Coqueluche, 17. — Diphthérie, croup, 49. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 69. — Phthisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 96. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 52. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 57. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 196; au sein et mixte, 108; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 158 ; de l'appareil circulatoire, 62; de l'appareil respiratoire, 54; de l'appareil digestif, 58; de l'appareil génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 57. — Causes non classées, 13.

Dr Bertillon,

Nous indiquerons les conclusions de cette semaine avec celles de la semaine prochaine.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 4 août 1881.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE. — CLASSEMENT DES PROFESSEURS DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE. — RAPPORTS ENTRE LES MODIFICATIONS DE LA CIRCULATION CÉRÉBRALE ET L'ÉTAT DE REPOS OU D'ACTIVITÉ DU CERVEAU.

Séance publique annuelle de l'Académie.

Malgré les corbeilles de fleurs garnissant tous les coins disponibles de la salle des Pas-Perdus et de la salle des séances de l'Académie, malgré les tentures qui en ornaient l'entrée, en dépit même des gardiens de la paix et des gardes municipaux qui se tenaient aux portes et ajoutaient à la majesté naturelle de la cérémonie, c'est devant des banquettes à peu près vides que le bureau de l'Académie a pris séance, ses dignitaires ayant eu le courage, comme on l'a dit, de revêtir le costume officiel. Nous avons, en effet, compté jusqu'à vingt-neuf académiciens en rupture de villégiature, treize dames au pied de la tribune et une vingtaine de curieux, dont la plupart appartenant à la presse médicale, lorsque M. Henri Roger a donné la parole au secrétaire annuel, M. Bergeron. Et cependant quel plaisir c'était que d'écouter le rapport sur les concours de prix pour l'année 1880 ! Il faut lire au *Bulletin* ces pages d'une forme si littéraire, d'une aspiration si élevée, empreintes d'une si complète loyauté, ces pages si françaises en un mot. Aussi l'Académie a-t-elle à maintes reprises applaudi le discours de M. Bergeron, soit qu'il ait fait une analyse judicieuse et délicate des mémoires récompensés, soit qu'il ait rendu aux morts de l'année, Delpech, Personne, Peisse, Littré, Maurice Raynaud, Armand Moreau, un éloquent tribut d'hommages. On n'accusera plus M. Bergeron de ne savoir pas lire; il a lu à merveille. Les applaudissements ont redoublé, comme de raison, lorsque M. Roger, ressaisissant pour un jour son sceptre présidentiel, j'allais dire sa houlette, s'est empresssé, par quelques-unes de ses aimables expressions qui lui sont familières, de caractériser le rapport que l'on venait d'entendre, en affirmant que de telles façons de décerner les prix valent mieux que ces récompenses elles-mêmes.

Les honneurs de la séance ont été pour M. Pasteur, lorsque M. Bergeron a rappelé la haute distinction dont le gouvernement vient de l'honorer en lui conférant le grand cordon de la Légion d'honneur, et lorsque M. Roger l'a appelé le lauréat perpétuel de la science et de la patrie françaises. Mais M. Pasteur n'était pas là pour recueillir l'ovation que ses collègues et le public auraient été heureux de lui offrir, pas plus que MM. Berthelot et Wurtz, dont M. Bergeron a rappelé l'élection au Sénat ; et les quelques lauréats qui se dissimulaient dans l'auditoire n'eussent pas entendu eux aussi à l'appel de leurs noms que. des applaudissements discrets, au lieu d'une franche acclamation, si leur présence eût été signalée. L'Académie, par l'organe de son secrétaire annuel, s'est excusée du retard de cette séance en promettant pour l'avenir plus d'exactitude; cela est fort bien ; mais pourquoi ne pas donner à une cérémonie qu'on ne saurait trop environner d'éclat, une allure comparable à celle des distributions analogues dans les autres Académies? Nous n'insistons pas ; mais nous ne pouvons terminer ces courtes impressions sans signaler le regret général qu'a fait éprouver l'absence d'un éloge de M. le secrétaire perpétuel et sans exprimer l'espoir que la séance annuelle de 1882 réunira un plus grand nombre d'amis et d'admirateurs des illustrations et des gloires de la science médicale française.

Classement des professeurs dans les Facultés de médecine.

(Voir le numéro 30).

II

Nous venons d'examiner le décret du 12 février 1881 dans ses rapports avec les anciennes Facultés de Paris, Montpellier et Nancy. Nous avons maintenant à rechercher comment il se fait que les Facultés nouvelles de Lyon, Bordeaux et Lille ont été entièrement, et l'on peut dire systématiquement, exclues du classement fait en juin dernier, con-

formément aux prescriptions de ce décret. L'administration considère-t-elle ces Facultés comme étant d'un autre ordre que les anciennes, parce qu'elles ont été fondées avec le concours et avec l'argent des municipalités? Les tient-elles pour des Facultés essentiellement municipales, analogues, par exemple, à ces collèges américains nés de l'initiative privée, vivant de leurs propres ressources et sur lesquels l'État se borne à exercer un droit de contrôle ?

A priori, on pourrait affirmer que ce serait contraire à l'esprit des votes législatifs et des décrets d'où ces Facultés sont sorties. Non, il ne peut être entré et il n'est pas entré dans la pensée des Chambres et du gouvernement de créer entre les Facultés officielles et les Facultés libres une troisième catégorie de genre neutre, sorte d'entreprise commerciale de municipalités avides de bruit et de mouvement, que l'État régirait à son propre profit. Non, personne n'a songé à un arrangement de cette nature, en opposition formelle avec tout notre régime d'enseignement; si l'intention en était venue aux pouvoirs publics, elle eût été avouée et hautement déclarée.

Mais il n'en a rien été, et pour s'en assurer, il n'y a qu'à ouvrir le beau rapport lu sur ce sujet en mars 1874 à l'Assemblée nationale par M. Paul Bert. Il est d'abord à remarquer que ces propositions, suggérées ou non du dehors, émanaient en fait de l'initiative parlementaire. Ce ne sont pas les villes qui demandaient une sorte d'autorisation de fonder des établissements d'enseignement public; c'est un des grands pouvoirs de l'État qui, par l'organe de plusieurs de ses membres, en proclamait la nécessité. Et la Commission a énuméré les raisons pour lesquelles, en effet, l'enseignement de la médecine avait besoin d'être étendu et fortifié. Il fallait tâcher de soulager Paris de sa pléthore d'étudiants (il est vrai qu'on n'y a pas trop réussi); il fallait disséminer sur le sol les moyens d'instruction, pour les rendre plus accessibles à tous; il fallait pourvoir à la pénurie des docteurs, etc. Ces établissements devaient être créés de toute pièce, non par l'élévation de certaines Écoles préparatoires au rang de Facultés, mais par la suppression de ces écoles et la création de Facultés, afin d'y mieux assurer par un professorat « de premier ordre» les hautes garanties qu'on trouvait dans les Facultés existantes. Quelques villes, déjà en possession d'Écoles préparatoires, se sont disputé l'honneur de posséder les établissements nouveaux. Alors, comme nous le disions, on a commencé par déclarer leurs écoles supprimées; si bien qu'il y eut un instant (voir plus loin à la note) où Lille perdit son école sans gagner une Faculté. Nous avons dépeint cette situation dans la *Gazette hebdomadaire* de ce temps-là. C'est sur des offres de concours en argent, en bâtiments, en constructions, que les Facultés furent adjugées à Lyon, Lille et Bordeaux. Mais ces offres, que signifiaient-elles? Le rapport le dit très clairement. *En théorie*, l'État devait supporter *tout le poids* de la dépense; mais on était au lendemain de l'invasion; les finances de l'État étaient obérées; « les villes ont compris » que, en compensation des avantages qu'elles se préparaient, elles devaient venir en aide à l'État. Ainsi, comme on a vu que les Facultés de Nancy et de Montpellier sont équivalentes à la Faculté de Paris; de même les nouveaux établissements sont des Facultés au même titre que les anciens. Leur double caractère d'école de médecine et d'école de pharmacie, au lieu d'amoindrir cette ressemblance, ne fait que la compléter, puisque Nancy est également une Faculté mixte.

Telle est la situation. L'État, sur un vote favorable de l'Assemblée nationale, fonde trois Facultés (1). Les municipalités en font les frais; l'État en prend la haute direction au même titre que pour les Facultés anciennes. Il nomme les professeurs, il les choisit où il lui plaît, il impute leur traitement sur le budget de l'instruction publique, il contrôle leur budget annuel, il les soumet à l'inspectorat, il leur applique les règlements disciplinaires, etc., etc. Les municipalités et l'État y trouvent chacun leur avantage : celles-là en suscitant chez elles un mouvement scientifique qui peut n'être pas sans influence sur le mouvement social; celui-ci en recrutant gratuitement une partie du corps médical et en donnant une impulsion plus forte à des travaux qui intéressent l'honneur du pays.

Cependant, cette association de l'État et des villes, au lieu de produire l'entente commune, a amené un tiraillement dont souffrent les Facultés. « Lorsque ces établissements demandent à l'État une création nécessaire, dit la lettre que nous avons reçue de Bordeaux (*Gazette hebdomadaire*, n° 28, p. 450), il leur est répondu qu'ils doivent saisir de leurs désirs les conseils municipaux; lorsqu'ils se retournent vers ces derniers, on leur affirme qu'elles sont essentiellement établissements d'enseignement supérieur, et que les villes ont absolument rempli leur mandat lorsqu'elles se sont tenues dans les termes de leur contrat avec le gouvernement. Contrat fort onéreux qu'elles tiennent à ne pas modifier à leur détriment ». Si les choses se passent ainsi, en effet, c'est que la question se complique d'un élément qui la fait descendre de la hauteur d'un principe au terre-à-terre d'un point de fait. Cet élément, c'est la lettre des contrats passés entre les villes et l'État.

III

Les deux parties ne se sont pas bornées à se partager les rôles : à déclarer, l'une, qu'elle créerait des Facultés; l'autre, qu'elle fournirait des fonds et des moyens d'installation. Il y a eu des offres débattues, des spécifications de chiffres, des éventualités prévues, des responsabilités déterminées. Ces contrats sont, pour nous, introuvables; ils ne figurent ni au *Journal officiel*, ni au *Journal de l'instruction publique;* nous savons au moins une Faculté qui ne possède pas celui qui l'intéresse. Il faudrait les demander au ministère. Mais heureusement, on peut, croyons-nous, s'en passer. Les différences qu'ils peuvent présenter ne touchent certainement que des points secondaires relatifs à la diversité des sommes mises à la charge des municipalités, aux terrains, aux constructions, à la durée de tel ou tel engagement; et ces points eux-mêmes doivent être à peu près tels qu'ils ont été produits devant l'Assemblée nationale d'après les offres des municipalités, et tels qu'ils sont exposés dans le rapport de la commission. Sur le fond, sur la base même de l'acte bilatéral, ce même

(1) Ces trois Facultés n'ont pas été fondées en même temps. Celles de Lyon et de Bordeaux ont été créées par un vote de l'Assemblée nationale du 8 décembre 1874. Les décrets d'organisation ont été rendus pour Lyon en avril 1877, et pour Bordeaux en juin 1878. La première de ces deux Facultés a été installée en novembre 1877 et la seconde en novembre 1878. Quant à Lille, son Ecole préparatoire fut supprimée le 8 décembre 1874, en même temps que celles de Lyon et de Bordeaux, mais rétablie onze jours plus tard comme Ecole de plein exercice. Celle-ci fut supprimée à son tour, et une Faculté y fut substituée par décret du 12 novembre 1875. Vint ensuite le décret d'organisation du 1er septembre 1876. Enfin elle fut installée, en simple conseil de professeurs sous la présidence du doyen, le 10 septembre 1876, et la première séance de rentrée eut lieu en novembre 1876 (cette séance de rentrée à cause de la présidence de M. Wurtz, a été prise à tort, pour une séance d'installation). On voit que la Faculté de Lille, la dernière créée, fonctionna la première, et c'est pour cela que, seule des trois, elle a pu figurer dans la statistique de l'enseignement supérieur publiée en 1878, et comprenant le rélevé des élèves inscrits au 15 janvier 1877. La cause de cet empressement de la Faculté lilloise a été, on le sait, la nécessité de faire contre-poids à la Faculté catholique qui venait de se fonder.

rapport d'une part, et de l'autre, les décrets d'organisation, fournissent des indications assez positives. Nous avons le regret de dire qu'elles ne sont pas aussi favorables qu'on le pense généralement aux réclamations des Facultés. Nous tenons à le faire remarquer une seconde fois, ici le terrain change : nous ne sommes plus en présence que d'un texte et d'une question d'interprétation.

Tout d'abord le rapport affirme que les villes en instance pour obtenir des Facultés entendaient bien ne laisser à la charge de l'État ni les *dépenses immédiates*, ni les *risques annuels* (p. 87). Si l'on considère spécialement, dans cet ensemble de frais, ce qui concerne le traitement des professeurs, on constate que celui-ci est compris dans les évaluations générales du coût de chaque Faculté, qui devaient décider de l'acceptation ou du refus des offres par le gouvernement (p. 89). Et les décrets d'organisation relatifs à ces diverses Facultés portent : « Les chiffres des traitements des professeurs et agrégés et le chiffre des allocations spéciales qui seront attribuées à ces fonctionnaires en leurs qualités de directeurs ou de chefs de laboratoire(1), seront déterminés par le ministre *dans les limites prévues par les conventions* passées entre le ministre de l'instruction publique et la ville de..... » (art. 3). Le ministre fixe également *dans ces limites* le traitement des agents auxiliaires de l'enseignement ou de l'ordre administratif. Il résulte malheureusement de tous ces textes que les *conventions* intervenues entre l'État et les municipalités pèsent de tout leur poids sur la fixation des traitements. Existe-t-il donc dans les traités certaines clauses non indiquées dans les offres des villes, et non visées par les décrets d'organisation ? Nous serions heureux, si ces lignes arrivaient jusqu'aux municipalités de Lyon, de Bordeaux et de Lille, qu'elles voulussent bien s'expliquer sur ce point essentiel. Jusque-là on est autorisé à dire que l'État et les communes sont également liées, et que s'ils se renvoient l'un à l'autre, comme on le dit, les réclamations de MM. les professeurs, ils ont tort tous deux, le renvoi d'une demande à un pouvoir quelconque supposant nécessairement que celui-ci a le devoir d'y satisfaire.

Ce n'est pas tout. Il faut bien signaler encore cette malencontreuse déclaration des municipalités par lesquelles Lyon et Bordeaux (nous ne sommes pas renseignés sur Lille) s'engagent à couvrir les déficits de leurs Facultés. Il faut citer. « Lyon, dit le rapport de M. Paul Bert, s'engage, en cas d'insuffisance des recettes de la Faculté, à rembourser au Trésor la différence qui pourrait provenir de l'excédent des dépenses sur les recettes, pendant une période de cinq années. » Cette période a été d'un commun accord étendue à douze années. Bordeaux s'engage de même « à verser chaque année au Trésor une somme égale à l'excédent que les dépenses pourraient présenter sur les recettes ». Et ce, pendant une période de douze années, le renouvellement de l'engagement « devant être mis en délibération trois ans au moins avant l'expiration de la période duodécennale ». M. le professeur Masse, de Bordeaux, qui, dans un récent article de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de cette ville, rappelle cet engagement, a bien raison de ne pas vouloir en inférer le caractère exclusivement municipal des Facultés; mais, d'un autre côté, si, comme nous le craignons, ces trois Facultés nouvelles sont en déficit (ce à quoi doit aider beaucoup la gratuité des inscriptions), une augmentation du traitement des professeurs, par classement ou autrement, ne pourrait-elle pas être considérée par l'État comme constituant un nouvel *excédent de dépenses*, qui doit tomber comme tel à la charge des communes ?

Nous faisons hardiment ressortir ces difficultés, parce qu'il est de l'intérêt même des Facultés nouvelles de se rendre compte des textes et des interprétations sur lesquels s'appuient évidemment les fins de non-recevoir qui accueillent leurs demandes. Nous leur fournissons ainsi l'occasion, s'il y a malentendu, si les textes cités ne disent pas tout, s'il y a des conventions particulières, de faire valoir leurs réclamations, et, si les textes leur sont défavorables ou sont seulement ambigus, d'en poursuivre la revision.

Car, nous avons hâte de le déclarer, le *statu quo* ne peut être une solution : *summum jus, summa injuria*. Si, comme il est certain, les Facultés dites *municipales* ne sont pas autre chose que des Facultés de l'État, l'État leur doit même protection, même encouragement qu'aux Facultés anciennes. Or, en ce moment, que fait-il? Sous la forme d'un classement, il augmente le traitement professoral. Cette faveur n'était pas prévue en 1874 et en 1875 et les Facultés nouvelles ne pouvaient songer alors à demander pour elles, à l'instar des traités de commerce, le traitement des Facultés les plus favorisées. Elles ont passé avec vous des conventions aux termes desquelles vous ne leur devez rien. Soit; vous devez encore moins aux Facultés dites officielles, qui, elles, ne vous ont pas aidé, des deniers de leurs municipalités respectives, à étendre, à renforcer le corps médical enseignant, à multiplier le corps pratiquant, à satisfaire en un mot à tous ces besoins qui faisaient votre souci et que nous rappelions tout à l'heure. Dès que vous jugez équitable de relever la situation matérielle des professeurs, quel motif à des exceptions ? Vous faites une gracieuseté, faites-la générale ; faites-la égale, proportionnellement du moins, à des collègues égaux! Vous étiez obéré en 1874; vous vouliez des Facultés, mais vous les vouliez *gratis*. On vous les a données. Aujourd'hui, vous êtes assez riche pour faire des libéralités à l'enseignement supérieur, et vous en excluriez ceux qui vous ont aidé?

Encore un coup, vous êtes dans votre droit strict, nous vous le répéterons autant de fois que vous voudrez; faites le valoir sur l'ensemble des dépenses, mais ne le faites pas peser durement sur un point que vous reconnaissez toucher à la dignité personnelle du corps professoral. Ce que vous pouvez faire, on ne peut le demander aux municipalités; elles n'ont pas assez à se louer de leurs calculs passés; tout ce qu'on peut attendre d'elles, c'est qu'elles en subissent sans se plaindre les conséquences jusqu'au bout de la période duodécennale, jusqu'au jour où, à moins de détruire des Facultés que vous avez jugées indispensables, il vous faudra bien répondre des excédents de dépenses, et en charger le budget de l'instruction publique. Serait-ce d'ailleurs une si lourde charge pour un budget de deux milliards que celle de deux cent mille francs environ qu'il faudrait pour améliorer le sort d'une soixantaine de professeurs? Cette somme serait-elle même une dépense improductive? Vous vous plaignez de la difficulté de recruter le corps professoral; ne pensez-vous pas qu'un peu plus de libéralité aiderait à la diminuer? L'expérience en vient d'être faite par la chaire de physiologie de Montpellier : tout le monde sait pourquoi elle a été refusée.

Dans de grands centres de population, comme Lyon, Bordeaux, Lille, la situation matérielle d'un professeur de Faculté au traitement de 6000 francs est d'une médiocrité gênante

(1) Une décision ministérielle, datant de l'année dernière, déclare incompatibles les fonctions de professeur et celles de directeur de laboratoire.

pour lui et nuisible au prestige du haut enseignement. Elle deviendra intolérable si l'on tient la main à l'exécution de la décision ministérielle qui enlève au professorat la direction des laboratoires, avec l'allocation y attachée, le rivant ainsi à son maigre lot, sans espoir d'amélioration (1). Notons que le chiffre de traitement qui est celui des Facultés anciennes à l'entrée en fonction des professeurs, et qui menace d'être à perpétuité celui des Facultés nouvelles, est inférieur à ce qu'il était autrefois, réduisant ainsi les moyens d'existence de hauts fonctionnaires de l'Etat à mesure que la vie devient plus onéreuse. En effet, les professeurs de Montpellier et ceux de Nancy touchaient autrefois 5000 francs de fixe et 1800 francs d'éventuel, et c'est même d'après cette base que le rapport si souvent cité évaluait le traitement des professeurs dans les Facultés projetées.

Il faut donc espérer que l'Etat sortira de la voie où il paraît s'être engagé de propos délibéré. Le conseil académique qui l'inspire comprendra peut-être l'impossibilité morale de laisser les choses en l'état, et l'effet fâcheux que peut produire dans le pays et ailleurs cette sorte de cri de misère des professeurs du haut enseignement. Si le principe du classement est maintenu contre le vœu général (nous avons des raisons de penser que le nombre de ses partisans a beaucoup diminué depuis la date de notre dernier article), qu'on commence par en modifier l'économie; que, pour la province, on réduise le nombre des classes à trois ou même à deux, comme à Paris; qu'on ouvre plus largement l'accès de la classe ou des classes supérieures; qu'on remanie surtout les dispositions de l'article 3, concernant les titres antérieurs, notamment ceux que confère le temps passé dans l'enseignement public; puis le système de répartition ainsi réformé, qu'on y fasse entrer les nouvelles Facultés. La somme que nous indiquions tout à l'heure suffirait pour assurer aux professeurs de la première classe, même élargie, le traitement minimum actuel des professeurs de seconde classe de la Faculté de Paris. Que si le classement était supprimé, la même somme permettrait d'élever le traitement de tous les professeurs au chiffre uniforme de 9000 francs. On ne peut mieux faire d'ailleurs que de consulter à cet égard le rapport lu par M. Tourdes, le 6 juillet 1880, à la Faculté de Nancy, et que nous reproduisons plus loin (p. 502).

Ici se présenterait la question de savoir si, comme M. Bert le supposait dans son rapport, et comme le demandait la municipalité lyonnaise au cours des négociations, le traitement des professeurs de médecine et de chirurgie, auxquels la clientèle offre de larges compensations, ne pourrait pas être réduit au profit de celui des professeurs de science pure. Mais ce serait aller au delà du but précis de cet article. Bien d'autres questions d'ailleurs se présentent quand on touche à ce sujet de l'organisation des Facultés de médecine. Peut-être en ferons-nous l'objet d'un article spécial. Pour le moment, qu'il nous suffise d'avoir exprimé nettement notre opinion sur les sujets de plainte qui retentissent avec tant de force et avec un si remarquable accord dans les corps professoraux de nos départements. Nous avions promis de nous expliquer avec franchise; nous avons dû tenir parole; mais on doit être assuré qu'il nous en coûte de heurter, en certains points, des opinions sur lesquelles des membres du corps enseignant font reposer l'espoir d'une position meilleure et plus honorée. (Voy. à la *Correspondance* la lettre de M. le professeur Herrgott.

A. Dechambre.

(1) Il existe, sous ce rapport, une grande inégalité entre les trois Facultés de Lyon, de Bordeaux et de Lille. Lyon est abondamment pourvu de laboratoires; Bordeaux en possède un certain nombre; Lille en est entièrement dépourvu. En outre, tel ordre de laboratoires accordé à telle Faculté est refusé à telle autre.

Étude des travaux récents sur les rapports entre les modifications de la circulation cérébrale et l'état de repos ou d'activité du cerveau.

(Fin. — Voyez le numéro 29.)

III.—Examen critique des modifications de la circulation cérébrale pendant le repos et l'activité du cerveau.

Nous connaissons déjà dans leur ensemble les résultats fournis par l'étude des mouvements du cerveau pendant le sommeil et pendant l'état de veille; nous avons vu dans la première partie de cette étude que l'activité cérébrale se traduit, aussi bien chez le sujet endormi qui rêve que chez le sujet éveillé qui exécute un travail intellectuel, par un gonflement de la masse cérébrale. En d'autres termes, c'est un phénomène de congestion bien manifeste qui se produit dans ces conditions.

Or, toutes les fois que nous voyons un organe devenir turgescent, nous devons nous demander si cette turgescence résulte d'une *distension passive* des vaisseaux qui reçoivent une quantité de sang surabondante, ou s'il s'agit de ce phénomène bien étudié depuis Cl. Bernard, et qu'on désigne sous le nom de *congestion active*. Dans ce dernier cas, les vaisseaux de l'organe congestionné se relâchent sous l'influence directe du système nerveux, et permettent ainsi au sang d'affluer en plus grande quantité dans le tissu. La dilatation vasculaire, conséquence de ce relâchement initial, constituant le phénomène le plus saillant de cette modification circulatoire, on a désigné celui-ci sous le nom de *dilatation vasculaire active*.

Or, dans le cas actuel, à quelle espèce de congestion avons-nous affaire? S'agit-il d'une dilatation passive, par distension des vaisseaux, ou, au contraire, d'un relâchement vasculaire avec congestion active?

Tel est le point que nous avons à étudier.

Voici quelle est l'explication proposée par Mosso :

En même temps que se produit le gonflement du cerveau pendant l'activité intellectuelle, on observe une forte contraction des vaisseaux de l'avant-bras plongé dans un appareil à déplacement (1). Cette contraction des vaisseaux observée dans une extrémité supérieure se produit aussi dans les autres membres et dans la peau du tronc, de telle sorte que la pression sanguine augmente dans les gros troncs artériels au point d'en produire la dilatation. Cette augmentation de pression *est la cause première de l'afflux plus abondant du sang dans le cerveau.* (Mosso, *loc. cit.*, p. 31.)

Avec ces modifications circulatoires périphériques on voit le cœur modifier sa fonction : ses battements s'accélèrent et paraissent augmenter d'énergie.

Pour cette double raison (augmentation de la pression sanguine et exagération de l'action du cœur), on voit se produire le phénomène caractéristique des émotions ou de telle autre forme d'activité cérébrale, c'est-à-dire «l'afflux plus abon-

(1) Pour l'étude de ces changements de volume des organes périphériques, voyez la thèse de D. Suc (Paris, 1878), qui résume les recherches de Piégu, Buisson, Chelius, Trick, celles de Mosso et les miennes.

dant du sang au cerveau, l'augmentation de son volume, et l'amplitude plus grande de ses pulsations ».

Dans cette conception du mécanisme par lequel se produit l'exagération momentanée de la circulation cérébrale, les vaisseaux de cet organe jouent un rôle absolument passif; ils sont passifs en cédant à la pression sanguine qui les distend, cette pression étant primitivement augmentée par le resserrement des petits vaisseaux et par l'accroissement d'activité du cœur.

L'interprétation proposée par Mosso, le mode de production de la congestion cérébrale qui accompagne l'activité intellectuelle n'est, pour ainsi dire, que la contre-partie de celle que l'auteur avait admise dans ses études antérieures sur le sommeil (1); il avait admis, en effet, que l'anémie relative du cerveau pendant le sommeil était en rapport avec la congestion des organes périphériques.

Bien que les explications données par Mosso pour faire admettre cette théorie toute mécanique des modifications circulatoires cérébrales ne manquent pas de logique, et que tous leurs termes paraissent s'enchaîner d'une manière satisfaisante, je crois qu'elles doivent être discutées.

Il paraîtra, en effet, étonnant que le cerveau en état d'activité doive ses modifications circulatoires au retentissement lointain de modifications inverses de la circulation périphérique. Quand nous savons si bien qu'une glande se congestionne *activement*, pendant ses périodes d'activité, sous l'influence d'une *dilatation initiale* de ses propes vaisseaux, pourquoi ne pas chercher tout d'abord à assimiler le cerveau à cette glande au point de vue de la nature des modifications circulatoires qui s'y produisent? N'est-il pas plus conforme au plan général d'admettre une *dilatation active* des vaisseaux du cerveau, identique, dans son mécanisme et dans ses effets, à celle de la glande sous-maxillaire, par exemple?

Si nous partons de cette donnée, nous trouvons dans les résultats mêmes fournis par les expériences si intéressantes de Mosso tous les arguments en sa faveur :

Le cerveau gonfle et en même temps ses pulsations augmentent d'amplitude : voilà un premier fait qui concorde avec notre hypothèse et s'accorde difficilement avec celle de Mosso. Nous savons, en effet, depuis que les travaux de Marey l'ont établi, qu'un vaisseau distendu par un excès de pression intérieure présente des oscillations de pression beaucoup moins amples qu'un vaisseau peu tendu, dans lequel la pression retombe beaucoup plus bas entre deux variations consécutives. Si nous considérons la masse cérébrale comme formée d'un ensemble de vaisseaux, ce qui est rigoureusement exact à ce point de vue, la conclusion est facile à déduire : ses pulsations plus amples, coïncidant avec un gonflement général, doivent être rapportées à une perméabilité plus grande de son tissu pour le sang, *grâce à une dilatation primitive* de ses vaisseaux. S'il s'agissait d'une distension passive, comme le veut Mosso, nous aurions bien encore le *gonflement,* mais avec diminution d'amplitude des oscillations.

Comme arguments en faveur de cette théorie de la dilatation vasculaire cérébrale primitive, on doit rappeler ici les expériences de Gley (*Sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel*, th. doct. Nancy, 1881) sur le pouls carotidien pendant l'état de repos et pendant l'activité du cerveau. Cet auteur, étudiant au moyen de la méthode graphique les caractères du pouls carotidien dans ces conditions différentes, a montré que la pulsation de cette artère augmente notablement d'amplitude, que la ligne d'ascension devient plus rapide, que les ondulations secondaires se multiplient sur la ligne de descente, etc., tous caractères qui sont en rapport avec un écoulement plus facile du sang dans les branches terminales de l'artère explorée. M. Gley conclut avec raison que ces modifications tiennent à une influence vaso-motrice; cette influence, dont il ne précise pas la nature, nous paraît être du même ordre que celle qui préside aux modifications du calibre des vaisseaux dans une glande qui fonctionne, c'est-à-dire une action vaso-dilatatrice.

M. Gley, tout en observant, comme Tanhoffer (*Der Einfluss d. Gehirnthätigkeit auf d. Puls.*, in *Pflüger's Arch.*, 1879), que le pouls radial diminue d'amplitude et prend les caractères d'un pouls de forte tension, se garde bien de conclure que c'est sous l'influence d'une élévation de la pression par action des vaso-moteurs périphériques qu'on observe le gonflement congestif du cerveau pendant les périodes de travail intellectuel. Il voit dans ce fait seulement ce qu'on y doit voir, c'est-à-dire un phénomène vaso-moteur inverse de celui qui se produit dans les vaisseaux du cerveau, et ne subordonne pas l'exagération de la circulation cérébrale à l'augmentation de la pression dans les artères périphériques.

On pourrait objecter à ces remarques qu'en même temps que la pression sanguine, élevée par le fait du resserrement des vaisseaux périphériques, distend mécaniquement les vaisseaux du cerveau, le cœur pousse plus énergiquement ses ondées dans ces vaisseaux déjà tendus : de là la plus grande amplitude des oscillations, que nous ne pouvions comprendre avec une exagération toute passive de leur pression intérieure. Mais le fait même de l'augmentation d'énergie des systoles du cœur reste à démontrer : on a parlé d'une impulsion exagérée du sang par le cœur sans aucune preuve à l'appui, et pour cette seule raison que les battements deviennent un peu plus fréquents, et que le choc du cœur donne une sensation de brusquerie plus grande. Mais on sait bien que ce ne sont pas là des motifs suffisants pour admettre une augmentation de la force impulsive du cœur; du reste, les modifications de la pulsation cardiaque étudiées graphiquement ne fournissent aucune raison de croire que le cœur fournit un débit sanguin plus rapide et plus abondant.

Il est a peine nécessaire d'ajouter, après ce qui précède, que nous renonçons sans difficulté aux réserves que nous avions émises dans un précédent mémoire au sujet de la signification des variations circulatoires du cerveau pendant le travail intellectuel. Nous disions, dans une note publiée en collaboration avec Brissaud, en 1877 *Mouvements d'expansion et de retrait du cerveau chez une femme, etc.*, in *C. R., Lab. Marey*, 1877. « Nous avons bien constaté, comme Mosso, que le cerveau augmente de volume quand on fait faire à la malade un petit calcul de tête; nous attribuons, nous aussi, cette augmentation de volume à l'exagération de la circulation encéphalique pendant l'expérience; mais nous avons observé une telle *modification dans la respiration* pendant que se produisait l'augmentation de volume du cerveau, *que nous croyons juste de faire nos réserves et de ne pas subordonner, entièrement du moins, l'augmentation de volume du cerveau à l'activité cérébrale et à l'activité circulatoire qui l'accompagne, à quelque titre que ce soit* » (Brissaud et François-Franck, *loc. cit.*, p. 151). On voit qu'il s'agissait simplement d'une réserve; nous demandions qu'on fît la part de l'influence des mouvements respiratoires dans la modification cérébrale observée; mais nous n'entendions pas nier le rap-

(1) J'ai donné le résumé de ces recherches dans le compte rendu d'une leçon de Mosso (*Revue scientifique*, mai 1876).

port direct entre l'activité du cerveau et l'exagération de sa circulation. Quoi qu'il en soit, notre ami Mosso a très complètement répondu à l'objection, et nous abandonnons avec plaisir, en présence des faits démonstratifs qui n'avaient pas été fournis en 1877, les réserves que nous avions exprimées à cette époque, et qui avaient été, du reste, formulées de nouveau par Tanhoffer dans son travail de 1879. Peut-être aussi Mosso trouvera-t-il de bonnes raisons à invoquer en faveur de l'opinion que nous avons discutée plus haut, à savoir que la congestion physiologique du cerveau est un phénomène passif, résultant de la dilatation des vaisseaux produite par l'augmentation de la pression artérielle générale; dans ce cas, nous nous empresserons, comme aujourd'hui, de renoncer à l'opinion que nous avons défendue, c'est-à-dire à l'*assimilation complète des phénomènes vasculaires cérébraux et glandulaires pendant l'activité fonctionnelle*.

En résumé : quand le cerveau passe de l'état de repos à l'état d'activité pendant le travail intellectuel ou sous l'influence d'une émotion, il reçoit une quantité de sang plus abondante.

Ce fait, qu'on devait prévoir, étant donné la connaissance des phénomènes circulatoires qui accompagnent l'état fonctionnel des organes, a été démontré d'une façon positive par une série de travaux récents, parmi lesquels il faut citer surtout ceux de Mosso et de Gley.

Quant au mode de production de cette congestion physiologique du cerveau en état d'activité, nous ne partageons pas l'opinion de Mosso, qui l'attribue à un afflux sanguin par excès de pression artérielle; pour cet auteur, le resserrement des vaisseaux des membres, de la peau, du reste du corps produit une augmentation générale de la pression sanguine, à la suite et comme conséquence de laquelle les vaisseaux du cerveau sont passivement congestionnés.

Nous avons développé les arguments rationnels et ceux que fournit l'expérimentation, qui doivent faire assimiler les modifications circulatoires du cerveau à l'état de fonction, aux modifications circulatoires des glandes, par exemple; de part et d'autre, c'est d'une *dilatation vasculaire primitive* qu'il s'agit, et non d'une *distension passive des vaisseaux par un excès de pression intérieure*.

François-Franck

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Emploi de l'homatropine en oculistique, par le docteur Sédan, médecin-major.

La pratique des maladies des yeux démontre combien il reste à faire pour créer un arsenal thérapeutique qui puisse répondre à toutes les indications. Les difficultés auxquelles on se heurte à chaque pas font accueillir avec empressement les substances nouvelles, alors surtout que, dégagée de l'engouement de la première heure, l'opinion précise leurs propriétés et leur réelle valeur. Tel est le cas de l'homotropine ou homatropine (voy. *Arch. méd. belges*, p. 80, 2e série, 1880), au sujet de laquelle un maître en l'art de l'observation rigoureuse, M. le professeur Galezowski publie tardivement, dans le numéro de mai de son *Recueil d'ophthalmologie*, un travail dont nous avions l'analyse depuis le 12 février 1881.

Si en France les petits enfants et les vieillards, aussi bien que les femmes anémiées, ont pu donner lieu à des cas d'empoisonnement par l'atropine, à des symptômes plus ou moins graves, on concevra sans peine qu'ils aient pu être plus fréquents ici, où la population cachectique et chlorotique forme le fond de notre clientèle africaine. L'expérience est venue confirmer cette prévision, et effectivement, l'atropine s'est montrée infidèle et dangereuse dans bien des cas; pour obvier au principal danger que nous lui avions reconnu, l'irritation marginale des paupières et l'éruption eczémateuse péri-orbitaire, nous avions dès longtemps employé bien des moyens avec plus ou moins de succès. Celui qui semblait donner les meilleurs résultats était un enduit protecteur composé d'oxyde de blanc de zinc, 1gr,50; de teinture de benjoin, 1gr,50; de vaseline pure, 10 grammes, appliqué au pinceau sur le pourtour des paupières, et en particulier de l'inférieure; il a sûrement prévenu des accidents. Malheureusement, là n'était pas le plus grave inconvénient de l'atropine, et il est constant que, dans des cas bien définis, elle a provoqué une réaction inflammatoire incontestable, absolument noire, et en dernière analyse a pu donner lieu à de vrais symptômes d'empoisonnement, comme il a été dit plus haut. La classe des mydriatiques, d'ailleurs, tend à prendre dans la thérapeutique oculaire une place de plus en plus grande. Nous verrons plus loin que cette extension paraît justifiée. De là l'obligation de remplacer l'atropine, du moins dans les circonstances où elle pourrait nuire, par un autre médicament qui, à des propriétés identiques, joindrait un moindre danger d'application.

La duboisine, essayée en 1878, et dont l'histoire, tracée par un élève de Galezowski, se trouve au long dans sa thèse (docteur Fouqué, *De la duboisine*, 1879) la duboisine, dis-je, que nous avons appliquée en grand chez Gillet de Grandmont et plus tard en Algérie, s'est montrée, dans des circonstances déterminées, d'une évidente utilité, et au bout de trois ans d'usage, s'il nous était permis d'en préciser l'emploi, ce serait dans les seuls ulcères atoniques, scrofuleux ou non, dits en coup d'ongle, qui font le désespoir des malades et des médecins, et qui ont tout à gagner de la légère irritation qui accompagne l'usage de ce mydriatique. Innocent quant à la santé générale, il ne produit pas, que nous ayons vu, d'éruption cutanée périphérique; mais, et c'est là le point désormais bien élucidé de son histoire, cette légère tendance à l'inflammation peut malheureusement s'ajouter trop souvent à celle qui existe déjà, et si surtout on doit s'en servir longtemps, il n'est pas rare d'assister au développement d'un état phlogistique qui déroute et compromet quelquefois la situation.

Pour s'approcher donc de la perfection, la duboisine ne la réalise toutefois pas encore; c'est ce qui nous a conduit à étudier à notre tour l'homatropine, dont le travail de Galezowski, analysé par les journaux, avait relevé l'existence.

Nous avons pris à la pharmacie Adrian le produit qui a servi aux expériences; cela vers le 4 mars 1881; il porte le cachet Mialhe. Le collyre d'essai a été de 5 centigrammes pour 10 grammes d'eau. Voici en détail les observations des cas principaux dans lesquels il a été employé :

Obs. I (n° 153 du registre). — Mlle M... (route des Moulins, Blidah) nous est apportée le 7 mars 1881, âgée de neuf mois. Elle est atteinte de leucome central des deux cornées; cécité confirmée par le médecin traitant; dilatation à l'atropine, 0,05/10, 2 gouttes à un quart d'heure de distance; froid, pâleur, vomissements, puis surexcitation, fièvre; impossibilité d'examiner. La petite malade est atteinte le lendemain d'éruption très légère, mais généralisée. Six jours après, emploi de l'homatropine; dilatation complète, qui permet de percevoir un petit point de la pupille en dehors du leucome; pas d'accidents généraux. L'homatropine a servi dans la suite du traitement du sujet, heureusement parvenu à recouvrer la vue d'un œil.

Obs. II (n° 165). — Mme C. M..., fermière de M. de M..., à Marengo, vient, le 19 mars, consulter pour un double abcès de la cornée de l'œil droit, compliqué de trichiasis double, pour lequel elle réclame une opération. Ponction des abcès. Pansement antisep-

tique; atropine, 1 goutte toutes les trois heures, 0,05/10; vomissements. Le soir même, inappétence, faiblesse, inflammation violente du globe. Le lendemain, éruptions, malgré l'enduit protecteur; emploi de l'homatropine à dater de ce jour; succès complet, qui permet d'opérer le trichiasis le 28. Ce sujet avait déjà été traité par l'atropine, et avait eu des symptômes d'inflammation tels, qu'elle avait renoncé à tout traitement, ne sachant quelle drogue incriminer, pour n'employer que l'eau froide, dont elle se servait encore à son arrivée près de nous.

OBS. III (n° 169). — Mlle Prudence Pr....., âgée de onze mois, de Sidi-Rachet (22 mars). Ophthalmie purulente double remontant à dix-huit jours; perte de la vue des deux yeux; leucome central couvrant la cornée. Cette enfant, dit-on, vomit depuis six jours. Etat général mauvais : pâleur, faiblesse; pas de lésions apparentes; elle refuse de prendre le sein et ne dort pas. Le traitement initial a consisté, au village, en une goutte de nitrate d'argent au 1/100e et une goutte d'atropine au 0,2/5, alternativement de trois en trois heures.

Instruit par le cas qui précède, on prescrit l'usage de l'homatropine, les lotions chaudes et l'iodure d'argent naissant. Cessation de la suppuration; éclaircissement des bords des leucomes et dilatation pupillaire suffisante pour qu'on ait pu se dispenser de la synechotomie. Le fait saillant a été la cessation de tous les symptômes généraux pour lesquels il n'avait été rien fait en dehors de la suppression de l'atropine.

OBS. IV (n° 175). — F. A... fils, de Blidah, âgé de six ans. Ulcère de la cornée, hypopion, ponction, homatropine; guérison sans symptômes généraux, malgré l'insistance dans l'emploi du mydriatique; pas d'éruption, pourtant pas de précautions préventives.

OBS. V (n° 184). — Mlle M..., âgée de douze ans, café du L. D., à Blidah (6 avril). Faible, chétive, anémiée, réglée à neuf ans, chlorotique. Abcès double des cornées; ulcérations marginales à droite; granulite généralisée. Traitée par un spécialiste de passage avec la duboisine, elle a vu l'état de ses yeux empirer tellement, qu'elle éprouve des douleurs intolérables; photophobie et inflammation suraiguë; ponction immédiate des abcès; cautérisation au feu des ulcères; homatropine en permanence; lotions chaudes à la décoction de feuilles de belladonne. Guérison le 20 mai, jour où elle enlève définitivement son bandeau.

Aussi bien, il semble inutile de pousser plus avant, et voici l'énoncé des circonstances dans lesquelles l'homatropine nous a servi et nous sert encore aujourd'hui.

Le n° 189 (9 avril). Mouzaïapille : conjonctivite phlycténulaire; cautérisation ignée; procédé Gillet de Grandmont, Legroux.

Le n° 207 (29 avril). El-Affroun : ulcères marginaux des cornées envahissantes; procédé Sœmisch.

Le n° 208 (1er mai). Milianah : opéré du kératotome par le procédé Meyer.

Le n° 214 (10 mai). Blidah : ulcère pultacé granuleux de la cornée gauche; pannus opéré par le cautère actuel (Martin).

Le n° 220 (23 mai). Chéragas : strabisme hypermétropique intermittent. Ce cas est des plus remarquables. Le docteur Boucheron, qui a recommandé les mydriatiques dans cette maladie, a dû rencontrer quelques accidents, puisque, dans sa communication à l'Académie (6 juillet 1880), il prévoit que l'atropine pourra ne pas être supportée. L'homatropine, continuée au moment de la note (3 juin), n'a donné lieu à aucun accident, et réellement le résultat obtenu permet d'espérer une cure définitive et peu éloignée.

Un autre fait qui, s'il est positif, sera l'application la plus rationnelle de l'homatropine, est son emploi dans la myopie progressive. Ce sujet, trop vaste, et d'ailleurs depuis plusieurs années l'objet de nos études, sera traité plus tard. Toujours est-il que l'innocuité du médicament constituera un singulier adjuvant à sa généralisation. Deux enfants sont ainsi traités en ce moment. Dans toutes ces circonstances, les effets ont été les mêmes que ceux de l'atropine au point de vue fonctionnel et sédatif, avec les accidents toxiques inflammatoires ou irritatifs locaux en moins.

Son action est en revanche de courte durée, ce qui guidera le médecin dans son ordonnance, qui tendra à ne jamais la laisser épuiser : 2 à six gouttes matin et soir le premier jour, 2 à 4 le second, 1 à 2 le troisième, et les jours suivants sont des doses largement suffisantes pour obtenir le maximum de l'effet. On utilisera en plus, dans les examens ophthalmoscopiques, et particulièrement devant les conseils de revision, cette heureuse particularité qui fait de l'homatropine un médicament rapidement neutralisé. On peut d'ailleurs, dans ces circonstances, hâter la fin de la mydriase en badigeonnant le bord des cils avec une petite goutte de collyre à l'ésérine à 0,02/10.

Cela dit, et pour épuiser le sujet, il est utile d'ajouter que le prix de l'homatropine est en ce moment tellement exagéré, que là serait un obstacle à son emploi, si, par une loi d'économie commerciale bien connue, son usage ne provoquait pas la diminution de son prix : il coûte 50 francs le gramme, marque Mialhe; l'atropine dont nous nous servons, marque Moreaux, coûte seulement 2 fr. 20 c. le gramme. Espérons que les préparateurs arriveront à réaliser pour l'homatropine ce qu'ils ont fait pour la duboisine, qui en moins d'un an a baissé de 16 à 12 francs le gramme. Cette considération, qui pourra paraître banale en France, ne l'est pas ici, où les ressources sont moindres et où les questions d'argent ont une influence qu'on ne saurait contester.

Puissent ces quelques notes, qui viennent pleinement corroborer celles de M. le professeur Galezowski, engager nos confrères à employer ce précieux agent, et puissent-ils croire que nous n'avons relaté ce qui précède que dans le but de leur faire connaître les services qu'il nous a rendus, et de leur offrir par son emploi une solution facile aux cas si embarrassants qui se sont présentés à nous-même.

Coléah, mai 1881.

CORRESPONDANCE

Nancy, 1er août 1881.

Classement des professeurs dans les Facultés de médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DECHAMBRE

Monsieur et très honoré collègue,

Permettez-nous de vous féliciter de voir examiné par vous, au grand jour de la publicité de votre journal, le *classement des professeurs dans les Facultés de médecine;* le corps enseignant ne pouvait désirer mieux que de voir ses intérêts soumis à votre appréciation si équitable et si compétente.

Mon cher collègue le professeur Bernheim a exposé une partie de la question; je n'ai pas à revenir sur les singularités, pour ne pas dire injustices, qu'il nous a signalées, et dont il est une des victimes; il est un point qui, à mon avis, n'a pas été mis assez en relief, et ce point est très important, puis qu'il sert de base à tout le travail de classification : *c'est le mode suivant lequel s'établit pour les professeurs le nombre de leurs années de service.* Or, suivant le mode adopté, *on ne compte que pour moitié le temps de l'agrégation*, quelle que soit la manière dont il a été rempli. L'Etat compte six années de service au jeune lieutenant qui sort de l'Ecole de Fontainebleau : deux années de préparation à l'Ecole polytechnique, deux années passées dans cette Ecole, deux années passées dans l'Ecole d'application, en tout six années de service pour le temps passé à *apprendre à servir* dans le génie, l'artillerie, etc. Notez que je ne blâme pas; je constate seulement, et avec satisfaction, la libéralité de l'Etat.

Pour devenir agrégé dans une Faculté de médecine, combien faut-il d'années d'études au jeune docteur, à supposer qu'il réussisse au premier concours?

Attaché à une Faculté, l'agrégé doit toujours se tenir prêt à remplacer dans sa chaire un des professeurs de la section à laquelle il appartient. Il est donc toujours tenu en haleine par ces exigences. Il peut, en outre, sans remplacer qui que ce soit, être chargé d'un cours permanent. A Strasbourg, tous les agrégés étaient chargés de cours complémentaires en sus des suppléances, qui, parfois,

étaient fort longues; un de vos collaborateurs pourra nous renseigner complètement à cet égard.

Voilà donc une préparation longue et difficile, un titre conquis au concours, un travail continuel, une participation effective à l'enseignement de la Faculté, qu'un trait de plume cote comme le temps d'un élève attaché comme aide à un laboratoire, à une clinique pour y faire ses études; à l'égal du temps de service d'un suppléant d'une école secondaire, qui pendant toute la durée de ses fonctions peut n'avoir jamais été appelé à prendre part à l'enseignement, ni même aux actes probatoires. Ne vous semble-t-il pas que les services *réels* de l'agrégé aient été sacrifiés par une assimilation contraire à la justice?

Négliger les intérêts de l'agrégation, c'est négliger l'avenir de l'enseignement supérieur lui-même.

On ne cesse de demander des agrégés, on a raison; mais les jeunes docteurs appelés feront les réflexions que je vous soumets et ils sentiront refroidir leur zèle pour les hautes études, si arides et si mal appréciées.

Si dans d'autres Facultés, ce que j'ignore, il est des agrégés qui n'ont pris aucune part à l'enseignement comme suppléant les professeurs, ou comme chargés de cours complémentaires, il est facile d'examiner la dossier de chacun. Le temps consacré à l'enseignement dans une Faculté doit être compté pour l'agrégé comme celui du professeur lui-même. Ce temps de service effectif ne peut être diminué d'un trait de plume, ni amoindri en quoi que ce soit.

Cette classification sans équité est un mal en soi et une cause de désorganisation de l'enseignement supérieur. Il semblerait qu'un mauvais génie ait passé par là pour faire pousser l'ivraie dans ce champ exempt jusqu'ici des passions qui viennent d'y germer et qui prépareront sa décadence. Les conditions de durée et de prospérité des institutions ne se trouvent que dans la justice.

Agréez, monsieur et très honoré collègue, l'assurance de mes sentiments très dévoués.

Professeur HERRGOTT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

VACCINATION CHARBONNEUSE; COMPTE RENDU SOMMAIRE DES EXPÉRIENCES FAITES A LAMBERT, PRÈS CHARTRES, POUR VÉRIFIER LA MÉTHODE DE M. PASTEUR, par M. *Bouley*. (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 30, p. 486.)

SUR UN PROCÉDÉ NOUVEAU DE VACCINATION DU CHOLÉRA DES POULES. Note de M. *H. Toussaint*. — Il s'agit d'un procédé d'atténuation du virus du choléra des poules autre que le procédé employé par M. Pasteur, et qui consiste dans l'action continue de l'oxygène. On sait que M. Toussaint est arrivé, par ses expériences, à établir l'identité de la septicémie expérimentale et du choléra des poules (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 2 août 1880). Il avait montré qu'on pouvait donner lieu à la manifestation du choléra des poules en inoculant le microbe de la septicémie. De nouveaux faits ont confirmé ces résultats.

Je viens de faire, dit l'auteur, deux séries d'expériences : l'une avec du sang charbonneux qui m'avait été envoyé des Vosges; l'autre avec un lapin mort très rapidement à la suite d'une inoculation de sang extrait depuis vingt heures d'une vache tuberculeuse. Les lapins inoculés avec le sang charbonneux sont morts en sept ou huit heures de la septicémie. Ce sang charbonneux altéré renfermait un microbe exactement semblable à celui du choléra des poules. Inoculé à des pigeons, il les a tués d'abord en quatre ou cinq jours, puis en trois jours, enfin en deux ou un jour. Inoculé du pigeon aux poules, on a obtenu les mêmes résultats, c'est-à-dire que la première poule est morte le quatrième ou le cinquième jour, et les autres successivement en trois, deux et un jour. Au moment où j'ai fait ces expériences, j'ai pu exactement comparer les lésions du choléra de ces poules avec celles qui résultent de l'inoculation. J'avais prié M. Pasteur de m'envoyer le microbe de cette maladie, et je dois dire que l'observation la plus minutieuse ne peut établir aucune différence dans les symptômes, les lésions de la peau, des muscles et du sang, ni dans les cultures de ces parasites. Ces expériences sur le choléra et sur la septicémie ont été faites dans deux locaux et avec des instruments spéciaux pour chacune. J'eus alors l'idée d'inoculer directement aux poules le sang des lapins morts de septicémie. Les résultats furent ceux d'un virus atténué : lésions légères de la peau et du tissu conjonctif sous-jacent; quelquefois une très petite altération des fibres musculaires; mais, dans tous les cas, les poules guérirent et furent réfractaires à l'inoculation du choléra. Les cultures du sang de lapin septicémique agissent de la même façon : c'est à peine si, dans ce cas, l'inoculation détermine chez les poules une légère cicatrice de la peau, arrondie et régulière comme si on l'avait faite à l'emporte-pièce.

Avec cette variété de septicémie du lapin, on pourrait donc faire un vaccin pratique qui permettrait d'arrêter les épizooties si graves que l'on observe si souvent sur les oiseaux de basse-cour. Il suffirait, pour éviter toute dépréciation, d'inoculer les animaux à l'extrémité de l'aile.

Lorsque la septicémie a tué la poule après avoir passé par le pigeon, ses propriétés très virulentes pour ces deux espèces se conservent même après l'inoculation au lapin.

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 2 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. *Bergeron*, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés pour l'année 1880. Ce rapport est accueilli par les plus vifs applaudissements.

M. *le Président* proclame ensuite le nom des lauréats et communique le programme des prix pour l'année 1881.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1880.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question proposée : *De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie, et réciproquement.* — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur RENDU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, auteur du mémoire inscrit sous le n° 2.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Question proposée : *Anatomie pathologique des cartilages articulaires.* — Ce prix était de la valeur de 1200 francs. Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — Question proposée : *Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur.* — Ce prix était de la valeur de 1500 francs. Trois mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur LIÉGEOIS (Charles-Auguste), médecin à Bainville-aux-Saules (Vosges), auteur du mémoire inscrit sous le n° 1er.

Elle accorde : 1° Une première mention honorable à M. le docteur ARNAUD (Henri-Marius), à Beauvoisin (Gard). 2° Une deuxième mention honorable à M. le docteur LAMARRE (Édouard), à Saint-Germain-en-Laye.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — Question proposée *Influence de la luxation coxo-fémorale sur la conformation du bassin.* — Ce prix était de 1500 francs. Deux mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à M. le docteur VERRIER (Eugène), médecin à Paris, pour son travail inscrit sous le n° 2.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. — Ce prix était de la valeur de 7000 francs. Onze ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° 2000 francs à M. le docteur Edmond Delorme, chirurgien-major de 1re classe, pour son mémoire sur la *Ligature des artères de la paume de la main*; 2° 1000 francs à M. le docteur E. Masse (de Bordeaux), pour son travail intitulé : *De l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations;* 3° 1000 francs à M. le docteur Christian Smith (de Bruxelles), pour son précis clinique des *Affections des voies urinaires chez l'homme;* 4° 1000 francs à M. le docteur P. Burot, médecin de 1re classe de la marine, pour son ouvrage : *De la fièvre dite bilieuse inflammatoire à la Guyane.*

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la *Pathologie interne*. Il était de la valeur de 1500 francs. Quinze ouvrages ou mémoires ont été envoyés au concours.

L'Académie ne décerne pas le prix; elle accorde à titre de *récompense :* 1° 600 francs à M. le docteur Grasset (de Montpellier), pour ses travaux sur les *Localisations dans les maladies cérébrales et les maladies du système nerveux;* 2° 400 francs à M. le docteur Damaschino, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour son ouvrage sur les *Maladies des voies digestives*, inscrit sous le n° 13.

Elle accorde à titre de *mention honorable :* 250 francs à M. le docteur Angel Marvaud, médecin aide-major; 250 francs à MM. les docteurs E. Brissaud et A. Josias, médecins à Paris.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pouvaient être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il était de la valeur de 2000 francs. Sept ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Fonssagrives, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (Hérault), pour son ouvrage en deux volumes ayant pour titre : *Traité de thérapeutique appliquée.*

Prix fondé par madame veuve Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1500 francs, doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur ouvrage manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; étaient seuls exclus, les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne devait pas être partagé ; si aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs devait être reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pouvait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun. Sept ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs H. Beauregard et V. Galippe, pour leur ouvrage intitulé : *Guide de l'élève et du praticien pour les travaux pratiques de micrographie.*

Elle accorde : 1° une mention très honorable à M. le docteur Badal; 2° une mention honorable à M. le docteur Chapuis.

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Question : *De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc.* — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix fondé par M. le docteur Falret. — Question : *De la folie désignée sous les dénominations de : folie circulaire, folie à double forme, folie à formes alternes.* Les concurrents devaient réunir dans leur travail le plus grand nombre possible d'observations cliniques —Ce prix était de la valeur de 1500 francs. Quatre mémoires ont concouru.

L'Académie décerne un prix de 1000 francs à M. le docteur Ritti (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton, auteur du mémoire inscrit sous le n° 4.

Elle accorde, en outre, une récompense de 500 francs à M. le docteur A. Mordret, médecin chef de l'asile de la Sarthe, au Mans, pour son mémoire inscrit sous le n° 1.

Prix fondé par M. le docteur Huguier. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; étaient seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. — Ce prix ne devait pas être partagé. Il était de la valeur de 2000 francs. Deux ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Petit (Henri), sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, pour son mémoire inscrit sous le n° 2.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une » somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille » somme destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit » la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux ani- » maux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays » à endémie goitreuse. Le prix ne sera donné que lorsque les » expériences auront été répétées avec succès par la commission » académique. » — Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance.— Question : *Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France.*— Ce prix était de la valeur de 1000 francs.

L'Académie n'a reçu aucun mémoire; mais elle a accordé les récompenses suivantes aux auteurs des mémoires ne répondant pas à la question proposée, savoir :

1° *Des médailles d'argent à :* M. le docteur Bibard, à Pontoise ; M. Henri Fauvel, chimiste au laboratoire municipal (avec une allocation de 400 francs); M. le docteur Louis Pénard, président de l'Association des médecins de Seine-et-Oise ; M. le docteur Zinnis, médecin à Athènes (Grèce).

2° *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Diard, de Rambouillet; René Blache; Mignot, de Chantelle (Allier).

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la destination susdite, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des épidémies de 1879 :

1° *Une médaille d'or à :* M. le docteur Pilat, médecin à Lille (Nord), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans le département du Nord, et principalement pour un rapport sur les épidémies de fièvre typhoïde.

2° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Lecadre (du Havre).

3° *Des médailles d'argent a :* MM. les docteurs Deligny, médecin à Toul; Gerlier, médecin à Ferney-Voltaire (Ain); Geschwind, médecin-major du 6e bataillon de chasseurs à pied); Lardier, médecin à Rambervilliers (Vosges); Longet, médecin-major de 1re classe; Mauricet, médecin à Vannes; Pestel, médecin à Saint-Chartier; Ch. Viry, médecin-major de 2e classe, et Eugène Richard, médecin-major de 2e classe à Philippeville (Algérie).

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Barbrau, de Rochefort (Charente-Inférieure); Daniel, de Brest (2e rappel); Farges, d'Angers (Maine-et-Loire); Remilly, de Versailles (Seine-et-Oise).

5° *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Barbarin, à Briançon (Hautes-Alpes); Comballat, à Marseille; Dardignac, médecin-major de 2e classe; Fournier, à Soissons (Aisne); Huguenard, aide-major de 1re classe; Jablonski, à Poitiers; Lemenant des Chesnais, à Authon-du-Perche (Eure-et-Loir); Lallemand, à Dieppe (Seine-Inférieure); Ringeisen, à Schlestadt (Alsace); Rousseau, à Vouziers (Ardennes); Sauvé, à la Rochelle.

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1878 :

1° *Médailles d'argent à :* MM. les médecins-inspecteurs des eaux Japhet, à Enghien; Bloc, à Andabre et Cayla.

2° *Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à :* MM. les médecins-inspecteurs des eaux Planche, à Balaruc; Laissus, à Brides et Salins; Auphan, à Ax-sur-Ariège; Boissier, à Lamalou.

3° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Weber, médecin principal de 1re classe à Amélie-les-Bains; Renard, médecin major de 1re classe à Hammam-Rira; Souligoux, médecin à Vichy.

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1879. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de* 1500 *francs partagé entre :* MM. les docteurs Antony, médecin major de 1re classe; Boucher, médecin major de 2e classe; Claudot (Maurice), médecin major.

2° *Des médailles d'or à :* MM. les docteurs Amat (Ch.), aide-major de 2e classe; Claudo, conservateur du vaccin à Nice (Alpes-Maritimes); David, à Nolay (Côte-d'Or); Van-Maris, médecin en chef de la garnison de Dunkerque (Nord).

3° D'accorder les *cent médailles d'argent* aux vaccinateurs dont les noms suivent, et qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées; les autres par des observations ou des mémoires qu'ils ont adressés à l'Académie :

Mme Abriou, MM. Adhéran, Allemandou, Mme Amalvy, MM. Amat, Annesley, Artance, Augé, Mme veuve Auguste, M. Baley, Mlles Bauduin, Belette (Elise), Mmes veuve Bellebarbe, veuve Belloque, MM. Benoist, Benoit (Léopold), Bernard (Henri), Bosc, Brachet, Bucquoy, Mme Burellier, M. Carles (Conrad), Mme Caumel (Noélie), M. Chambon, Mmes Chapeau, Charlon, M. Charras, Mme Chéquer, MM. Clément, Croquison, Mme veuve Damemme, M. Daumas, Mmes Dauvillers, Debruyne-Vermesch, M. De Fleury, Mme Desplanques-Dumoulin, M. Delaunégrie, Mme Duchesne, MM. Duverger, Eymery, Mme Faure, M. Fédérowicz, Mme Finqueneisel, M. Foriat, Mme Frès, M Fuzet-du-Poujet, Mlle Gueruct, MM. Guézennec, Guillet, Grinda (Jean-Baptiste), Mme Grossemy, MM. Hallé, Héritier, Herviaux, Izard, Mmes Lachaud, veuve Landren, M. Laroche, Mme Lebrun, Mlle Leclerc, M. Le Garec, Mme Léger, MM. Liébaut, Louboutin, Martin, Mlle Martin, M. Ménard, Mme Miedzychwska, M. Monnot, Mme Morvan, M. Munier, Mlle Naizin, M. Nicolas, Mmes Noiller, Péjout, Pélissier, MM. Péroton, Piégu, Mmes Prélin, Prieur, MM. Regnault, Rey (François), Richard, Mme veuve Rigal, MM. Rivairol, Roelandts, Roger, Rondeau (Georges), Ruelle, Mmes Sauvagect Brunel, MM. Schmitt, Sortais, Tachard, Mlle Templer, M. Testaud, Mmes Thibaud, Tricart-Moreau, Vallée, MM. Védel, Weil (Jacob).

(*A suivre.*)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Résection du genou. — Tumeurs du corps thyroïde. — Hystérectomie. — Traitement du glaucome par la sclérotomie équatoriale transverse. — Désarticulation de la hanche; procédé particulier de pansement ouvert.

M. *le Secrétaire général* lit un mémoire de M. *Jules Bœckel* (de Strasbourg), sur la résection du genou. L'auteur dit qu'avec le pansement de Lister on obtient des guérisons qui dans certains cas tiennent du prodige.

— M. *Le Fort.* M. Périer a présenté une observation d'extirpation de tumeur du corps thyroïde. La malade avait déjà passé par les salles de M. Le Fort. Ce chirurgien présente une tumeur enlevée sur un autre malade; elle siégeait également dans le corps thyroïde.

— M. *Horteloup* lit un rapport sur une observation d'hystérectomie, par M. *Bauregard* (du Havre). La malade était guérie vingt-cinq jours après l'opération. Le pédicule avait 50 centimètres de circonférence ; on le sectionna avec l'écraseur, ce qui demanda une heure et demie. C'est un moyen défectueux, parce qu'il dure trop longtemps. M. Bauregard avait fait une ponction exploratrice pour confirmer le diagnostic; cette ponction n'est pas sans danger. M. Horteloup cite un cas de rupture de kyste de l'ovaire à la suite d'une ponction exploratrice.

— M. *Giraud-Teulon* lit un rapport sur la guérison du glaucome par la sclérotomie équatoriale transverse, par M. *Nicati.*

— M. *Verneuil* présente un malade auquel il a désarticulé la hanche, et auquel il a appliqué un pansement ouvert particulier.

C'est un jeune homme entré dans le service avec une récidive d'ostéo-sarcome dans le canal médullaire du fémur. L'opération date de trois mois.

M. Verneuil poursuit les applications de la méthode antiseptique et du pansement antiseptique ouvert dans les cas où il est impossible de faire autre chose. Voici en quoi consiste ce pansement ouvert. Le malade étant couché, la plaie à nu, on protège le patient avec un drap; puis, avec le pulvérisateur de M. Lucas-Championnière on dirige le jet de vapeur phéniquée tiède sur la plaie pendant une, deux ou trois heures. Les douleurs cessent bientôt; la plaie se déterge en quatre à six jours; le tégument conserve son aspect et la température s'abaisse.

Il y a trois mois, M. Verneuil est appelé à Compiègne pour voir un jeune volontaire qui avait reçu un coup de pied de cheval qui avait ouvert le genou et brisé la rotule. Le chirurgien militaire avait appliqué un pansement ouaté; la plaie était en bon état. Mais le soir même de la visite de M. Verneuil il se déclare une fièvre intense, avec frissons; un abcès se forme en dedans du genou; une grande incision fit tomber les symptômes alarmants. Puis, la fièvre reparut, drainage du membre, amélioration suivie de rechute.

L'état général était très mauvais; avant d'en arriver à la résection du genou, M. Verneuil voulut tenter les pulvérisations. Les pulvérisations furent faites jour et nuit; la fièvre tomba; l'appétit revint; le malade guérit.

Dans le service de M. Verneuil se trouvait un garçon qui avait eu d'abord une ostéite du tibia, puis une arthrite du genou, et enfin une suppuration de la cuisse remontant au trochanter. Amputation de la cuisse. Pansement ouvert, pulvérisation pendant trois heures matin et soir. Pas d'accidents, sauf une hémorrhagie qui n'empêcha pas la guérison. Ce qu'il faut faire ressortir, c'est la cessation de la fièvre et la marche rapide vers la guérison quand on emploi le pansement ouvert. Dans les cas de brûlures graves et étendues, on obtient également de bons résultats.

M. *Tillaux* conseille de faire la torsion de l'artère fémorale ; on éviterait ainsi l'hémorrhagie secondaire. Quand cela est possible, il vaut mieux faire la réunion immédiate qui abrège la durée de la cicatrisation. A ce propos, M. Tillaux cite un cas de désarticulation de l'épaule par le procédé à lambeau externe; procédé qu'il propose comme procédé de choix.

M. *Le Dentu* est partisan de la réunion immédiate, mais il reconnaît des contre-indications. Par exemple, quand il y a de la gangrène dans un membre, ou que cette gangrène est à craindre, il ne faut pas faire la réunion immédiate.

M. *Gillette.* Dans un cas de gangrène du bras, suite de traumatisme, M. Gillette désarticula l'épaule par le procédé à lambeau externe; pansement à l'alcool; guérison. On avait fait la réunion immédiate partielle.

M. *Verneuil.* On peut citer quelques cas heureux de réunion immédiate dans la gangrène; mais ce sont des exceptions. L'expérience démontre que c'est une mauvaise pratique de réunir des tissus broyés ou gangrénés.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Calcul de la région prostatique de l'urèthre. — Extirpation des angiomes pulsatiles. — Un cas de greffe cutanée.

M. *Saxtorf*, de Copenhague, assiste à la séance.

— M. *Fleury*, de Clermont, adresse à la Société une observation de calcul volumineux de la région prostatique de l'urèthre. Un homme de soixante-deux ans, entre à l'hôpital

le 17 juillet. Il porte au périnée une tumeur située au-devant de la région membraneuse; elle est un peu mobile; c'est un calcul, comme on peut s'en assurer avec une sonde introduite dans l'urèthre. M. Fleury fait une incision sur la ligne médiane et fait l'extraction de la pierre, qui a la forme d'une poire allongée et qui mesure 5 centimètres de longueur. Depuis, l'urine s'échappe presque en totalité par la plaie. Faut-il chercher à rétablir de suite la continuité de l'urèthre, mettre une sonde à demeure, ou attendre la cicatrisation de la plaie?

M. *Tillaux*. Il faut laisser le malade tranquille jusqu'à ce que l'urèthre soit cicatrisé; il n'y a pas de perte de substance, il est probable qu'il n'y aura pas de rétrécissement.

M. *Desprès* a présenté il y a trois ans un calcul prostatique enlevé chez un malade qui avait un rétrécissement en avant du calcul; après l'incision, M. Desprès mit une sonde à demeure dont il augmenta peu à peu le calibre. M. Desprès conseille à M. Fleury de placer dès maintenant une sonde à demeure dans l'urèthre de son opéré.

M. *Tillaux*. M. Fleury a fait une taille, et nous ne mettons jamais une sonde pour rétablir la continuité du canal après la taille; nous laissons la plaie se cicatriser.

M. *Le Dentu*. Du moment qu'il n'y a pas de rétrécissement, la plaie se cicatrisera et il ne restera pas de fistule.

M. *Duplay* est de l'avis de MM. Tillaux et Le Dentu; dans la lithotritie périnéale, il n'applique jamais la sonde à demeure.

M. *Gillette*, dans un cas analogue à celui de M. Fleury, a fait l'extraction du calcul et a mis une sonde à demeure qui ne put être supportée.

— M. *Terrillon* lit un rapport sur un mémoire de M. *Richelot*: de l'extirpation des angiomes pulsatiles. M. Richelot dit que c'est le meilleur traitement des angiomes, que la pratique des injections coagulantes est souvent insuffisante et parfois dangereuse. Le mémoire renferme deux observations.

Une femme de trente-sept ans portait sur le cou une tumeur pulsatile ayant 14 centimètres de hauteur; trois injections de perchlorure de fer faites par M. Verneuil ne donnèrent aucun résultat; M. Richelot fit quatre autres injections; la dernière amena une embolie pulmonaire qui n'eut pas de suites fâcheuses. Mais la tumeur s'était ulcérée et donnait des hémorrhagies, M. Verneuil fit l'extirpation; le malade guérit.

Dans l'autre observation, un homme de vingt-sept ans portait la tumeur sur le front; la compression fut inutile. Une ponction faite avec un trocart avant d'opérer ne put vider la tumeur. M. Verneuil fit l'extirpation et perdit peu de sang. Le malade guérit.

L'extirpation est une méthode précieuse et qui ne fait pas courir grand danger aux malades. Elle réussit dans les cas graves où le perchlorure de fer ne produit aucun effet. Telles sont les conclusions de M. Richelot. D'après M. Terrillon, le progrès est plutôt vers la méthode sanglante que vers la méthode coagulante.

M. *Verneuil*. Il est un peu exorbitant de présenter l'extirpation comme la méthode de choix pour le traitement des tumeurs cirsoïdes. Cependant, dans la première observation, elle était justifiée, puisque les injections avaient été impuissantes. Dans l'autre cas également : il y avait des veines frontales et pariétales du volume du petit doigt.

M. Decès, de Reims, a démontré une chose non connue avant lui : si on détruit le centre de la tumeur, les gros vaisseaux voisins s'atrophient immédiatement.

M. *Desprès* est aussi partisan de l'ablation; c'est la meilleur méthode de traitement.

M. *Guéniot*. Dans une précédente discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1868, on s'était plutôt rallié à la pratique des injections; cette question avait été traitée à propos d'une ablation faite avec succès par M. Guéniot à l'hôpital Saint-Antoine.

M. *Trélat*. M. Decès fils a fait sa thèse avec la pratique de son père et deux observations recueillies à Paris. Pendant qu'on étudiait les injections coagulantes, on perdait de vue la pratique de M. Decès. Pendant que M. Trélat faisait un remplacement dans le service de M. Alphonse Guérin, il vit un malade qui avait un anévrysme cirsoïde des doigts et de la main. Deux ligatures de l'humérale furent impuissantes; M. Trélat fit l'amputation de l'avant-bras; le malade guérit.

M. *Verneuil* se sent soutenu par les énormes progrès de la diérèse moderne. M. Guéniot avait perdu beaucoup de sang; M. Verneuil avait entouré la tumeur d'un tube en caoutchouc pour empêcher l'arrivé du sang.

M. *Tillaux* a vu à l'hôpital une jeune fille qui avait à la cuisse une tumeur pulsatile avec de nombreuses artérioles dilatées autour. Il en a fait l'extirpation parce qu'elle était ulcérée. Quand la tumeur n'est pas ulcérée, il n'est pas nécessaire de faire l'extirpation; la cautérisation interstitielle peut donner de bons résultats. Quel est le meilleur procédé pour faire l'extirpation? ce n'est pas le bistouri; il faut choisir l'anse galvanique, et à son défaut, le thermocautère.

— M. *Monod* lit un rapport sur un cas de greffe cutanée, lu à la Société par M. Virgile Caudron au nom de M. *Mayer*. Le 30 mai dernier, M. Mayer ayant enlevé un épithélioma du grand angle de l'œil, résolut de combler la perte de substance au moyen d'une greffe. Il prit à l'avant bras de la malade un fragment de peau ayant 6 centimètres de longueur et le sutura. Compression légère.

Le 4 avril, premier pansement. Le 8 avril, deuxième pansement; le 16 avril, guérison. On avait obtenu une guérison rapide et sans suppuration.

C'est là une opération autoplastique au premier chef; on l'appelle greffe, parce que le lambeau est complétement séparé du corps du sujet. La greffe est cutanée, parce qu'elle contient toute l'épaisseur de la peau.

Par la greffe le malade est mis à l'abri des dangers d'une plaie ouverte, et la cicatrisation est plus rapide. Wolff, en Écosse, a fait la même opération pour la cure de l'ectropion, mais c'est à Le Fort (15 février 1870) que revient la priorité pour l'emploi de la greffe à la cure de l'ectropion cicatriciel. Il prit un lambeau de peau sur le bras, mais le lambeau se gangréna. En 1872, il fit une autre tentative qui eut un plein succès.

En 1874, Sichel fit la même opération sur un de ses malades; succès partiel. Mais c'est après l'opération faite par Wolf que ce procédé entra dans la pratique courante, et on compte aujourd'hui quarante opérations dont vingt-sept succès.

Le lambeau se rétracte toujours; chez l'opéré de M. Meyer, le lambeau qui avait 6 centimètres n'a plus maintenant que 3 centimètres. Ordinairement on prend le lambeau à l'avant-bras; aussitôt taillé il perd un tiers de ses dimensions primitives, ce qu'il ne faut pas oublier si on ne veut pas tailler un lambeau trop étroit. Il faut avoir soin d'enlever tout le tissu cellulo-graisseux du lambeau. Les sutures ne sont pas indispensables; il vaut mieux fixer le lambeau avec la baudruche gommée. Pansement avec une solution d'acide borique, de l'ouate et une bande. Laisser l'appareil en place pendant quatre ou cinq jours.

M. *Berger* a eu l'occasion de faire deux fois cette opération pour un ectropion chez une femme complètement défigurée, et chez laquelle on ne pouvait songer à l'autoplastie ordinaire. Le lambeau emprunté à l'avant bras est resté fixé par son pédicule jusqu'au vingt et unième jour; il s'agissait de la paupière inférieure gauche.

Pour l'œil droit, M. Berger sutura la paupière et transporta

dans l'écartement de la joue un lambeau de 10 centimètres, ayant la forme de la perte de substance; suture du lambeau complètement détaché; pansement antiseptique. Le lambeau resta en place; il n'a plus que 3 centimètre 1/2; il se fit une légère exfoliation au centre du lambeau. Le résultat définitif fut des plus heureux; l'œil qui paraissait perdu peut encore rendre des services.

M. *Gillette* a pris sur le bras d'une femme un lambeau pour l'appliquer à un homme opéré d'un épithélioma de la face; l'insuccès fût complet.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Tumeurs sanguines symétriques sur la tête d'un oiseau : M. Mégnin. — Destruction du trijumeau par un abcès : M. Gellé. — Fonction rhythmique du cœur : M. Laborde. — Fonction rhythmique des muscles striés : M. Richet. — Reproduction expérimentale des phénomènes circulatoires de l'effort : M. François-Franck.

A l'ouverture de la séance, M. *Laborde* fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'Armand Moreau, l'un de ses membres les plus anciens, toujours fidèle à ses séances et contribuant activement à ses travaux. Il se fait l'écho de la Société pour exprimer la douleur qu'a causée cette mort imprévue. M. Dareste lit ensuite le discours qu'il a prononcé sur la tombe d'A. Moreau, au nom de la Société de biologie.

— M. *Mégnin* présente un oiseau (cardinal gris) porteur de deux tumeurs symétriques, du volume d'une noisette et développées au-dessus et en arrière de chaque orbite. Ces tumeurs paraissent vasculaires et en appliquant à leur surface un levier amplificateur, on a cru y remarquer des battements synchrones avec la respiration.

— M. *Gellé* présente les pièces curieuses d'un cobaye qu'il a rendu sourd depuis longtemps par destruction des deux limaçons. Cependant il ne s'agit pas aujourd'hui de l'examen des lésions auriculaires traumatiques ou consécutives; cela fera l'objet d'une communication subséquente. C'est, au surplus, d'une lésion de l'œil qu'il s'agit: quel rapport entre le traumatisme auriculaire et la lésion du milieu de l'œil?

Voici le fait:

Depuis quelques semaines le cobaye opéré offrait du côté droit une sécrétion abondante entre les paupières; de plus, derrière la cornée, saine, lisse, polie, transparente, on voyait une opacité blanche, grisâtre, cotonneuse, qui cachait entièrement le fond de l'œil.

L'animal perdait l'appétit, s'immobilisait dans un coin de sa cage, et baissait d'une façon visible.

A l'autopsie, on trouva les altérations suivantes, qui expliquent nettement la lésion oculaire et son mode pathogénique.

La calotte du crâne et le cerveau, d'ailleurs ferme et sain, sont enlevés. Aussitôt on trouve la fosse sphénoïdale et la face antérieure du rocher, et une partie de l'écaille temporale formant une saillie arrondie, jaunâtre, due au soulèvement de la dure-mère, décollée par une collection abondante d'un pus crémeux qui masque les creux et saillies de la région.

Aucune trace de méningite à la surface; à peine quelques tractus rougeâtres vasculaires à la face postérieure du rocher. Le ganglion de Gasser et le nerf trijumeau dans toute son étendue est ramolli, rougeâtre, presque diffluent, baigné de pus jaunâtre de bonne nature; on ne peut isoler et soulever le nerf sans le rompre.

Il s'agit bien d'une altération lente du trijumeau causée par la compression et le contact du pus d'un abcès ossifluent à marche lente, et né de l'oreille moyenne et interne, après le traumatisme qui a rendu sourd ce cobaye.

La lésion oculaire trouve là des explications pathogéniques naturelles: le processus morbide a créé ce que l'on a expérimentalement fait maintes fois dans le laboratoire de physiologie: il a détruit le trijumeau au niveau du trijumeau de Gasser.

L'œil sera examiné et le siège de cette altération des humeurs profondes sera bien délimité.

Il est à noter que la muqueuse nasale était aussi le siège de suffusions sanguines et couverte en quelques points de caillots hémorrhagiques.

Les lésions optiques feront l'objet d'une présentation ultérieure. Cependant, M. Gellé, à ce propos, rappelle que l'on voit souvent, en clinique, ces lésions de l'œil plus ou moins graves et profondes coïncider avec l'otorrhée ou la surdité de l'oreille du même côté. L'autopsie précédente montre un des modes de production de ces retentissements morbides à distance, qu'on a cru expliquer dans l'effet de la sympathie.

— M. *Laborde* a repris sur les mammifères adultes la question de la *fonction rhythmique du muscle cardiaque*, qu'il avait déjà étudiée avec M. M. Duval sur le cœur de l'embryon. Après avoir rappelé l'historique des nombreuses recherches poursuivies sur ce sujet (1), l'auteur ajoute que la meilleure démonstration qu'on possède jusqu'ici de cette activité rhythmique, indépendante, du muscle cardiaque a été fournie par l'examen des mouvements du cœur chez l'embryon, avant l'apparition des éléments nerveux. Mais, malgré les travaux exécutés sur la pointe du ventricule du cœur de la grenouille, région dépourvue, comme on sait, d'appareils nerveux ganglionnaires, on pouvait se demander encore dans quelle mesure les conclusions de ces recherches étaient applicables au cœur des animaux à sang chaud. Toutes les probabilités étaient évidemment en faveur de la généralisation du fait constaté sur le cœur de l'embryon et sur celui de la grenouille; mais il y avait intérêt à le démontrer expérimentalement chez les animaux supérieurs.

C'est ce qu'a fait M. Laborde en appliquant au cœur du chien les procédés connus d'exploration avec les appareils enregistreurs; les courbes obtenues ont été recueillies sur des plaques de verre et projetées à mesure qu'elles s'inscrivaient. On a pu montrer ainsi que quand on suspend la respiration artificielle chez le chien dont le cœur a été mis à nu, il se produit une série de phases successives dans lesquelles les traitements, d'abord irréguliers, prennent un rhythme et se groupent par trois ou par quatre. Puis, quand l'arrêt respiratoire a été assez prolongé pour que l'animal doive être considéré comme mort, on constate que le cœur, ainsi isolé au point de vue fonctionnel, du système nerveux central, prend un rhythme nouveau, lent et régulier.

Ici, tout doit faire admettre que ce n'est point une influence nerveuse qui entretient les battements du cœur et que ces contractions rythmiques sont bien la conséquence d'une propriété inhérente à la fibre musculaire cardiaque. En effet, toute excitabilité nerveuse centrale ou périphérique a disparu à ce moment.

— A propos de la communication de M. Laborde, M. *Charles Richet* rappelle ses propres expériences sur le tétanos rythmique de certains muscles. On sait que quand on soumet les muscles striés à des excitations électriques fréquentes, ils entrent en tétanos continu et restent contractés, sans oscillations apparentes. Mais on peut, en augmentant considérablement le nombre et la force des excitations, provoquer un tétanos à périodes dissociées, rythmiques, dans lequel le muscle, après s'être raccourci et être resté un instant tétanisé, se relâche malgré la persistance des excitations, pour se raccourcir de nouveau et se relâcher encore. Cette expérience se complète par une autre série dans laquelle en pro-

(1) Voyez un article d'ensemble sur la *Fonction rythmique du muscle cardiaque*, par M. François-Franck (*Gaz. hebdom.*, avril, 1881).

voquant des secousses successives isolées, on peut voir grandir un instant, puis décroître les secousses provoquées; après cette première période un nouvel accroissement d'amplitude survient, qui est suivi d'une nouvelle décroissance. Le muscle manifeste donc, dans ces cas, une fonction rythmique qui s'accuse par la formation de périodes successives, semblables entre elles.

M. *François-Franck* fait remaquer qu'il a exposé à la Société le 2 *juillet dernier* un certain nombre de faits relatifs à l'influence que les expansions et resserrements des artères exercent sur la circulation des veines qui les accompagnent dans les canaux osseux, etc., il proposait d'appeler *pouls veineux par pression latérale* les pulsations ainsi produites dans les veines.

M. *Ozanam* a demandé dans la séance de l'Académie des sciences du 11 *juillet* dernier, l'ouverture d'un pli cacheté déposé le 11 *juin* 1877, et dans lequel il énonçait des faits analogues, étudiés par d'autres procédés. Il désignait ces phénomènes sous le nom de *circulation veineuse par influence*. M. François-Franck fait simplement remarquer qu'il ne pouvait connaître le 2 *juillet* le contenu d'un pli cacheté ouvert le 11 du même mois.

M. *François-Franck* a repris sur les animaux l'étude des phénomènes circulatoires qui accompagnent l'effort, et que M. Marey avait déjà si bien analysés dans ses recherches sphygmographiques sur l'homme (1).

Le procédé qu'il a employé est fondé sur la connaissance préalable des variations subies par la pression intra-thoracique et intra-abdominale produites par l'effort. Comme on le sait, pendant l'effort d'expiration, la glotte étant fermée, la pression normalement négative du thorax se transforme en une pression positive plus ou moins considérable suivant l'intensité de l'effort, et la pression abdominale, toujours positive, prend une valeur beaucoup plus considérable. L'expérience sur l'homme, avec une double ampoule manométrique, avait montré à M. François-Franck, dans des recherches antérieures faites en collaboration avec M. Arnozan, que pendant l'effort, la pression intra-thoracique et intra-abdominale s'équivalent (Société de biologie, 1880).

Or, on peut reproduire ces conditions mécaniques de l'effort sur le chien, en soumetttant l'animal à une insufflation soutenue par la trachée, tandis qu'on exerce une compression sur l'abdomen au moyen d'une large sangle. Il est facile, avec une double exploration manométrique trachéale et abdominale, de conduire l'expérience de façon à rendre égales les pressions dans le thorax et l'abdomen, et à leur donner la valeur qui a été déterminée sur l'homme, c'est-à-dire 7 ou 8 centimètres de mercure.

L'analyse des modifications circulatoires obtenues à la suite de l'insufflation trachéale combinée à l'augmentation de la pression abdominale consistent en effets artériels généraux, pulmonaires, veineux et cardiaques.

Les changements de la circulation artérielle ont été trop complètement étudiés et expliqués par M. Marey, pour qu'il y ait lieu d'y revenir autrement que pour mémoire: on sait que le sang artériel projeté vers les artères périphériques abandonne le réservoir aortique, qui est soumis à une compression énergique dans le thorax et dans l'abdomen.

Mais, de plus, les vaisseaux pulmonaires se vident dans le cœur gauche, par le fait même de la pression qui s'exerce à leur surface et cessent de recevoir du sang du cœur droit. Celui-ci n'est plus alimenté par le système veineux général, le sang étant retenu aux abords du thorax. De telle sorte qu'à partir d'un certain moment, on peut dire que tout le contenu sanguin des organes intra-thoraciques a été expulsé au dehors, sans que la réparation soit possible.

(1) Cette note est le complément d'une communication sur l'effort, faite par M. François-Franck à la Société de biologie, le 17 mai 1879, et des remarques développées à ce sujet dans les travaux du laboratoire de M. Marey, t. IV, p. 441.

Au moment où on suspend brusquement l'insufflation en laissant l'air s'échapper par la trachée, comme au moment où l'effort cesse tout d'un coup, il se fait une rentrée rapide et considérable de sang dans la poitrine: le cœur et la circulation pulmonaire se surchargent, d'autant plus qu'une série d'inspirations profondes font suite à l'effort. L'aorte vidée tout à l'heure se remplit peu à peu, et pendant les premiers instants toute la circulation périphérique se trouve pour ainsi dire diminuée au profit des organes contenus dans le thorax : de là peut-être le vertige qui se produit quand on cesse brusquement un effort intense et prolongé.

On peut poursuivre l'assimilation des effets de l'insufflation forcée et de l'effort en considérant les modifications du rhythme cardiaque qui accompagnent et suivent ces deux actes.

Pendant l'insufflation, comme pendant l'effort, les pulsations du cœur présentent une *accélération considérable*. Ce phénomène, étudié déjà à propos de l'insufflation, notamment par Hering, a été rapporté à une excitation endo-pulmonaire retentissant par voie réflexe sur les appareils nerveux accélérateurs du cœur. M. François-Franck, admet de préférence, conformément aux faits établis par M. Marey, que l'accélération du cœur a son point de départ dans le cœur lui-même et sa raison dans la diminution considérable du travail du cœur qui exerce ses centractions sur des quantités de sang décroissantes à mesure que l'insufflation ou l'effort se prolonge davantage.

A la suite de l'insufflation ou de l'effort, on voit le cœur, jusque-là très accéléré subir un ralentissement considérable, souvent même présenter dans les deux cas une ou deux intermittences observées par M. Marey chez l'homme à la septième ou huitième pulsation après l'effort. De même que l'accélération, le ralentissement résulte des modifications de la circulation intra-cardiaque : c'est un fait bien connu que l'augmentation de la pression intra-cardiaque détermine la diminution de fréquence des pulsations (Marey); comme le phénomène inverse, celui-ci reconnaît pour point de départ une modification mécanique et pour condition de production la mise en jeu des appareils d'innervation du cœur.

Ces recherches ont été faites en partie avec la collaboration de M. F. Lalergue et sont exposées avec détail dans la thèse de doctorat qu'il va soutenir sur la circulation pulmonaire.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

Dosage de la glycose dans l'urine : M. Duhomme. — Tampon de coton iodée contre la métrite : M. N. Gueneau de Mussy.

M. *Duhomme* lit une note dans laquelle il établit par le calcul que le dosage de la glucose contenue dans une même urine donne des résultats différents suivant que l'on emploie le polarimètre à pénombre, dont la graduation est en degrés de cercle, ou le saccharimètre avec la division centésimale. Cette différence, qui atteint un chiffre de plusieurs grammes dans l'évaluation de la glycose, pour un litre d'urine, peut expliquer en partie le défaut de concordance d'analyses de provenances diverses. Il faut d'ailleurs en tirer cette conclusion, que l'équivalent en glycose du degré saccharimétrique est erroné ou que le pouvoir rotatoire pour la raie D de Fraunhofer est fixé d'une façon inexacte.

L'étude de cette question est renvoyée à une commission composée de MM. Duhomme, Biasson, Lebec, Yvon et Tanret.

— M. *Gueneau de Mussy* rappelle que, dans une précédente séance, il avait préconisé l'emploi des vapeurs d'iode obtenues au moyen d'un tampon de coton iodé introduit dans

le conduit auditif, pour le traitement de la myringite. Il a depuis lors employé ce procédé avec succès dans l'engorgement utérin.

Le 1er juin dernier il était consulté par une jeune femme, mère de trois enfants, qui souffrait de douleurs lombaires et hypogastriques exaspérées par la marche, au point de la rendre impossible. La malade était atteinte d'une leucorrhée abondante et offrait tous les signes d'une anémie accentuée; les règles étaient régulières, mais peu abondantes. A l'examen on constatait l'augmentation de volume de l'utérus en rétroflexion; l'organe semblait immobilisé dans le petit bassin; le col était entr'ouvert et les deux lèvres violacées présentaient une érosion assez étendue. La pression sur l'utérus était douloureuse; les culs-de-sac latéraux dans la région ovarienne offraient une rénitence assez prononcée. La malade avait été traitée déjà par des cautérisations au fer rouge, qui avaient procuré peu d'amélioration. On prescrivit l'usage d'une ceinture hypogastrique, le repos dans la position horizontale pendant les périodes cataméniales; l'usage de suppositoires à l'extrait de ciguë et de belladone, des injections alunées tièdes et l'emploi d'un tampon de coton iodé, entouré d'ouate, introduit chaque soir dans le vagin.

La malade fut examinée de nouveau le 25 juillet : la leucorrhée avait notablement diminué; la marche était encore pénible, cependant les douleurs étaient moindres. L'utérus, toujours en rétroflexion, avait repris un volume normal; la rénitence des culs-de-sac latéraux avait disparu. Les règles s'étaient montrées deux fois et avec une abondance inaccoutumée. L'érosion persistait sur les lèvres du museau de tanche. Il semble donc que sous l'influence des vapeurs iodées l'engorgement utérin ait disparu en sept semaines; résultat favorisé sans doute par la déplétion qu'avait produite l'exagération des règles. M. Gueneau de Mussy attribue à l'emploi du tampon iodé l'augmentation du flux cataménial, car il l'a également observée dans un autre cas analogue; il pense que cette propriété emménagogue serait une contre indication lors de prédisposition aux métrorrhagies. Il prescrivit la continuation du traitement et pratiqua la cautérisation de l'ulcère du col avec le crayon de nitrate d'argent : opération après laquelle il est nécessaire de maintenir la femme au lit pendant vingt-quatre heures si l'on veut en obtenir tout l'effet désiré, la station verticale et la marche pouvant rendre cette manœuvre, si répandue et si simple en apparence, inutile et même dangereuse. Il appliqua en outre un petit pessaire de Sims pour redresser l'utérus.

M. *C. Paul* a remarqué plusieurs fois qu'un pessaire à anneau qui était tout d'abord jugé trop petit pour refouler efficacement le cul-de-sac vaginal postérieur, soulageait néanmoins les malades d'une façon complète.

M. *N. Gueneau de Mussy* croit que le pessaire de Sims agit plus encore en immobilisant l'utérus qu'en réduisant la déviation.

— La Société s'ajourne au mercredi 12 octobre.

— A cinq heures la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Sur une nouvelle mixture exhilarante, par le docteur A. Adam.

M. le docteur Luton, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, avait remarqué chez un malade arthritique auquel il avait prescrit une mixture de 5 grammes de teinture de seigle ergoté et 1gr,50 de phosphate de soude, des accès de gaieté singuliers. Il en avait conclu que cette mixture pouvait rendre des services dans les cas de manie hypochondriaque. Des essais furent immédiatement institués à l'asile de Fains chez cinq lypémaniaques. Une seule malade parut pendant quatre jours légèrement influencée par la médication. Elle avait l'air plus éveillée, répondait plus volontiers; au cinquième jour, elle revint à son état primitif. Chez les autres, aucun résultat positif ne fut obtenu. Si on force les doses et qu'on administre, par exemple, 9 grammes de teinture de seigle ergoté et 2gr,7 de phosphate de soude, on détermine de légers troubles cérébraux et des nausées. En somme, il paraît qu'on a eu affaire à des cas légers d'enivrement ergotique. Cet enivrement passager aux doses primitivement indiquées, ne serait peut-être pas sans inconvénient si les doses étaient élevées. (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1881).

Travaux à consulter.

Les résultats de l'opération de Parro, suivant Schlemmer, Zweifel, Breisky, analysés par M. Runge. — Depuis que Parro, en 1876, eut l'idée de substituer l'extirpation de l'utérus et de son contenu à l'opération césarienne, et que le succès vint récompenser sa hardiesse chirurgicale, cet exemple fut suivi dans divers pays, et l'on peut enregistrer un certain nombre de résultats heureux, mais aussi des insuccès. Les uns et les autres doivent être notés; c'est ainsi que Schlemmer et Zweifel, recueillant les observations publiées récemment, ont constaté une mortalité de 60 pour 100 suivant le premier, et 58,8 pour 100 suivant le second. Cette mortalité s'applique aux 51 mères opérées. Or, suivant les statistiques des anciennes méthodes d'opération césarienne, la mortalité était de 54 à 57 pour 100. Ces chiffres, dit Zweifel, donnent à réfléchir, surtout si l'on tient compte des avantages de la méthode antiseptique qui n'a pas habituellement été employée dans l'opération césarienne avec des précautions aussi minutieuses que celles qui accompagnent l'opération de Parro. Schlemmer ne voit que deux indications pour l'opération de Parro, la dégénération des parties molles, qui, par leur gangrène, causerait fatalement la mort, et l'occlusion du vagin par une tumeur ou toute autre cause d'atrésie s'opposant à l'écoulement des lochies.

Breisky s'élève avec énergie contre ces conclusions, et cite deux cas de guérison qu'il a obtenus au moyen de la méthode de Parro; il ne considère nullement comme comparables les résultats de la statistique; il a perdu deux femmes opérées par la section césarienne à la suite d'épanchement des lochies dans la cavité péritonéale, et, malgré les moyens antiseptiques les plus méthodiques, il aurait peut-être pu les sauver par la méthode de Parro. (*Berliner klinische Wochenschrift.*)

VARIÉTÉS

Sur l'établissement de classes dans le professorat des Facultés de médecine.

Rapport présenté à la Faculté, dans sa séance du 6 juillet 1880, par M. Tourdes, doyen de la Faculté de Nancy.

La situation actuelle du professorat, au point de vue des traitements, est déterminée par le décret du 14 janvier 1876; l'absence de règle fixe et de conditions précises pour les augmentations de traitement ont été les principales objections faites à ce système; la commission du budget s'est préoccupée de cet état de choses et a proposé un plan nouveau destiné à y porter remède; M. le ministre de l'instruction publique, dans la séance du 26 juin 1880, a annoncé à la Chambre que l'examen de cette question allait être envoyé au conseil supérieur de l'instruction publique. Dans ces conditions, le moment nous paraît venu d'exprimer au ministre nos opinions et nos vœux sur cette question. Nous examinerons successivement la situation actuelle, les réformes proposées par la commission du budget et les modifications qui pourraient y être introduites.

I. — *Situation actuelle.*

Le décret du 14 janvier 1876, article 3, détermine pour les traitements des professeurs des Facultés de médecine un minimum de 6000 francs et un maximum de 10 000 francs. Ce maximum est de 11 000 francs pour les Facultés de droit et des lettres.

L'article 4 du décret stipule que chaque traitement sera réglé individuellement. La première fixation a laissé à chacun à peu près ce qu'il avait, en arrondissant les chiffres. Ce décret n'a pas établi de classes, mais il a donné au ministre le droit de fixer les traitements dans les limites indiquées. Il décide dans le même article que le comité consultatif dressera chaque année un tableau d'après l'ancienneté de services et d'après la valeur des travaux scientifiques ou littéraires du professeur. Ce tableau n'a pas reçu de publicité : les conditions de l'avancement et les proportions dans lesquelles il pouvait se faire n'étaient pas autrement définies.

Il est résulté de l'application de ces mesures une grande variété dans les traitements et des différences notables entre les professeurs et les écoles. Ainsi les Facultés de médecine ont 7 catégories de traitement, celles des sciences 9, des lettres 11; les Facultés de droit en ont 13, etc.

Les inconvénients du système actuel ont donc été le défaut de bases rationnelles et de règles fixes pour la fixation des traitements; les Facultés de médecine étaient dans un état d'infériorité en ce qui concerne les traitements élevés, et le traitement du début avait été abaissé de manière à compromettre leur recrutement.

II. — *Réformes de la commission du budget.*

La commission du budget a eu pour but de remédier à cet état de choses en établissant des règles pour la fixation des traitements. Elle admet le système des classes en l'appliquant à Paris comme à la province; la publicité permet le contrôle. L'arbitraire ne subsisterait plus. La commission fait disparaître l'inégalité du maximum qui existait pour les Facultés de médecine, elle l'élève à 11 000 francs comme pour le droit et les lettres, elle maintient le minimum de 6000 francs, elle divise le professorat en quatre classes.

Le tableau suivant résume les répartitions proposées :

1re classe	11 000 francs	3	
2e classe	10 000 francs	5	(1)
3e classe	8000 francs	19	
4e classe	6000 francs	9, etc.	

La 4e classe contiendra le quart (plus actuellement !) des professeurs : c'est sur l'insuffisance de ce minimum que nous croyons devoir appeler l'attention. Dans les Facultés de médecine, on arrive tard au professorat, plus tard que dans les autres Facultés; l'âge moyen des professeurs, au moment de leur nomination à Strasbourg et à Nancy, entre 1840 et 1880, a été environ de quarante-deux ans; cet âge moyen s'élève depuis la suppression des concours; on devra donc attendre en moyenne jusqu'à cet âge pour avoir un traitement de 6000 francs; cette perspective est-elle suffisante pour assurer d'une manière convenable le recrutement de l'agrégation et du professorat ? Il est permis d'en douter. Etre agrégé à trente ans, moyenne souvent dépassée, sans avoir la certitude d'arriver au professorat; atteindre ce but à quarante-deux ans, pour obtenir un traitement de 6000 francs, après les longues dépenses d'une carrière consacrée à l'étude, ce sont des conditions de nature à écarter bien des hommes capables et à abaisser le niveau du professorat. On veut faire entrer en ligne de compte les compensations apportées par la clientèle, mais beaucoup de chaires n'y conduisent pas. Le soin prématuré de cette clientèle éteint les vocations scientifiques, et, plus tard, en cas d'insuffisance de traitement, la nécessité de cette ressource accessoire peut nuire aux devoirs de l'enseignement. Des chimistes, des médecins, des chirurgiens habiles prendront une autre direction si la carrière de l'enseignement, à quarante ou cinquante ans, ne leur offre pas une situation suffisante.

La 4e classe comprenant le quart des professeurs, ce minimum de 6000 francs restera leur partage pendant une notable partie de leur carrière. La commission du budget a eu pour but louable d'assurer un avancement régulier en fixant d'une manière invariable le nombre et le contingent des classes. Mais il en résultera pour les Facultés de médecine que le passage d'une classe à l'autre deviendra extrêmement difficile, étant subordonné à des vacances lentes à se produire. Les professeurs avanceront un à un lorsqu'un vide se fera dans les rangs supérieurs. Suivant les époques et les proportions de ces vacances, tel professeur pourra arriver plus ou moins promptement, tel autre sera retenu indéfiniment dans les rangs inférieurs. Il est à désirer que l'on arrive assez à temps aux traitements élevés pour que la retraite en profite, ce qui n'aura lieu qu'exceptionnellement dans le système de la commission. Si nous prenons pour la Faculté de Strasbourg une période de vingt-trois ans, depuis 1847 jusqu'au commencement de 1870, nous ne trouvons que 4 mutations par décès ou retraite. A Montpellier, de 1862 à 1880, en dix-huit ans, il y a eu 7 mutations. Depuis sa translation à Nancy, en huit ans, notre Faculté a perdu 5 de ses membres. Dans la période la plus lente, avec 4 mutations en vingt-trois ans, il y aurait à peine tous les cinq ans un changement de classes, et la moitié des professeurs qui appartiennent à la 4e classe n'en sortiraient pas, etc., etc.

(1) Les chiffres ont été modifiés : on a mis 4 au lieu de 5 à 10000, 18 au lieu de 19 à 8000 et 11 au lieu de 9 à 6000. Donc aggravation !

La commission du budget demande que l'arbitraire qui régit aujourd'hui ces traitements n'existe plus, elle établit que les promotions seront toujours accordées, sauf des exceptions justifiées, à l'ancienneté des services (1).

III. — *Vœux de la Faculté.*

Si ce système doit prévaloir contre l'unité de traitement qui avait toujours existé jusqu'en 1876 pour les Facultés de médecine et *qui se justifiait* par la nature et l'identité des services, par l'âge même auquel, dans les Facultés de médecine, on arrivait au professorat, *si* le système des classes doit prévaloir, nous exprimons le vœu qu'elles ne soient pas nombreuses et qu'elles soient uniquement fondées sur l'ancienneté. Des classes nombreuses ont pour inconvénient d'établir des différences tranchées entre des collègues qui exercent les mêmes fonctions, au même titre, avec un mérite scientifique qui peut varier, mais dont la différence en classes ne sera jamais l'expression. Nous demandons que l'ancienneté serve de base à cette division.

Deux classes, comme la commission du budget le propose pour la Faculté de Paris, nous paraissent répondre à la nécessité de cette division.

Ici deux systèmes se présentent :

On déterminerait le nombre des professeurs appartenant à chacune des deux classes et on passerait de l'une à l'autre par ordre d'ancienneté, la proportion étant d'un tiers pour la 1re classe, des deux tiers pour la seconde, et même, en la rendant plus favorable encore, il est de toute évidence qu'avec le renouvellement très lent du professorat dans les Facultés de médecine, beaucoup de professeurs n'arriveraient pas à la 1re classe, ou ne l'atteindraient qu'à une époque voisine de la retraite. Il y aurait à cet égard des différences très sensibles suivant les périodes.

Dans un second système, la classe serait personnelle et dépendrait uniquement de la durée des services. Ce système serait le plus juste et le plus égal. Resterait à déterminer le temps nécessaire pour arriver de la 2e à la 1re classe. L'intérêt des professeurs serait que ce passage eût lieu assez tôt pour leur assurer le maximum de la retraite à l'âge où ils ont le droit de l'obtenir; on déterminerait ainsi un renouvellement plus rapide du professorat; avec ce système, le nombre des professeurs de chaque classe ne serait pas déterminé; on arriverait au maximum du traitement après une durée uniforme de services qui pourrait être fixée à douze ou quinze ans, de telle sorte que le professeur, nommé en moyenne à quarante-deux ans, arriverait en temps utile pour sa retraite au maximum du traitement.

Nous avons indiqué les motifs qui nous autorisent à considérer comme insuffisant le minimum de 6000 francs proposé pour les Facultés de médecine. Lors de la création de ces écoles, au commencement du siècle, les professeurs titulaires avaient ce même traitement de 6000 francs; ce chiffre, aujourd'hui, représente une situation très inférieure à celle que nos anciens législateurs avaient voulu donner aux professeurs de médecine. Nous demandons qu'on alloue 8000 francs aux professeurs de 2e classe et 11 000 francs à ceux de 1re classe, ce qui maintient la différence admise entre les Facultés de province et celle de Paris, où les deux classes ont 12 000 francs et 15 000 francs.

Si le système des quatre classes devait prévaloir, nous demandons encore qu'on écarte le minimum de 6000 francs nouveau dans nos Facultés et que le traitement des quatre classes fixe soit ainsi déterminé : 8000, 9000, 10 000 et 11 000 francs. Nous demandons encore que, dans ce système, on passe d'une classe à l'autre après une durée déterminée de services qui pourrait être de cinq à six ans, chaque professeur étant ainsi assuré d'obtenir la 1re classe à une époque qui lui permettrait de faire compter ce traitement pour obtenir le maximum de la retraite.

Si le choix devait intervenir dans ces promotions, il importerait que ce fût après un minimum de service de deux ans, par exemple, sans préjudice des droits qu'assurerait aux autres professeurs la durée de leurs services.

(1) Le décret donne *moitié* au choix.

IV. — *L'inamovibilité des professeurs.*

La discussion de ces mesures a appelé l'attention sur les retraites tardives et sur l'abus des suppléances. L'adoption des réformes proposées par la commission du budget « entraînerait comme conséquence la suppression au moins partielle de l'inamovibilité, que l'usage, à défaut de loi et de règlement, a établie pour les professeurs de Faculté » (rapport, p. 7116). Certes, les professeurs aimeraient mieux conserver les garanties qui protègent leur situation actuelle que de voir augmenter leur traitement. L'inamovibilité du professorat a été détruite par le décret du 9 mars 1852 dont l'article 1er établit que le président de la République nomme et révoque les professeurs; c'est le décret qui a aboli le concours, mais quelques garanties ont été plus tard obtenues. La loi du 25 mars 1873, dans son article 5, modifie les articles 1er et 3 du décret de 1852 en ce qui concerne les révocations; elle rend son efficacité à l'article 78 de la loi du 15 mars 1850 qui exige dans ce cas l'intervention du conseil supérieur de l'instruction publique. La loi du 27 février 1880 augmente ces garanties en stipulant une majorité spéciale dans le conseil pour les cas de ce genre. L'article 1er du décret du 13 avril 1875 accorde, pour la mise à la retraite des professeurs, la garantie d'un avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

Il y a, suivant les paroles de M. le ministre, une sorte d'inamovibilité pour les professeurs de l'enseignement supérieur, mais il faut que la mise à la retraite soit possible lorsqu'elle est devenue nécessaire par les raisons tirées de sa personne, etc. Les garanties qui doivent entourer cette mesure, le décret du 13 avril 1875 nous les donne, et nous verrions avec un vif regret qu'elles fussent affaiblies. Il en serait ainsi dans le cas où l'on substituerait l'avis de la commission permanente à celle du conseil supérieur. Sans doute, la procédure actuelle est plus lente, elle est publique, mais cette lenteur même et cette publicité sont des garanties. Le professeur, invité à faire valoir ses droits à la retraite, n'attendra pas ce jugement public s'il est dans son tort, ou s'il persiste il n'aura qu'à s'imputer à lui-même les inconvénients de cette publicité.

En résumé, nous proposons à la Faculté d'adopter les conclusions suivantes :

1° Que, si l'on admet le système des classes, les professeurs des Facultés de province soient divisés en deux classes seulement, comme ceux de Paris ;

2° Que la 2e classe ait un traitement de 8000 francs, la 1re de 11 000 francs;

3° Que le passage d'une classe à l'autre ait lieu de droit par ancienneté, après un nombre déterminé d'années de service;

4° Que le choix n'intervienne pas dans le passage d'une classe à une autre, ou, s'il doit intervenir, que ce soit dans des limites et des conditions déterminées à l'avance, sans préjudice des droits acquis à l'ancienneté ;

5° Que, si le système des quatre classes devait être adopté, on prenne pour point de départ le chiffre de 8000 francs et qu'on établisse les proportions suivantes : 8000, 9000, 10 000 et 11 000 francs pour les quatre classes;

6° Qu'il n'y ait pas un nombre déterminé et invariable de professeurs pour chaque classe, mais qu'on passe d'une classe à l'autre par ordre d'ancienneté, dans des délais constants, réglés à l'avance de telle sorte que chaque professeur puisse arriver à la 1re classe à une époque qui lui permettra d'établir, d'après le traitement de cette classe, le taux de la retraite;

7° Qu'il ne soit rien innové à l'article 1er du décret du 13 avril 1875, que le droit de mettre à la retraite un professeur ne soit pas transféré à la commission permanente, mais reste au conseil supérieur.

Signé : G. Tourdes.

Les conclusions du rapport, après discussion, sont adoptées à l'unanimité, et l'expression des vœux de la Faculté sera transmise à M. le ministre.

(*Séance du* 6 *juillet* 1880 *de la Faculté.*)

Nancy, le 6 juillet 1880.

Prix. — Les commissions des prix à décerner par la Faculté de médecine de Paris en 1881 sont ainsi composées : *Prix Corvisart :* MM. Ball, Hardy, Lasègue, Potain et Germain Sée. — *Prix Châteauvillard :* MM. Hayem, Laboulbène, Regnauld, Sappey et Trélat. — *Prix Montyon :* MM. Bouchardat, Jaccoud, Laboulbène, Parrot et Peter. — *Prix Barbier :* MM. Gosselin, Guyon, Le Fort, Pajot et Verneuil.

Faculté de médecine de Lille. — Par décret en date du 1er août 1881, M. Loter (Henri-Aimé), pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe, est nommé professeur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

Exercice de la médecine par un interne. — Un élève interne des hôpitaux de Paris ayant donné des soins à une dame, sur les indications d'un professeur de Faculté, et ayant, *après avoir été reçu docteur*, introduit contre son client une instance en payement d'honoraires, la septième chambre du tribunal de la Seine l'a débouté de sa demande. Le tribunal a jugé que la mission confiée par un professeur à un élève de donner certains soins à un malade, ne supplée pas au défaut de diplôme.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1882, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

— L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 11 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au jeudi 29 du même mois inclusivement.

Mortalité a Paris (30e semaine, du vendredi 22 au jeudi 28 juillet 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1259, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 19. — Rougeole, 26. — Scarlatine 12. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 49. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 54. — Phthisie pulmonaire, 160. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 83. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 70. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 148; au sein et mixte, 100; inconnu, 9. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 127 ; de l'appareil circulatoire, 61; de l'appareil respiratoire, 53; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 6; causes non définies, 0. — Morts violentes, 56. — Causes non classées, 16.

Conclusions de la 29e *et de la* 30e *semaines.* — Il s'agit du 14 au 21, d'une semaine de huit jours; il y avait donc un huitième à en retrancher (185) et à reporter à la semaine précédente, qui était de six jours seulement; il restait encore ainsi le nombre élevé de 1295 décès, auquel il faut ajouter 27 décès du IVe arrondissement et de 25 à 30 décès pour la contribution du XIVe, qui n'a pas remis son relevé.

Dans la 30e *semaine* (22 au 28 juillet), la mortalité générale reste fort élevée (1259 décès), c'est manifestement l'effet des chaleurs de ce mois qui, comme toujours, ont durement éprouvé la première enfance; ainsi que le démontrent les 254 décès par athrepsie enfantine (souvent dite choléra, cholérine), au lieu de 60 à 80 pendant les températures modérées. Même influence funeste pour les centres nerveux prouvée par les décès nombreux par maladies cérébro-spinales et méningites. De tout le cortège des maladies épidémiques, la diphthérie est la seule qui reste menaçante, et soit plutôt croissante; les autres épidémies, encore notables, semblent pourtant décliner.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie Émile Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 11 août 1881.

Fongus syphilitique du testicule.

I

L'histoire du fongus du testicule n'est rattachée que depuis peu à celle de la syphilis. Les auteurs anglais, à qui nous devons les premières études d'ensemble, avaient bien vu les connexions de la tumeur granuleuse avec la vérole : Lawrence, Curling, en citent des exemples, et Astley Cooper signale sa fréquence à la suite des abcès gommeux ; mais en France on en faisait une affection particulière : elle avait sa place à part dans la nosologie.

Le mémoire de Jarjavay, inséré en 1849 dans les *Archives générales*, est un écho de cette doctrine, et, bien que plusieurs de ces observations soient des types de fongus syphilitiques, il ne soupçonne pas un instant la relation de cause à effet qui existe entre l'amas de bourgeons charnus et la vérole.

En 1851, Deville fait un premier pas : le fongus n'est plus une entité morbide; c'est un mode de terminaison d'une autre maladie. Malheureusement il compromet cette notion exacte par deux grosses erreurs : d'abord, la tuberculose seule peut, d'après lui, provoquer l'apparition de la tumeur granuleuse; ensuite il s'agirait toujours de hernie du testicule et non d'un fongus véritable; les bourgeons charnus naîtraient de l'albuginée mise à nu, et n'auraient jamais pour origine le parenchyme glandulaire.

Nélaton, dans ses *Éléments de pathologie chirurgicale*, n'accepte pas ce que la réforme de Deville avait de bon; il revient au mémoire de Jarjavay, qu'il se contente de résumer. Le fongus a son chapitre distinct; la tuberculose est signalée comme cause possible de la tumeur végétante; mais le mot de syphilis n'est point prononcé. Et son livre pourtant date de 1859!

Cependant, dès 1857, M. Gosselin, dans ses annotations au *Traité* de Curling, se demande si le fongus « n'est pas une phase éloignée de l'orchite syphilitique ». On objectera, sans doute, que le sarcocèle ne suppure pas; mais est-on certain, ajoute-t-il, que, chez les faibles et les cachectiques, la fonte purulente ne survienne jamais?

Ce n'était encore qu'une hypothèse hardie, et la Société de chirurgie, dans sa fameuse discussion de 1859, ne devait pas la sanctionner. Broca surtout se fit le défenseur de l'origine tuberculeuse, et cela lorsque Rollet publiait un mémoire

FEUILLETON

Jean Guinter, d'Andernach (1505-1574).

SON NOM, SON AGE, LE TEMPS DE SES ÉTUDES A PARIS, SES TITRES, SES OUVRAGES.

(Fin. — Voyez les numéros 27 et 28.)

III

Dans son *Catalogue raisonné* des ouvrages de J. Guinter (1), Prosper Hérissant a placé d'abord les ouvrages composés par l'auteur, puis ses nombreuses traductions sans tenir beaucoup à l'ordre chronologique. Je crois qu'il serait bien plus utile de les énumérer tous dans l'ordre de leur apparition. C'est même ce que nous nous proposons de faire ailleurs (1), l'espace nous manquant ici, nous allons seulement nous occuper de quelques traductions de Galien et d'Alexandre de Tralles, pouvant donner lieu à des remarques utiles.

XIII. Cl. Gal. Perg. *De compositione medicamentorum κατὰ γένη, libri septem, Jo. Guinterio Andernaco interprete*. Parisiis, ap. S. Colinæum, 1530; gr. in-fol. de 219 pages, avec un remarquable frontispice de la fin du quinzième siècle (signé du monogramme : *la croix de Lorraine*, peut-être Woeriot). Magnifique dédicace « au très chrétien roi de France François, Ier du nom ». Il s'étonne de ce que si peu de médecins aient songé à restaurer la médecine en faisant connaître l'art des Asclépiades. Les deux seuls sont Ruel et Cop, qui ont fait revivre en latin des ouvrages dénaturés par les Arabes et usés par le temps. Combien il en est encore à publier! Parmi les plus utiles est ce bel ouvrage de Galien sur la composition des médicaments suivant les genres... Elle est datée de la maison de Tagault, XIII calend. de février.

Jean Tagault fait ensuite une longue préface au lecteur. Il

(1) Malheureusement adopté avec trop de confiance par Haller.

(1) Voir le tirage à part.

qui établissait sur des bases irréfutables l'existence du fongus syphilitique. Il y prouvait, par l'analyse de trois observations, que la vérole seule avait provoqué l'apparition de la tumeur granuleuse. Le traitement spécifique d'ailleurs vérifia le diagnostic par une guérison très rapide.

Depuis cette époque, le fongus syphilitique n'est plus contesté. M. Rollet a ajouté de nouveaux faits aux anciens, et nos recueils en ont publié quelques exemples. Aux cas de Lallemand (de Montpellier), qui remontent à 1825, de Brandy, Cooper, de Curling et de Jarjavay, sont venus se joindre ceux de West, de Simonet, de Romano, de Kocher, d'Obédénare et de Marc Sée. Nous-même, en 1876, nous en citions une observation probante.

II

Cependant il existe encore une certaine confusion. Rollet a bien établi la réalité du fongus syphilitique, mais il ne nous parle que de la forme parenchymateuse. Les bourgeons charnus naissent toujours d'une gomme développée en plein testicule; ils franchissent une ulcération de l'albuginée pour s'étaler à la surface du scrotum. Le fongus superficiel, si bien décrit par Deville comme terminaison de l'orchite tuberculeuse, ne se produirait pas dans la syphilis. Nous trouvons le même silence dans des travaux plus récents, entre autres dans les remarquables leçons de M. Fournier et dans le traité de M. Jullien.

M. Moutier, dans son estimable thèse, ne formule pas la distinction, bien qu'il relate des observations absolument nettes de hernies du testicule. Le court mémoire de M. Marc Sée, sur un double fongus syphilitique, mentionne bien le fongus superficiel; mais l'auteur, sans s'expliquer catégoriquement, ne semble croire qu'à la mise à nu d'une petite portion de l'albuginée; il ne parle pas de la hernie du testicule. D'après lui, la tumeur « prendra rarement un développement considérable..., le plus souvent la surface bourgeonnante ne dépassera guère le niveau du scrotum, comme dans les observations rapportées par M. Reynier ».

Or, si nous en exceptons l'observation de West, aucun des cas de M. Reynier n'a trait à des fongus; il s'agit d'une destruction limitée des enveloppes, sans hernie du testicule, sans exubérance des bourgeons charnus. Mais nous savons qu'on regardait naguère la suppuration du testicule comme un premier degré de l'évolution de la tumeur granuleuse. Aussi M. Reynier, pour expliquer l'absence du fongus, émet une idée bizarre. On devrait, d'après lui, distinguer deux sortes de gommes : les gommes superficielles, « qui ne donneraient lieu qu'à un ulcère simple, » et les gommes profondes, parenchymateuses, dont le ramollissement provoquerait l'apparition du fongus. Cette opinion ne résiste pas à l'examen des faits.

III

Nous avons eu, dans ces dernières années, le bonheur de rencontrer un certain nombre de fongus syphilitiques; nous avons assisté à leur évolution, et, avec le concours de notre ami, M. Minière, nous avons pu en donner une description qui, si elle n'est pas nouvelle, est peut-être plus nette et plus exacte dans ses détails.

Une gomme de l'albuginée ou du parenchyme glandulaire a, dans ses poussées successives, provoqué des adhérences entre le testicule et ses enveloppes. Celles-ci s'enflamment et s'ulcèrent. Deux cas peuvent alors se présenter :

Ou bien tout ou partie de la glande entourée de son albuginée s'échappe par cet orifice ; celle-ci bourgeonne, et nous avons une hernie du testicule, qui constitue notre première variété, le fongus superficiel ; — ou bien la glande reste dans ses enveloppes, l'albuginée et les téguments se sont ouverts pour l'évacuation d'un dépôt caséeux ramolli; après quoi, des travées fibreuses du testicule ou de la membrane d'enkystement de la gomme s'élèvent des granulations dont la végétation exubérante remplit d'abord la petite caverne, puis franchit en s'étranglant l'orifice cutané pour s'étaler sur le scrotum en masse champignonneuse, et constitue ainsi notre seconde variété de fongus, le fongus profond.

Nous n'admettons pas, pour expliquer la production de cette variété, un mécanisme qui a cependant pour lui A. Cooper, Jarjavay, et que M. Fournier appuie de son autorité. La tunique albuginée s'ulcère, nous dit Curling, et « le produit accidentel pousse peu à peu au dehors la substance tubuleuse qui forme une tumeur saillante, constituée par un mélange de tubes séminifères, de matière jaune et de bourgeons charnus. La hernie de la substance tubuleuse est parfois tellement considérable qu'il en reste à peine dans l'intérieur de la tunique albuginée. Pour M. Fournier, « le fongus ne serait rien autre chose qu'une gomme testiculaire expulsée des bourses ».

Notre conception du fongus profond est tout autre. Les bourgeons charnus, dont l'exubérance constitue cette tumeur nouvelle, ce granulome, comme on l'a nommée, ne saurait prendre naissance sur des dépôts caséeux. La gomme est une substance morte d'où ne peut naître aucun tissu, quelque

---

exalte l'heureuse renaissance des lettres de cette belle époque. Sous les vaillants chefs Cop (de Bâle), Linacer, Ruel et Léonicène, la médecine est sortie des ténèbres profondes (*cimmeriis*) et a repris son ancienne splendeur. Il faut y joindre un lutteur non à dédaigner, notre Jean Guinter, *jeune homme* certes plus savant en grec et en latin qu'on ne l'est d'habitude à son âge. Il établit longuement, et non sans élégance, les caractères de la vraie médecine. En somme, c'est de tous points un très beau livre. Le privilège octroyé par Jean de la Barre, chevalier comte d'Etampes... et garde de la prévôté de Paris, est du jeudi 10 mars 1529.

It. *Per Joannem Guinterium Andernacum jam primum latinitate donati*... Basileæ, apud Andream Cratander, 16 calend. d'avril 1530, petit in-fol. de 101 feuillets. Au verso du f. 97 : Cl. Gal. Perg. : *De ponderibus et mensuris*, Andrea alciato interprete, avec Brevis ὑπογραφην, in qua cuique quantum quælibet mensura capiat, clare patebit.

It. *Nunc denuo ad antiquissimorum Græcorum exemplarium fidem castigati, capitibusque distincti ac argumentis et annotationibus illustrati*. Lugduni, ap. G. Rouillium, 1552; in-16 de 595 pages.

Jean Guinter d'Andernach est tout près du terme de ses études. Bachelier, le 18 avril 1528, sous le décanat de Claude Roger, il a subi ses épreuves, thèses, etc., et sera admis à la licence le 4 juin 1530, tout cela pendant le décanat de Pierre Allen. Aussi le voyons-nous, dans sa prochaine traduction de Galien, *De anatomicis administrationibus*, 1531, ajouter à son nom le titre de médecin. Mais, avant d'y arriver, qu'on me permette de rectifier en passant quelques erreurs importantes. On lit dans Prosper Hérissant (ouvrage cité, p. 10) : « Il fut reçu bachelier en 1528, sous le décanat de Pierre » Allen. Fernel (1), un des principaux créateurs de la méde-

(1) Je ne puis me dispenser de signaler ici une des innombrables bévues du baron Portal (*Hist. de l'anat. et de la chir.*). Se servant de la notice de Prosper Hérissant, il ne fait pas attention au point placé après Allen, et écrit bravement « sous » le décanat de Pierre Allen Fernel, dont nous ferons bientôt l'histoire. » (Ouvrage cité, p. 345.)

élémentaire qu'on le suppose. Quant aux tubes séminifères qui viendraient apparaître à l'orifice de l'albuginée, ce n'est pas sur un sol aussi mouvant que les bourgeons charnus se développeront. D'ailleurs le parenchyme glandulaire ne saurait franchir la membrane d'enkystement qui la sépare de la caverne de la gomme évacuée.

Aussi, pour nous, le fongus profond n'est pas « une gomme expulsée ». Tout au contraire, il commence seulement lorsque l'expulsion de la gomme est terminée. C'est après l'évacuation d'un foyer ramolli que des travées fibreuses environnantes ou des parois d'enkystement s'élèvent les granulations dont la masse constitue le fongus. Quelques observations personnelles ou recueillies dans les auteurs nous serviront à établir notre manière de voir. Elle se résume dans l'étude de deux formes distinctes, le fongus superficiel et le fongus profond.

IV

Voyons le fongus *superficiel :* un cocher de vingt-sept ans, syphilitique depuis 1876, vit, au mois d'avril 1880, son testicule droit se tuméfier. En juillet, le gauche était atteint. Des frictions mercurielles procurent une guérison presque complète; le malade cesse tout traitement. Le gonflement reparaît; les bourses, douloureuses, s'enflamment et s'ulcèrent. Le 25 février 1881, lorsque le malade se présente à notre examen, nous constatons du côté droit un énorme sarcocèle scléro-gommeux, enveloppé dans des tuniques intactes. A gauche, la glande est aussi envahie dans sa totalité. Une gomme superficielle, dont le siège évident est l'albuginée, s'est ramollie; la peau adhérente s'est ulcérée en trois points, et, par chaque orifice, s'écoule de la matière puriforme. La peau violacée qui sépare les trois solutions de continuité se sphacèle sous nos yeux, et, par cette large ouverture, le testicule est mis à nu.

C'est bien dans l'albuginée que s'est développée la gomme. Elle apparaît avec son tissu blanchâtre qui se désagrège par fragments feuilletés comme de la chair de morue. Les couches superficielles noircissent et se détachent. Le fongus n'est pas encore formé, la masse glandulaire ne fait pas saillie hors du scrotum, mais peu à peu la peau se rétracte et glisse sur le testicule, qui émerge de plus en plus, jusqu'à ce que les enveloppes dépassent son plus grand diamètre. Elles viennent en arrière de lui étreindre l'épididyme et le cordon.

Déjà, sur le pourtour de la gomme, l'albuginée végète et des bourgeons agglomérés proéminent en divers points. Enfin, le tissu mortifié s'élimine. Çà et là naissent, en soulevant encore quelques débris caséeux, de rares granulations qui bientôt se multiplient et sur la surface détergée s'organisent des fongosités exhubérantes. Notre première variété est constituée.

Cependant, le traitement ioduré a déjà provoqué une amélioration. Le testicule droit est devenu plus souple, le gauche diminue un peu de volume. L'ouverture du scrotum, qui formait en arrière un anneau mobile autour du pédicule, adhère maintenant aux tissus. Les bords granulent et ses bourgeons charnus, se continuant avec ceux qui recouvrent le testicule, forment une membrane végétante dont la surface diminue, se rétracte et attire concentriquement les enveloppes scrotales. C'est ainsi que la glande s'entoure de nouveau de ses tuniques. Au bout de trois mois il ne reste plus, comme vestige de cette hernie de l'organe et de cette végétation de l'albuginée, qu'une cicatrice de la peau et une adhérence de la face profonde de cette cicatrice avec le testicule.

Nous venons de décrire la forme extrême du fongus superficiel, celle où le testicule hernié et son albuginée végétante constituent le fongus. C'est la variété si bien décrite dans la tuberculose par Deville qui, trop exclusif, n'admettait qu'elle seule. Mais il est une autre variété : il peut n'y avoir pas hernie. La gomme de l'albuginée s'élimine alors par une perte de substance de moindre étendue; puis, des couches profondes de la membrane s'élèvent des bourgeons qui, après avoir franchi l'orifice cutané, s'épanouissent sur les téguments. Mais la glande n'est pas ouverte et les lésions sont superficielles.

V

Notre seconde forme, le *fongus profond* ou parenchymateux, naît de l'épaisseur même de la glande. Ici l'albuginée est ouverte, comme les enveloppes scrotales, et c'est par cette double perte de substance que passent les bourgeons qui s'épanouissent à l'extérieur. Ce mécanisme est très simple :

Une gomme testiculaire est expulsée selon le mode ordinaire. L'évacuation terminée, le tissu fibreux qui, dans certains cas, est une véritable membrane d'enkystement, se trouve à nu. Il prolifère, bourgeonne, et la masse végétante, après avoir comblé la caverne, s'échappe au dehors et le fongus est constitué. Il se peut d'ailleurs que, par suite d'une infiltration totale, le testicule entier se mortifie; il régresse en une substance puriforme qui se vide comme un abcès après ouverture de la peau. C'est alors de la surface interne des vestiges de l'albuginée que naissent les granulations du fongus.

» cine moderne, courait la même carrière... Gonthier reçut » le bonnet de docteur en 1530, et on lui remit même la » moitié des frais. » Voici la vérité, comme on la trouve dans les *Commentaires*. Le doyen Claude Roger (t. IV, feuillet 206) inscrit, au mois de mars, les bacheliers (il y en a 18), qui sont nommés après examen, le 18 avril 1528.

Joannes Andernacus n'avait pas les quatre années d'études réglementaires finies à la fête de tous les saints. Deux témoins furent obligés d'attester sous la foi du serment qu'il avait déjà étudié à l'université de Leipsick. Pierre Allen, qui avait été élu doyen suivant l'usage le premier samedi après la Toussaint, le 7 novembre 1528, donna (feuillet 248) la liste des Licenciés nommés le 4 juin 1530. *Joannes Fernel* a la deuxième place, Joannes Guinterius, la huitième. L'acte de vespérie de *Joannes Guinterius Andernacus* (feuillet 269), qui d'habitude précède de peu de temps celui du doctorat, eut lieu le 20 février 1531, sous la présidence de François Myron. Guinter ne reçut le bonnet de docteur, *Lauream doctoralem suscepit* (feuillet 298), des mains de Richard du Tertre que le 29 octobre 1532, sous le décanat de Hubert Coquiel (1). Prosper Hérissant, en donnant la date 1530, se trompe de deux ans. Il confond évidemment la licence avec le doctorat. Je poursuis la recherche des grades successifs de Jean Guinter. Son acte pastillaire a lieu le mardi 4 février 1533. *Commentaires*, t. IV, feuillet 320 et t. V, f. 6. (1). Le jeudi suivant, deux jours après, il préside (extra ordinem) une thèse quodlibétaire, et dès lors, il est inscrit au nombre des docteurs régents par le doyen Jean Vasses de Meaux (Vasses et non pas Levasseur, Joannes Vassœus Meldensis). La signature de Guinter est au feuillet 316 du t. IV des *Commentaires*. Son nom est sur la liste qui est au verso du même feuillet. La signature de *Guinterius* se voit encore, t. V, f. 78

(1) Qu'on persiste à appeler Robert par la transformation de *Hu* en *Ro*.

(1) Cette double indication provient de ce que le premier décanat de Jean Vasses a été recopié au commencement du t. V des *Commentaires*.

En 1875, nous avons observé un cas de ce genre. Il s'agit d'un plombier qui eut une première poussée d'orchite syphilitique en 1871. La peau du scrotum adhérente aux parties profondes rougit : un abcès proémine et s'ouvre en donnant issue à une grande quantité de matière puriforme. Bientôt, par l'orifice, apparaît une petite tumeur qui, peu à peu, s'épanouit sur les téguments en une masse irrégulière, tomenteuse, rougeâtre, sauf en certains points grisâtres et comme sphacélés. Elle est du volume d'une grosse noix, unie aux parties intra-scrotales par un pédicule qui pénètre à travers les enveloppes.

On institue le traitement. Sous son influence et dès le cinquième jour, le scrotum, siège, jusque-là, d'un véritable œdème chronique, est moins rouge, plus souple, et l'on peut explorer facilement les vestiges de la glande. Le fongus se transforme en une masse qui va toujours en se ratatinant; il s'affaisse sous l'influence de l'iodure de potassium; ses bourgeons, devenus plus serrés et plus vivants, font de la masse végétante une membrane granuleuse de niveau avec les téguments des bourses; on ne sent plus dans la vaginale qu'un petit moignon de la grosseur d'un pois et adhérent à la cicatrice.

L'exposé de ces observations contient notre description tout entière. On connaît l'aspect du fongus et ses différentes formes. Nous ajouterons que la tumeur est indolente et qu'on peut l'abraser sans provoquer de souffrances. Dans plusieurs observations, on voit les malades étreindre la base du granulome avec un fil pour en amener la chute. La surface est parfois saignante, mais ne donne guère lieu à de véritables hémorrhagies; les bourgeons sont rougeâtres, flasques et mous.

Nous insisterons cependant sur un épaississement particulier de la peau, qui, autour du fongus et parfois même dans une assez grande étendue, prend un aspect éléphantiasique. Dans le fait de M. Marc Sée, toute la partie antérieure du scrotum était rouge, tuméfiée et enfiltrée de lymphe plastique. M. Obédénare signale la même altération. Et dans notre cas les lésions étaient plus accentuées encore : on constatait un véritable œdème chronique et même de grandes traînées semblables à des chéloïdes dont l'une étranglait la demi-circonférence inférieure de la verge et gênait la circulation.

Telles sont, dégagées des obscurités dont on les a entourées, nos deux variétés de fongus syphilitiques. Nous avons, pour les décrire, préféré citer des exemples et analyser les faits que nous avons directement observés. Cette forme concrète embarrasse peut-être le tableau de détails inutiles, mais elle a du moins l'avantage de laisser dans la mémoire un type accusé et dont le souvenir s'efface plus lentement.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'étude de la cirrhose hépatique, par le docteur Cyr, inspecteur-adjoint à Vichy.

J'ai eu l'occasion de donner des soins, à Vichy, à des malades que l'on m'avait adressés pour un *engorgement du foie*, désignation évidemment très vague, mais qu'il est parfois difficile de remplacer par quelque chose de plus précis. Parmi ces malades, présentant un appareil symptomatique assez uniforme à des nuances près, et surtout un développement anormal du volume du foie, quelques-uns sont revenus à Vichy très améliorés sous bien des rapports et avec un foie sensiblement normal. Chez ceux-là, on n'avait eu affaire évidemment qu'à une congestion chronique du foie, sans altération grave de ses tissus. D'autres, qui n'avaient pas paru se distinguer bien nettement des précédents, au point de vue des manifestations morbides primitives, se sont montrés plus tard avec un peu d'ascite, et, autant qu'on pouvait en juger par un examen rendu assez difficile, avec un foie plus ou moins diminué de volume ou normal, et j'ai appris, par leur médecin ordinaire, que plusieurs avaient au bout de peu de temps succombé à une sclérose atrophique du foie.

Je me suis demandé dès lors si la période hypertrophique que quelques auteurs ont admise pour la sclérose vulgaire du foie, mais à titre exceptionnel, et que d'autres ont niée, n'était pas plus fréquente qu'on ne le dit communément, et si même le volume du foie avait une importance capitale pour établir la forme de la sclérose.

N'ayant presque jamais, dans les conditions un peu exceptionnelles où j'exerce, la possibilité de vérifier les données cliniques par les résultats de l'autopsie, j'ai dû puiser dans les auteurs des faits plus complets que ceux que j'aurais été à même de produire. C'est ce qui m'a amené à recueillir dans la littérature médicale un certain nombre de cas de sclérose hépatique, quelle qu'en fût l'origine et la forme, pour rechercher les rapports qui pourraient exister entre l'étiologie, les symptômes et la marche de la maladie, d'une part, et d'autre part, ses lésions macroscopiques ou histologiques; et ces

---

verso, à la fin du troisième décanat de J. Tagault, novembre 1536, et t. V. f. 45, verso.

Le 7 novembre 1534, le jour où Tagault fut élu doyen, les choses se passèrent d'une façon inaccoutumée. Des quatre électeurs (qu'on appelait *Intrantes*) délégués par chacune des quatre nations, il ne s'en présenta que deux, Nicolas Baron pour les Français (ex natione gallicana) et Jean Fernel pour les Picards (Picardus). Ce nombre étant insuffisant (trois auraient suffi), l'élection fut faite par la faculté elle-même. Parmi les Normands, on ne trouva personne qui voulût accepter la charge d'électeur, et pour la nation germanique, le seul qui en était alors, Jean Guinter d'Andernach, ne fut pas accepté, parce que deux années ne s'étaient pas encore écoulées depuis qu'il avait présidé (extra ordinem) une thèse quodlibétaire. Le même jour et à la même heure, furent nommés comme lecteurs (professeurs) ordinaires de la faculté, le susdit Jean Guinter et Jean Fernel (ce dernier était prorogé), et l'on augmenta de dix livres leurs appointements, qui étaient de quinze livres par an, afin qu'ils missent plus de soin à faire leurs leçons (*ut diligentiorem operam navarent suis lectionibus*). Le mardi, 10 du même mois (trois jours après) la faculté a été convoquée pour la remise des comptes du dernier doyen, Jean Vasses. A la fin de cette séance, Jean Guinter demanda à la faculté de vouloir bien lui remettre la somme de 17 livres 10 sous qu'il lui devait. Personne ne réclamant, cette faveur lui est d'autant mieux accordée, qu'il a bien mérité de la science pour avoir traduit en latin la plupart des ouvrages de Galien et toute la médecine de Paul d'Égine, *quæ quidem summa, nemine reclamante, ei ultro condonata est, eo potissimum nomine, quod optime meritus esset de re medica et magno labore ac studio plurima Galeni opera et totam Pauli Æginetæ medicinam latinitate donnasset.* (*Commentaires*, t. V, f. 46.) Cette date, d'où provenait-elle? On le voit au verso du feuillet 300 du tome IV des *Commentaires*. Pour les frais de son doctorat, Jean Guinter d'Andernach reconnaît, par

recherches, étant donné le nombre d'observations compulsées (205), ont fini par constituer une véritable enquête sur la sclérose hépatique en général.

Avant d'exposer les résultats fournis par cette statistique, il me paraît utile de rappeler sous forme de tableaux les caractères les plus importants par lesquels on distingue aujourd'hui les deux principales formes de sclérose hépatique.

Sclérose veineuse ou atrophique.	*Sclérose biliaire ou hypertrophique.*
Généralement ascite.	Très rarement ascite.
Rarement ictère.	Presque toujours ictère.
Origine alcoolique le plus souvent.	Origine assez variable.
Fréquence des hémorrhagies.	Rareté des hémorrhagies.
Durée relativement courte.	Durée relativement longue.
Rarement terminaison par ictère grave.	Terminaison fréquente par ictère grave.
Généralement atrophie du foie.	Toujours hypertrophie.
Lobulisation ou bosselures assez marquées; grosses granulations.	Surface lisse ou finement granuleuse.
Sclérose péri-veineuse et par phlébite.	Sclérose péri-canaliculaire et par angiocholite des petits canalicules.
Sclérose interlobulaire, annulaire et multilobulaire.	Sclérose inter et intra-lobulaire, insulaire et monolobulaire.
Pas de néoformation de canalicules biliaires.	Néoformation abondante de canalicules biliaires.

Maintenant, si j'analyse les 205 observations que j'ai réunies sans préoccupation aucune et puisées un peu partout, voici les faits qu'elle me fournissent :

Sur ces 205 cas, on a signalé 142 fois la présence de l'*ascite* et 40 fois seulement l'absence de ce symptôme. Ces chiffres ne correspondraient peut-être pas tout à fait avec la fréquence relative des deux formes de cirrhose : mais si l'on tient compte que sur ces 205 cas il y a proportionnellement plus d'observations récentes que d'anciennes et que dans ces derniers temps, l'attention ayant été appelée vivement sur la sclérose biliaire, on a publié beaucoup de cas de cette affection pendant que ceux de sclérose veineuse, beaucoup plus connus, étaient un peu négligés, on comprendra que l'écart entre les deux chiffres pourrait être un peu plus considérable. Jusque-là donc rien de particulier à signaler.

Mais si l'on recherche l'*ictère*, on trouve que ce symptôme a existé dans 98 cas et manqué dans 86 seulement. Or, si la présence de l'ascite excluait celle de l'ictère, ainsi que cela ressort des caractères ordinaires de la sclérose atrophique, on aurait dû rencontrer dans ces 205 observations moitié moins de cas d'ictère ; en d'autres termes, on n'aurait guère dû constater l'ictère que dans les cas où l'ascite manquait, et c'est dans une fois et demie plus de cas qu'il a été noté. Cela prouve également que l'ictère n'est pas toujours absolument lié au volume du foie, puisque nous trouvons 31 cas dans lesquels il y a ascite, ictère et foie au-dessous de la normale. Je ferai remarquer en passant que les chiffres représentant le nombre de cas d'ictère dans ces 205 observations s'éloigne pas mal de celui donné par Hilton Fagge (*Guy's hosp. Rep.*, 1875, p. 163), qui n'a trouvé que 34 cas sur 130 cas de cirrhose ; il ajoute que dans ces cas où l'ictère existe, le foie n'est généralement pas rétracté, mais au contraire augmenté de volume.

La statistique que j'ai établie nous fournit donc là des chiffres qui cadrent peu avec les données admises. Mais, d'autre part, voici maintenant des résultats un peu moins imprévus.

Ainsi, on trouve 41 cas d'ascite, sans ictère, avec foie atrophié, tandis qu'il n'y en a que 31 d'ascite, sans ictère, avec foie gros. De même elle a donné 54 cas d'ictère avec ou sans ascite, mais avec foie gros, contre 38 cas seulement d'ictère avec ou sans ascite, mais avec foie petit, ce qui concorde très bien avec ce fait clinique que l'ictère et l'augmentation de volume vont assez habituellement ensemble.

La question *étiologique* ne reçoit de cette statistique aucune lumière bien nouvelle : mais il ressort cependant quelques particularités dignes d'être notées. L'alcoolisme, ou plus exactement l'abus des boissons alcooliques, est, comme on pouvait s'y attendre, la cause de beaucoup prédominante : en effet, sur 170 cas environ où la cause a été indiquée, il figure 90 fois comme élément étiologique unique, et 27 fois associé à d'autres causes, et l'on est en droit de se demander si dans ces derniers cas il n'a pas été l'élément le plus important. Parmi les autres causes relevées dans cette statistique, je trouve la lithiase biliaire 14 fois seule et 8 fois associée, l'impaludisme ou la malaria 7 fois seul et 13 fois associé, la syphilis 5 fois seule et 6 fois associée, enfin 20 fois quelque autre maladie seule (traumatisme, affection cardiaque, dysenterie, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, kyste hydatique, etc.), et 13 fois associée à un élément généralement plus important.

Si on veut pénétrer plus avant dans la question étiologique, et rechercher, par exemple, si telle cause se trouverait plus spécialement dans tel cas que dans d'autres, voici à quels résultats on arrive :

Sur les 41 cas d'*ascite* avec *foie petit*, caractères types de la cirrhose vulgaire, l'alcoolisme a été 18 fois la seule cause probable, et 6 fois son influence a été associée à d'autres causes (traumatisme 1 cas, lithiase biliaire 1 cas, fièvres graves 2 cas, dysenterie et malaria 1 cas, affection cardiaque 1 cas). Dans les 17 autres cas, nous trouvons comme élément étiologique la lithiase 1 fois, l'impaludisme 1 fois, deux fois une affection cardiaque, 2 fois des fièvres éruptives, 1 fois la tuberculisation intestinale, 1 fois l'anthracosis, 1 fois des chagrins et des ulcérations intestinales anciennes, 1 fois des chagrins avec lithiase biliaire, et enfin 7 fois la cause a été indéterminée ou très douteuse.

écrit, devoir à la faculté la somme de 17 livres 10 sous dont a répondu J. Tagault. Au feuillet 33 du t. V, cette dette est rappelée dans les comptes du doyen Jean Vasses, et en marge, une note indique qu'elle a été ensuite remise par la faculté comme nous venons de le dire. Ainsi tombent toutes les suppositions qu'on a faites à ce sujet. « Peut-être le Roi paya-t-il pour Gonthier l'autre moitié des dépenses que la faculté ne lui avait point remises, dit Prosper Hérissant, (*ouv. cit.*, p. 11, note). Portal (*ouv. cit.*) ajoute « un troisième sentiment : Certains historiens attribuent l'honneur de la récompense au cardinal du Bellay, protecteur de Gonthier. » Il ne s'agissait pas d'ailleurs des autres actes, pour lesquels Guinter avait acquité régulièrement les droits réglementaires. (Voy. *Commentaires*, t. IV, f. 210, verso, 211, verso, 228, verso, 254, 255, verso.)

De même, la Faculté de médecine, lorsqu'elle a proposé comme sujet de prix, en 1765, l'*Eloge de J. Gonthier d'Andernach*, a fait une supposition toute gratuite, en le qualifiant de *médecin ordinaire de François premier*. Sur les listes des docteurs régents (*Commentaires*, t. V), on notait alors ceux qui avaient des places à la cour : *Ludovicus Burgensis, primarius Regis medicus; Franciscus Myron, Delphini medicus; Lodovicus Braillon, medicus regius; Guillellmus Milet*, id.; *Joannes Morelly*, id.; *Hieronymus Varades*, id., etc. A côté du nom de *Joannes Guinterius*, il n'y a rien. Et quand Prosper Hérissant dit, p. 11. (*ouv. cit.*) : « Cinq ans après (1), (François 1er) lui donne une place parmi « ses médecins », c'est encore une erreur manifeste. Guinter avait quitté ou était près de quitter Paris. Les *Commentaires* nous apprennent en effet qu'il était, au mois de novembre 1536, un des quatre électeurs, celui de la nation allemande, pour la deuxième nomination de J. Tagault. Mais, en novembre 1538, pour l'élection d'Antoine Gallus, il n'était plus là (*nam Germanus nullus convenisset*).

(1) 1537. La réception au doctorat est de 1532.

Sur les 31 cas d'*ascite* avec *foie gros*, l'alcoolisme a été 14 fois (la même proportion que pour la cirrhose vulgaire) la seule cause probable; et 4 fois il a été associé à d'autres causes (dysenterie 1 cas, malaria 1 cas, lithiase 1 cas, misère et excès de travail 1 cas). Les autres cas se répartissent ainsi : syphilis seule 2 cas, associée à la lithiase 1 cas, associée à l'impaludisme 1 cas, lithiase seule 1 cas, kyste hydatique 1 cas, cause indéterminée ou très douteuse 6 cas.

Sur les 7 cas d'*ictère* avec *foie petit*, l'alcoolisme seul est noté dans 2 cas, et associé dans aucun. Les 5 autres cas sont 1 de lithiase, 1 d'intoxication paludéenne, 1 d'oblitération congénitale des voies biliaires, et 2 très douteux ou non indiqués.

Sur 22 cas d'*ictère* avec *foie gros*, nous trouvons l'alcoolisme seul dans 10 cas, et associé dans aucun. Dans les 12 cas restant, on voit 2 fois la lithiase, 2 fois l'intoxication paludéenne, 1 fois cette dernière précédée de fièvre typhoïde, 1 cas de syphilis, 1 cas de compression des voies biliaires par le pancréas induré et 1 fois des fièvres éruptives (ce dernier est un des deux cas figurant dans ceux d'*ascite* avec *foie petit*, parce qu'à un certain moment il existait de l'ictère avec foie gros); enfin causes indéterminées ou inconnues, 4 cas.

Sur 31 cas d'*ascite* et d'*ictère* avec *foie petit*, les excès alcooliques ont été 10 fois la seule cause, plus 1 cas où il y a doute malgré de sérieuses présomptions, et 8 cas où ils ont été associés à d'autres causes (malaria 2 fois, malaria et syphilis 1 fois, syphilis 1 fois, lithiase biliaire 1 fois, fièvres graves 2 fois, traumatisme 1 fois. Dans les autres causes figurent 3 fois la lithiase, 1 fois la fièvre typhoïde, 1 fois la dysenterie, 1 fois la syphilis plus une autre où cette dernière était très probable, et enfin 5 cas avec cause indéterminée ou trop douteuse.

Sur les 32 cas d'*ascite* et d'*ictère* avec *foie gros*, les excès alcooliques sont 13 fois la seule cause, et 5 fois associés (dysenterie, traumatisme, lithiase, malaria, malaria avec dysenterie). Pour les 14 autres cas, nous relevons 4 fois la lithiase (dont 1 douteux), 1 fois lithiase avec dysenterie, 1 fois lithiase avec malaria, 2 fois la malaria, 1 fois malaria avec syphilis, 1 fois dysenterie avec fièvre typhoïde, scorbut, etc., 1 fois fièvres éruptives, 1 fois grands chagrins, surmenage, avec alcoolisme douteux, et enfin 2 fois cause indéterminée ou inconnue.

En définitive, il me paraît difficile de tirer quelques conclusions de ce qui précède, sauf que la nature de la cause ne paraît avoir aucun rapport nécessaire avec les éléments symptomatiques indiqués ci-dessus (ictère, ascite, volume du foie). La seule remarque qu'on puisse faire, c'est que l'alcoolisme est un peu plus prédominant dans les cas d'ascite sans ictère que dans les cas d'ictère avec ou sans ascite.

Si nous continuons à passer en revue les caractères distinctifs des scléroses, tels que nous les présente la statistique, nous trouvons que les *hémorrhagies* au lieu d'être fréquentes dans la sclérose veineuse et rares dans la sclérose hypertrophique, ont donné les résultats suivants : sur 88 cas de sclérose où ce symptôme a été noté, 40 fois il a coïncidé avec un foie gros, 37 fois avec un foie petit, 6 fois avec un foie de volume normal, etc. Les auteurs qui admettent la fréquence des hémorrhagies dans la sclérose atrophique et leur rareté dans la sclérose hypertrophique se basent sur l'influence pathogénique incontestable qu'exerce l'ascite à ce point de vue, ou plutôt l'obstruction porte, et la stase sanguine qui en résulte pour tous les organes abdominaux. Mais si l'on ne peut contester cette influence mécanique, on est bien forcé d'admettre aussi que l'ictère est susceptible de produire une altération des éléments sanguins, mal définie peut-être, mais telle qu'elle favorise les suffusions de toute sorte, ce qui explique, non plus seulement les hématémèses, le mélæna, mais aussi le purpura, les épistaxis, qui ont une relation moins directe avec la stase abdominale. Du reste, voici comment se décomposent ces 88 cas d'hémorrhagie: 36 fois il y avait eu ictère et ascite en même temps, 19 fois ascite seule et 15 fois ictère seul. On voit donc que l'ictère a coïncidé avec des hémorrhagies à peu de chose près aussi souvent que l'ascite. Les recherches expérimentales faites sur les acides biliaires, chez les animaux, rendent en effet compte de cette influence hémorrhagique de l'ictère.

Parlerai-je de la *durée de la maladie* comparée dans les deux formes de sclérose ? Ici encore la statistique ne serait pas trop d'accord avec les idées admises jusqu'à présent. Mais il ne faut pas oublier cependant que ce renseignement est parfois très difficile à préciser et que, sauf les cas où l'observateur y attache une importance particulière, on ne prend pas toujours la peine de rechercher l'exactitude sur ce point, si tant est même qu'il y ait matériellement possibilité de le faire. Par conséquent, il ne faudrait pas considérer comme suffisamment exactes les données fournies par la statistique sur un point aussi délicat. Je ne les donne donc que sous les réserves que je viens de formuler et tout en les considérant moi-même comme fort sujettes à revision :

Durée de la maladie dans 87 cas de sclérose hépatique (1).

De 8 à 10 ans, trois fois P, trois fois G, une fois G (?),
De 6 à 8 ans, trois fois G,
De 5 à 6 ans, deux fois P, une fois G, une fois G (?),
De 4 à 5 ans, trois fois G,
De 3 à 4 ans, six fois P, cinq fois G,
De 2 à 3 ans, huit fois P et sept fois G,
De 1 à 2 ans, sept fois P et sept fois G,
Moins de 1 an, dix-huit fois P, 11 fois G et une fois G (?).

(1) P indique que le volume du foie a été trouvé au-dessous et G au-dessus de la normale. Le ? indique que l'augmentation ou la diminution de volume était douteuse.

On ne peut pas non plus laisser passer cette singulière assertion de la page 10 : « Depuis un siècle, la faculté n'avait « pas vu d'Allemand parmi ses membres. » Et l'illustre Guillaume Cop, de Bâle, qui fut reçu le premier de sa licence le 13 avril 1496, fut l'électeur allemand (*intrans ex natione germana*) pour la nomination du doyen Jean Bertoul, le 7 novembre 1500, et mourut l'ancien des Ecoles, le 2 décembre 1532. Et Narcisse Brun, licencié en 1508, qui était *intrans Alemanus*, pour l'élection du doyen Louis Braillon, du diocèse de Laon, novembre 1516, 1er samedi après la fête de tous les saints ! *Commentaires*, t. IV, feuillet 60.

. . . .

XXIII. *Claudii Pergameni libri duo de Semine, Joanni Guinterio Andernaco interprete. Adjectæ sunt ad calcem græci exemplaris castigationes aliquot*. Parisiis, apud S. Colinæum. 1533, in-8 de 127 pages.

Dans la dédicace, datée du sixième jour des ides de mars, « à Jean-Martin Poblation, premier médecin de la très illustre reine des Français Éléonore » (et qui était professeur de mathématiques au Collège Royal depuis 1530 lors de sa fondation), Jean Guinter dit : « Jusqu'à présent j'ai dédié mes travaux à ceux qui pouvaient les patronner ou à mes amis particuliers. C'est à ce double titre que je mets votre nom en tête de ces livres de Galien..... Je me souviens avec quelle bonté et quelle libéralité vous m'avez accueilli en Picardie, quand, pour obtenir la faveur royale, je dus passer quelques jours à Amiens..... Votre érudition, qui fait honneur non seulement à l'Espagne, votre patrie, mais aux autres pays, méritait mieux que cette marque de ma reconnaissance. Vous joignez à la médecine et aux sciences mathématiques la connaissance parfaite de la langue grecque. Ceux qui n'ont pas ces avantages prétendent qu'on ne guérit pas les malades avec de beaux discours. Mais ces ignorants croient-ils que leur barbarie peut être de quelque utilité ?... Combien se faufilent à la cour des princes couverts de la peau du lion. Pour eux, si l'on vient à publier quelque monument de l'esprit hu-

Ces chiffres tendraient à montrer que la différence entre les deux formes de sclérose, au point de vue de la durée de la maladie, n'est pas aussi prononcée qu'on l'a prétendu, pas assez dans tous les cas poue en faire un caractère distinctif. Mais c'est un point qu'il faudra étudier à nouveau.

Du reste, en y réfléchissant, on verra qu'il est très difficile d'accorder une grande valeur aux renseignements fournis pas les observations de sclérose vulgaire pour ce qui est de la durée, quand on songe que dans ces cas on a généralement eu affaire à des gens qui s'observent peu et mal, et qui sont la plupart du temps incapables de préciser le début de leur mal. La sclérose alcoolique peut en effet suivre une évolution très lente, ne donner lieu si le sujet a une certaine régularité de vie dans ses excès, à aucun symptôme bien net, sauf quelques vagues troubles dyspeptiques rarement rapportés à leur véritable origine, et d'ailleurs le plus souvent, pas même remarqués par les patients. Je rappellerai que dans les *Bulletins de la Société anatomique* on trouve bon nombre de cas de sclérose atrophique, même très avancée, passés inaperçus du vivant des malades et que l'autopsie seule a permis de découvrir. Hilton Fagge, dans un excellent mémoire sur les affections du foie (*Guy's Hospital Reports*, 1875, p. 155 à 223), dit que dans un tiers des cas de cirrhose constatés à cet hôpital (43 environ sur 130) la cirrhose a été trouvée par hasard chez des sujets morts de toute autre maladie : c'est même, ajoute-t-il, un des caractères les plus importants de cette affection que la fréquence de cet état latent de la cirrhose.

Enfin, si l'on compare les caractères histologiques de l'hyperplasie conjonctive dans les deux formes de sclérose, on remarquera que dans la sclérose atrophique le tissu conjonctif a presque toujours pris un état d'organisation très accentué, qu'indiquent les faisceaux fibrillaires abondants et serrés, tandis que, dans la sclérose hypertrophique, il y a prédominance des éléments embryonnaires, éléments jeunes, première forme de l'hyperplasie conjonctive. Ce caractère serait donc plutôt une faveur d'une plus longue durée de la sclérose vulgaire.

Quant à la *terminaison* par ictère grave, qui serait plus fréquente dans la sclérose hypertrophique que dans la sclérose atrophique, la statistique ne fournit pas de renseignements assez nombreux pour qu'il vaille la peine d'en tenir compte. L'opinion générale que je viens de formuler pourrait bien cependant être sujette aussi à revision : en effet, le docteur Bloch a essayé de montrer, dans sa dissertation inaugurale (Nancy, 1880, n° 113), que la terminaison de la sclérose atrophique par ictère grave n'est pas aussi rare qu'on le dit, puisqu'il a eu l'occasion d'en observer trois cas à la clinique du professeur Bernheim, auxquels il ajoute sept autres empruntés à Magnant, Frerichs et Murchison.

J'arrive enfin à un des caractères distinctifs les plus importants, au plus important même, puisque c'est celui qui a le plus servi à constituer la forme de sclérose admise depuis ces derniers temps, la sclérose hypertrophique : je veux parler du *volume du foie*. Si l'atrophie caractérise la forme de sclérose la plus fréquente, ce que personne ne conteste, on a dû trouver le volume du foie diminué dans la grande majorité des 205 cas de la statistique en question. Or, voici comment se répartissent les observations où ce symptôme a été indiqué :

94 fois, l'organe était augmenté de volume ;

92 fois, il était diminué ;

12 fois, il était normal.

Même en tenant compte de ce qu'on a publié dans ces dernières années, proportionnellement beaucoup plus de cas de cirrhose hypertrophique que de cirrhose atrophique, et aussi des 2 ou 3 observations, où l'on a constaté très nettement, à une certaine période de la maladie, une augmentation notable de volume et plus tard une diminution, et où, par suite, le même cas fournit une unité à chaque catégorie, on voit que, de deux choses l'une, ou bien la sclérose hypertrophique est beaucoup moins rare qu'on ne l'a dit, ou bien la sclérose dite atrophique a une période de son évolution où la glande hépatique présente une augmentation de volume incontestable. Jusqu'à plus ample informé, c'est cette dernière hypothèse qui me paraît la vraie.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Abcès du sinus maxillaire : M. Roberto Frias, d'Almada (Portugal).

Au sujet de la courte discussion qui a eu lieu le 3 juin dernier à la *Société de chirurgie*, et dans laquelle a été rappelée l'extrême rareté des abcès du sinus maxillaire consécutifs à l'extraction d'une dent, M. le docteur Roberto Frias, d'Almada (Portugal) nous adresse une observation qui peut se résumer de la manière suivante :

Le nommé Pedro, tonnelier, âgé de trente ans, se présente à notre consultation avec une hémorrhagie alvéolaire, suite de l'avulsion de la troisième molaire droite supérieure. La dent arrachée porte accolée à sa racine une petite esquille du rebord alvéolaire. L'hémorrhagie est arrêtée au moyen d'une boulette de charpie trempée dans la, solution de perchlorure de fer. A deux jours de là il revient à la consultation : douleurs assez vives à la région faciale droite; œil correspondant rouge, saillant, larmoyant. Le lendemain, fièvre, petits frissons, courbature et anorexie absolue ; l'œil est dans le même état. M. Frias pratique au niveau

main, en grec ou en latin, on ne mérite que le mépris, comme le dernier des Mysiens. Seuls, ils sont jugés capables de voir des malades (personare ægrotos), au grand détriment de l'humanité. *Sed de his alias.* Le sujet était difficile. Dans ce commentaire, il y a des théories peu connues, et puis on ne saurait croire combien les ouvrages de Galien ont été altérés. » Guinter parle ensuite des ignorants dont il a eu à subir les critiques impudentes..... mais pour les punir « *ut his etiam magis oculi doleant* », tout le temps qu'il lui sera donné de vivre, il l'emploiera à ces mêmes travaux. Il est en ce moment tout entier à l'ouvrage de Galien : *de Hippocratis et Platonis placitis.* — Basileæ, apud A. Cratandrum, 1533, cum aliis, in-fol.

Prosper Hérissant place à tort cette traduction en 1528.

XXIV. *Varia Cl. Galeni, Perg. medicorum principis opera. Joanne Guinterio Andernaco interprete, partim nunc recens ædita, partim diligentissime recognita.: quorum nomina sequens pagella indicabit.* Parisiis, apud S. Colinæum, 1534, in-fol. de 329 pages. En voici d'abord la liste :

De facultatum naturalium substantia, lib. I.

Quod animi mores, corporis temperaturam sequuntur, lib. I.

De propriorum animi cujusque affectuum agnitione et remedio, lib. I.

De Sectis ad medicinam introductio, lib. I.

De elementis secundum Hippocratis sententiam, lib. II.

In Hippocratis librum de natura hominis commentarii duo.

In Hippocratis opus de Victus ratione privatorum, com. I.

De constitutione artis medicæ, lib. I.

De præsagiis ex insomniis, libellus I.

De optimo corporis habitu, libell. I.

De plenitudine, lib. I.

De atrabile, lib. I

De tumoribus præter naturam, lib. I.

De diebus decretoriis, lib. III, *Nunc ab interprete asserto.*

de la gencive une ponction exploratrice qui amène quelques gouttes de pus. Aussitôt, avec un trocart plus fort, il ponctionne de nouveau, engage le malade à pencher la tête, et fait une injection détersive. Bientôt, *un flot de pus extrêmement fétide s'échappe par la fosse nasale*, suivi du liquide injecté lui-même.

Le lendemain, amélioration sensible. Les jours suivants, injections iodées matin et soir. La guérison était complète le douzième jour à partir de la première injection.

Actuellement le sujet est en traitement pour des morsures d'un chien enragé et aussi pour un *panaris profond*.

M. Frias croit à l'existence d'une diathèse purulente, ayant prédisposé le sujet aux suites indiquées de l'avulsion dentaire.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international des sciences médicales (VIIe session, Londres).

Les travaux du Congrès international des sciences médicales, qui vient de tenir à Londres sa septième session, ont été réglés de la façon suivante :

Chaque jour, du 3 au 9 août inclusivement, a eu lieu une réunion générale dans laquelle un savant, soit anglais, soit étranger, a lu un discours traitant des sujets à l'ordre du jour ou présentant un intérêt général. Voici la liste de ces lectures :

Le mercredi 3 août, *Discours inaugural* par sir *J. Paget*, président du Congrès, et discours du professeur *Virchow* sur *la valeur des expériences en pathologie*.

Le jeudi 4 août, lecture par M. *Féréol* du discours préparé par M. *Maurice Raynaud* sur *le scepticisme en médecine*.

Le vendredi 5 août, discours du docteur *Billings* (de Washington) sur *la littérature médicale*.

Le lundi 8 août, discours du professeur *Volkmann* (de Halle) sur *la chirurgie moderne*.

Le mardi 9 août, discours du professeur *Huxley* sur *les rapports entre les sciences biologiques et la médecine*.

Indépendamment des discours prononcés dans les réunions générales, le président de chaque section a lu une *address*, ou discours d'ouverture, au début de la première réunion des membres de la section. Tous les présidents des sections étant Anglais, les discours dont il s'agit offrent cet intérêt particulier que nous y pouvons trouver l'expression exacte du sentiment britannique sur les différents sujets relatifs à l'anatomie, l'anatomie pathologique, la physiologie, la chirurgie générale et spéciale, la médecine, etc. Nous ne saurions ici donner même un résumé de ces exposés généraux, souvent très remarquables, ayant l'intention d'insister seulement sur les sujets spéciaux traités dans chaque section. Mais nous appellerons l'attention sur quelques-uns des discours présidentiels publiés *in extenso* dans les grands journaux de Londres : c'est ainsi que l'*address* de *W. H. Flower* sur *le Museum du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre*, celle de *Michael Foster* sur *l'histoire de la physiologie anglaise*, de *Samuel Wilks* sur *la pathologie*, et les aperçus généraux de *W. Gull* sur *la médecine*, et de *E. Erichsen*, méritent d'être particulièrement signalés.

Les travaux présentés aux sections sont, comme on peut le supposer, extrêmement nombreux : les *extraits*, envoyés d'avance par les auteurs pour répondre aux différentes questions d'un programme distribué depuis longtemps, ont suffi à remplir un volume compacte que chaque membre a reçu à l'ouverture du Congrès. Il est donc impossible de résumer toutes les questions traitées et les discussions auxquelles elles ont donné lieu; la marche que nous suivons d'habitude dans nos comptes rendus de l'Association française ne peut évidemment être adoptée ici.

Forcé de nous borner, nous examinerons sommairement les principaux sujets abordés dans chaque section, en signalant, quand cela sera possible, les faits nouveaux et importants mis en lumière par la discussion. On connaît cette excellente habitude anglaise, qui consiste à charger un membre désigné déjà par ses travaux spéciaux de faire l'ouverture de la discussion sur chaque sujet déterminé. Ce petit discours préliminaire a l'avantage de préciser le sujet à traiter, d'en indiquer l'évolution, et d'appeler l'attention sur les points encore obscurs. Pendant que se lit cet *introductory paper*, on établit la liste des membres qui doivent parler sur la question, et on arrive ainsi à employer utilement le temps toujours très court attribué à chaque sujet. Nous pouvons donc, grâce à l'ordre introduit dans les discussions, indiquer rapidement l'esprit général des travaux communiqués.

François-Franck.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN, VICE-PRÉSIDENT.

Dosage de l'acide salicylique dans les substances alimentaires, au moyen de la colorimétrie. Note de MM. *H. Pellet* et *J. de Grobert*. — Description d'un procédé

De morborum temporibus, liber I.
De totius morbi temporibus, lib. I.
De theriaca, lib. I.
De pulsibus introductio, lib. I.
Introductio seu medicus Galeno inscriptus.

La dédicace « Generosissimo viro, Domino D. Roderico Manrico, Joannes Guinterius Andernacus, medicus » est fort instructive. D'abord Rodrigue Manrique est un grand seigneur, encore jeune, venu d'Espagne à la suite de la reine Eléonore. Guinter a entendu vanter son instruction et son goût pour les savants par Jean Martin Poblation, premier médecin de la reine et par Ferdinand Javara aussi lettré que dévoué à sa personne. Comptant parmi ses ancêtres Rodrigue Manrique, commandeur de l'ordre de Saint-Jacques et duc de Najara, qui parvint à chasser les Maures de sa patrie, le cardinal Alphonse Manrique, qui a su conserver à l'Église espagnole son éclat et sa foi chrétienne, et appartenant aux nobles familles des Acugna et des Carillo par sa mère, il n'a pas dédaigné d'acquérir une valeur personnelle en parcourant le cercle des études que les Grecs appellent *Encyclopédie*. Ce qui lui a valu l'amitié particulière de notre Barthelemy Latomus, l'homme qui possède l'érudition la plus variée et qui dépasse pour le moment en éloquence tous les professeurs de Paris. Il n'est donc pas étonnant que Guinter ait songé à lui dédier ce recueil d'œuvres variées de Galien.

XXV. *Cl. Gal. Perg. De Hippocratis et Platonis placitis opus eruditum, et philosophis et medicis utilissimum, novem libris (quorum primus desideratur) comprehensum, nunc primum latinitate donatum, Joanne Guinterio Andernaco interprete.* Parisiis, apud S. Colinæum, 1534, in-fol. de 158 pages. — Je fais remarquer que la série des beaux in-folio de Guinter continue. Cette traduction a demandé beaucoup plus de temps et de soin que les autres. Le traducteur fait comprendre toute la difficulté du sujet, les subtilités philosophiques à démêler au milieu d'un texte altéré, dans sa belle dédicace : « Eminentissenio medico, Michaeli Amyco, parisiensi »,

compliqué dont on devra prendre connaissance dans les *Comptes rendus de l'Académie.*

Contribution a l'étude de la transmission de la tuberculose. Infection par les jus de viandes chauffés. Note de M. *H. Toussaint.* — Le 29 mars 1880, l'auteur a communiqué à l'Académie les premiers résultats que lui ont donnés des recherches sur la tuberculose. Il s'agissait, dans cette note, de huit porcs infectés, soit par ingestion de poumon tuberculeux de vache, soit par l'inoculation du sang d'un jeune porc issu d'une mère tuberculeuse, qu'il avait tetée et qui était morte de cette maladie. Depuis cette époque, il a étudié la tuberculose dans ses différents modes d'infection, et il affirme, après un grand nombre d'expériences faites sur des porcs, des lapins et des chats, qu'*aucune maladie contagieuse ne possède une plus grande virulence.* L'inoculation au lapin donne des résultats aussi certains que le charbon; il en est de même des autres espèces employées aux expériences. Il vient aujourd'hui exposer le résultat de nombreuses expériences sur les porcs et les lapins, tendant à démontrer le danger des viandes crues et du jus de muscle à peine chauffé que l'on donne aux enfants et aux personnes débiles. L'infection se fait aussi facilement par l'ingestion que par l'inoculation. Il est même plus vrai de dire que la maladie inoculée par l'appareil digestif marche avec une plus grande rapidité, car tous les ganglions intestinaux peuvent être attaqués en même temps, ce qui implique que les points d'inoculation sont plus nombreux que dans la piqûre simple à la peau.

Les injections du virus rabique dans le torrent circulatoire ne provoquent pas l'éclosion de la rage et semblent conférer l'immunité. La rage peut être transmise par l'ingestion de la matière rabique. Note de M. *V. Galtier.* — Les conclusions qui se dégagent de ce mémoire sont les suivantes : 1° Les injections de virus rabique dans les veines du mouton ne font pas apparaître la rage et semblent conférer l'immunité. 2° La rage peut être transmise par l'injection de la matière rabique; et, bien que le lieu où se fait l'inoculation en pareil cas n'ait pas encore été déterminé, il n'en est pas moins démontré qu'il y a danger de contracter la maladie pour toute personne et pour tout animal qui, en quelque circonstance que ce soit, vient à introduire du virus rabique dans les voies digestives.

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 2 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

(Voir le numéro 31).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1882.

Prix de l'Académie. — Question : *De l'athérome artériel généralisé et de son influence sur la nutrition des organes.* — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : *Le système lymphatique au point de vue pathologique.* — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Question : *Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice.* — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : *Des lochies dans l'état normal et dans les états pathologiques.* — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voy. n° 31, p. 496, les conditions du concours.) — Ce prix sera de la valeur de 4000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Il sera de la valeur de 1500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par madame veuve Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si une année aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Question : *De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc.* D'après les intentions du testateur, « la question doit être envi» sagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de » l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine » légale. Ainsi : que deviennent ces poisons après avoir été absor» bés? dans quels organes séjournent-ils? à quelles époques

---

datée de Paris, 1534, *pridie nonas martias.* Michel Amic, un des professeurs les plus savants de son époque et praticien très habile, avait guidé les premiers pas de Guinter, et personne dans toute la France n'a compris Galien aussi bien que lui.

. . . .

XXVII. ΓΑΛΗΝΟΥ των προς Γλαυκωνα θεραπευτικων Βιβλιω Β. *Galeni de ratione medendi ad Glauconem libri duo. Cum Joannis Guinterii med. ad Joannem Tagaultium medicum,* De veteris Medicinæ interitu *præfatione.* Parisiis, ex officina Christiani Wecheli, 1536 (Bibl. Mazarine, n° 29354) et 1537 (moins rare), in-8 de 114 pages, texte grec; sans compter la célèbre préface, que Schenk inscrit parmi les ouvrages de J. Guinter sous ce titre : *Oratio de veteris medicinæ interitu.* Jean Tagault, doyen de l'ancienne Faculté de Paris, depuis le mois de novembre 1534, fut continué dans ses fonctions jusqu'en novembre 1538. Dans cette préface, Guinter, qui a été élu professeur pour une seconde année, déplore l'abandon de la médecine ancienne. Il veut même que l'on revienne au texte grec, bien préférable à toutes les interprétations latines. La langue grecque a tant d'énergie latente qu'elle se refuse absolument à être transformée en un autre, quand même Tullius (*ipse latinæ locutionis parens*) aurait fait la traduction. Aussi Guinter s'est-il décidé à publier en grec ce nouvel ouvrage de Galien qu'il se propose d'expliquer aux étudiants. Ils pourront toujours le consulter si besoin est, « *si quid ambigui incidat,* veluti Apollinis oracula consulere ». Aux sept choses qu'il trouvait nécessaires à ceux qui voulaient étudier la médecine, Galien, s'il eût vécu à notre époque, en aurait certainement ajouté une huitième : la connaissance des langues. Car lui, Grec, n'avait pas hésité à apprendre le latin ; ce qui est clairement démontré par les compositions des médicaments qu'il a prises dans Largus, Antonius Musa et les autres auteurs romains. « Grâces à Dieu, qui a eu enfin pitié de son peuple, s'écrie » Guinter, l'étude des langues a été rendue à l'univers et les

» sont-ils éliminés et par quelles voies? quels troubles amènent-ils » dans les fonctions? quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent? quelle est leur action sur les fluides » de l'économie animale et en particulier sur le sang? quel mode » de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets? enfin, » et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour » déceler ces toxiques, avant la mort, soit dans les matières vomies » ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans » l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? » Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra » avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans » l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque » de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans » le sang et dans les organes où ils ont été portés par absorption, » en faisant usage d'un agent chimique qui les rende inertes ou » beaucoup moins actifs? » — Ce prix sera de la valeur de 4000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. — La valeur de ce prix sera de 3000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Falret. — Question : *Des vertiges avec délire*. Il sera de la valeur de 1500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — *Extrait de la lettre du fondateur :* « Je propose à l'Académie de médecine une » somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille » somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux » animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à » endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix fondé par M. et Mme Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite*.

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France*. — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Nota. — Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1882 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1882. Ils devront être écrits en français et en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et les adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclus du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Amussat, Buignet, Desportes, Saint-Paul et Itard, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou imprimés, sont exemptés de cette dernière disposition.

Séance du 9 aout 1881. — Présidence de M. Legouest.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet des demandes d'autorisation en vue d'exploiter pour l'usage médical les sources de Sainte-Marguerite, à Juvinas, et de Château-Craux, à Genestelle (Ardèche). (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : 1° de M. *Richard*, médecin aide-major à Besançon, le tableau des vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées en 1880 au 60e régiment de ligne, ainsi que l'observation d'un cas de vaccine généralisée (*Commission de vaccine*) ; 2° de MM. *Caventou* et *Brondel* des plis cachetés dont le dépôt est accepté.

M. *Hervieux* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Gélineau* (de La Rochelle), une brochure intitulée : *De la narcolepsie;* 2° les comptes rendus de l'Assemblée nationale scientifique d'hygiène et de médecine publiques tenus à Bruxelles en 1880, et du Congrès de médecine vétérinaire tenu dans cette même ville en 1880 ; 3° de la part de M. le docteur *Campa* (de Valence), un ouvrage portant le titre de : *Lecciones de ginecopatia enfermedades especiales de la mujer.*

M. *Roger* présente, au nom de M. le docteur Zabé, un travail sur *La vapeur d'eau surchauffée employée comme agent thérapeutique.*

M. *Giraud-Teulon* offre son livre sur *La vision et ses anomalies.*

M. *Brouardel* dépose les *Rapports et avis de la Commission dite de l'assainissement de Paris.*

M. *G. Lagneau* présente ses *Rapports au Conseil d'hygiène sur les maladies épidémiques ayant régné dans le département de la Seine en* 1879 et 1880.

M. *Chevreau* présente, de la part de M. le docteur Wiart (de Caen), une brochure intitulée : *Les mémoires d'un microbe.*

M. *Bouley* place sous les yeux de l'Académie une sorte de *thermomètre culinaire*, imaginé par M. le docteur *Harzé*, afin de reconnaître le degré de cuisson des parties centrales des viandes. Il se compose d'une tige de métal soudé dans un manchon à l'aide d'un alliage fusible à 80 degrés; lorsque la viande est arrivée à cette température, la tige devient alors mobile. M. *Riche* fait remarquer que les alliages qu'on peut employer pour de telles soudures, lorsqu'ils ont fondu, ne possèdent plus le même point de fusion, et que par suite ce thermomètre ne pourrait servir plus d'une fois d'une manière précise.

Le médicament et la série médicamenteuse. — Sous le titre d'*Etude comparée du médicament et de la série médicamenteuse, de la série sédative et excito-motrice, le mal de montagne* (*étude de physiologie pathologique*), M. le docteur *Duboué* (de Pau) présente le résumé seulement d'un travail dans lequel il s'efforce de montrer toutes les ressources que la pathologie peut retirer de l'étude comparée des médicaments appartenant à une même série : il prend pour exemple les médicaments sédatifs et excito-moteurs; et ayant reconnu que l'oxygène appartient à la série de ces médicaments, qu'il en constitue comme le pivot et possède leurs principales propriétés thérapeutiques, il se demande si, dans le cas où les propriétés des autres médicaments de cette série, tels que l'eau froide, la digitale, etc., seraient dus à l'oxygène qu'ils font pénétrer dans le sang, l'on ne devrait pas avoir des

---

» esprits sont passés des ténèbres cimbriques (cimmeriis) » à la plus éclatante lumière. » J. Tagault avait été à même, comme doyen, de patronner toutes ces réformes. Guinter devait, à son hôte d'autrefois et au maître qui l'avait guidé, l'hommage de sa célèbre préface.

. . . .

XXXII. *Alexandri Tralliani medici absolutissimi libri duodecim, Razæ de pestilentia libellus, omnes nunc primum de Græco accuratissime conversi, multisque in locis restituti et emendati per Joannem Guinterium Andernacum* D. M. Argentorati, ex officina Remigii Guedonis, 1549, in-8 de 662 pages. (*Bibl. nat.*, t. 23. 107). La préface adressée à Thomas Cranmer, archevêque de Cantorbéry, Primat d'Angleterre, est datée de Strasbourg, ides de mars. Alexandre de Tralles, en Lydie, vivait vers 560. Il est venu après Oribaze et Aetius, qu'il cite quelquefois, et avant Paul d'Egine. Il n'a écrit le résultat de ses observations et de son expérience qu'après avoir parcouru la Grèce, l'Italie, la Gaule et les Espagnes. Son livre est incomparable (*Haud scio an quisquam veterum aut recentiorum cum eo sit conferendus*). Il brille par l'ordre, la clarté, la précision ; etc. Galien certes a écrit d'admirables commentaires sur toutes les parties de la médecine, mais ses connaissances n'ont pas été réunies en un seul volume. Oribase qui a donné un *compendium* de Galien en 72 livres (ce qui l'a fait appeler son singe), les réduisit de nouveau en 8 livres pour son fils Eustathius; mais cet abrégé laisse beaucoup à désirer. Paul d'Egine est bien, ni trop détaillé ni trop succinct. Aetius a fait comme son contemporain Oribase : il a pris beaucoup aux autres. Guinter s'excuse de parler ainsi de ces grands maîtres, mais il ne peut se dispenser de dire qu'Alexandre de Tralles leur est de tout point supérieur. Il n'a pas même cru aux superstitions de la magie; et ce dont il faut surtout le louer, c'est d'avoir mis la vérité au-dessus de l'autorité des anciens, pour lesquels il cependant montré la plus grande vénération. Guinter fai ensuite l'éloge de l'archevêque de Cantorbéry, en profite po

accidents pareils à ceux de la fièvre typhoïde, si l'on venait à retirer artificiellement du sang une certaine quantité de l'oxygène qu'il contient normalement. Or, il montre qu'il existe une similitude frappante entre la fièvre typhoïde au début et le mal des montagnes; ce qui s'explique parce que dans ce dernier cas il s'agit d'une asphyxie rapide due à une oxygénation insuffisante, avec intégrité complète et primitive des fibres musculaires, et que dans la fièvre typhoïde l'altération et la faiblesse primitive du système musculaire tout entier ne permettent plus au sang d'être poussé avec assez de force pour arriver jusqu'aux poumons et y recevoir tout l'oxygène dont il aurait besoin.

Vaccination animale. — Dans son rapport sur le service de la vaccine en 1879, lu il y a un mois, on se rappelle que M. *Hervieux* avait montré les progrès considérables faits en ces dernières années par la vaccination animale dans tous les pays du monde. A cette occasion, M. *Jules Guérin* avait déclaré que les faits capables d'emporter la conviction en ce qui touche l'efficacité de ce vaccin manquent aujourd'hui comme en 1867 lors de la discussion qu'il soutint alors contre M. Depaul et qu'il en restait l'inébranlable adversaire; M. Depaul avait rappelé à ce propos les diverses phases de la discussion de 1867 et les conclusions auxquelles elle avait donné lieu, malgré les efforts de M. Jules Guérin pour les combattre et leur substituer les siennes. A la suite d'un nouvel exposé, présenté par M. Hervieux, de l'extension considérable prise par la vaccination animale, devenue « l'auxiliaire puissant et indispensable de la vaccine humaine », le même débat se reproduit aujourd'hui avec les mêmes adversaires, dans les mêmes conditions, avec les mêmes arguments et tout aussi vif (Voir p. 452 et 462, n°s 28 et 29). — A cette occasion nous signalons tout particulièrement la statistique sur « le bénéfice de la variole », reproduite p. 518.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

De la contusion du testicule et de ses conséquences. — Ablation d'un goitre exophthalmique.

M. *Terrillon* lit un mémoire sur la contusion du testicule et ses conséquences.

M. Terrillon distingue trois degrés dans les lésions produites par la contusion. Au premier degré, on trouve de petites hémorrhagies capillaires dans l'organe; du côté de l'épididyme, mêmes lésions. Quelques jours après le traumatisme, signes d'irritation; œdème, gonflement; la glande est dure et douloureuse. Puis, il s'établit une espèce de cirrhose et d'atrophie de l'organe.

Dans les degrés suivants, même processus, avec signes plus accentués. Ainsi, au deuxième degré, on trouve des foyers sanguins. Les phénomènes réactionnels seront plus violents; il peut y avoir abcès.

Au troisième degré, rupture de l'albuginée; caillots dans la tunique. L'atrophie est la conséquence fatale de toutes ces lésions.

Après un temps assez éloigné, si on examine la glande, on la trouve atrophiée; les tubes testiculaires sont transformés en cordons; le tissu fibreux interstiel est soudé aux tubes. L'organe se trouve transformé en un tissu fibreux dense, tandis que dans l'inflammation blennorrhagique tout se passe du côté de l'épithélium.

Il n'en est pas toujours ainsi. La contusion peut provoquer l'évolution de la tuberculose. La suppuration peut arriver et amener un fongus bénin.

Conclusions de M. Terrillon : 1° la contusion du testicule peut produire des phénomènes douloureux passagers sans lésion apparente.

2° Si elle est plus violente, elle cause dans le testicule des désordres primitifs bientôt suivis de réaction inflammatoire laquelle conduit à l'atrophie de l'organe, plus rarement à la suppuration. On peut dire que l'orchite traumatique par contusion est une orchite atrophiante. On lui reconnaît trois degrés.

3° L'atrophie se montre souvent chez l'adolescent; la suppuration chez les vieillards st les individus prédisposés.

4° L'épididyme est souvent atteint avec le testicule, mais il a moins de tendance à l'atrophie.

5° La fréquence de l'orchite par contusion a été exagérée.

6° La contusion peut faire développer la tuberculose ou l'orchite syphilitique chez les individus en puissance de ses diathèses.

M. *Berger* se demande si la contusion du testicule a les conséquences que M. Terrillon annonce. A propos de l'atrophie, il faut considérer l'âge du sujet. De plus, les orchites après oreillons laissent à leur suite l'atrophie testiculaire; l'âge n'aurait-il pas une action prédominante?

M. *Desprès :* Il est prématuré de généraliser les conséquences de la contusion; il faudrait beaucoup d'observations pour appuyer les conclusions de M. Terrillon.

M. *Le Dentu* a observé l'atrophie suite de contusion chez des individus qu'on ne peut plus classer parmi les adolescents, chez des sujets de vingt-deux à vingt-cinq ans.

— M. *Tillaux* a présenté, le 11 mai, un homme qui avait un goître énorme, de l'exophthalmie et des troubles cardiaques. L'opération a été faite la semaine suivante, le malade étant

---

dire sa pensée sur les persécuteurs de la vraie religion : « C'est pourquoi Dieu très bon et très grand vous a élevé à la » plus haute dignité du ministère apostolique pour former » son Eglise, l'enseigner et l'étendre. Vous remplissez cet » office en prenant soin de corriger, d'abroger et d'abolir tout » ce qui est contraire à la majesté et à la gloire du Christ, » tout ce qui est étranger à l'évangile, à la doctrine des » apôtres, aux institutions et aux rites anciens de l'Eglise. » C'est la vraie mission d'un évêque, que son ministère soit » agréable à Dieu et salutaire aux hommes... »

Dans l'avis au lecteur, J. Guinter nous apprend qu'il avait déjà commencé l'année précédente sa traduction d'Alexandre de Tralles sur un exemplaire, ou plutôt un fragment ancien, avant la publication de l'édition grecque de Paris, qui contenait aussi le petit livre de Rhasès sur la peste, chez Robert Estienne, 1548, in-folio. Lors donc qu'il vint à comparer son travail avec le texte grec revu avec grand soin par Jacques Goupil, il vit de telles différences, qu'il songea un instant à abandonner l'entreprise commencée. Mais réfléchissant qu'il y aurait grande utilité à vulgariser cet auteur admirable, traduit tant bien que mal en langue latine (il fait allusion à la vieille paraphrase latine de 1533 récemment publiée à Bâle, 1541, par Albanus Torinus, sans souci du texte grec), il crut qu'il serait impie, *impium esse duxi*, de ne pas vaincre ces difficultés... Suivent de longs détails sur les changements qu'il indique avec soin, et sur certaines transpositions qu'il a cru devoir faire. « Enfin, dit-il en terminant, j'ai ajouté à cet » ouvrage le petit livre de Razès : *de Pestilentia*, d'abord parce » qu'il me paraît bien placé ici et ensuite parce qu'il a été » traduit en latin autrefois par Georges Valla (il y avait » Agricola, faute d'impression, comme Opilius pour Goupilius), » de telle façon que personne ne peut bien le comprendre ; » reproche qu'il faut faire retomber, je crois, sur celui qui, le » premier, n'a pas assez purement traduit en grec le texte » syriaque de Razès. » Cette traduction est à la page 627 : *Razæ medici admirabilis liber de pestilentia ex Syrorum*

anesthésié incomplètement avec le chloral et la morphine. M. Tillaux a fait une incision sur le côté droit de la tumeur et une autre au-dessous en L.

Si ces deux incisions ne suffisent pas, on peut en faire une troisième sur le côté gauche. On obtient ainsi un lambeau que l'on relève. Il faut chercher l'enveloppe du corps thyroïde et arriver sur les quatre grosses artères situées autour. Détacher la tumeur en commençant par le bas et lier les artères.

Les accidents diminuèrent après l'opération et disparurent bientôt. La tumeur était un sarcome du corps thyroïde. Le malade mourut le 27 juillet d'accidents pulmonaires probablement dus à la généralisation du sarcome.

Virginie, la première opérée de M. Tillaux, vit encore; elle n'a plus d'exophthalmie. Il y a donc des tumeurs du corps thyroïde qui donnent le goître, l'exophthalmie et les troubles cardiaques; en un mot, les symptômes identiques à ceux du goître exophthalmique.

M. *M. Sée :* Ces phénomènes ont été produits par la compression exercée par la tumeur sur la trachée et les vaisseaux.

M. *Le Dentu :* Le sarcome du corps thyroïde est plus fréquent qu'on ne le croit. La compression seule peut déterminer les symptômes du goître exophthalmique. Il faut admettre un goître exophthalmique médical, et des tumeurs qui simulent le goître exophthalmique.

M. *Berger :* M. Rose (de Zurich) conseille de disséquer de bas en haut pour la thyroïdectomie; mais il fait toujours auparavant la trachéotomie, craignant la suffocation.

M. *Duboué* (de Pau) a étudié l'influence de la pression sanguine sur la production de diverses maladies. L'eau froide, l'arsenic, le sulfate de quinine, etc., augmentent la pression sanguine et améliorent les goîtres.

M. *Tillaux :* Depuis 1845 que l'on étudie le goître exophthalmique, on n'a pas encore donné une théorie satisfaisante de cette maladie. Le malade présenté à la Société de chirurgie a été déclaré atteint de goître exophthalmique; il serait heureux que les ablations de goître puissent aider à élucider la question de pathogénie. Ce n'est pas la nature de la tumeur qui est en cause; c'est une question de rapports; d'énormes goîtres ne produisent rien, et de petites tumeurs amènent des accidents graves.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Suppuration chez les oiseaux : M. Mégnin. — Affection eczémateuse de la crête de coq : M. Mégnin. — Sur une nouvelle force physique du corps humain : M. Baréty. — Circulation veineuse du rachis : M. François-Franck. — Innervation indépendante des groupes musculaires synergique, M. P. Bert. — Diminution de la production des poisons des végétaux pendant la germination, M. P. Bert.

M. *Mégnin* rend compte de la nature des tumeurs des oiseaux dont il a entretenu la Société dans la dernière séance. Leur ponction a démontré qu'elles renfermaient du pus liquide. En général chez les oiseaux, la suppuration est toujours concrète. Il est même très rare d'observer des collections purulentes chez les oiseaux, ainsi que cela résulte d'un grand nombre d'observations qu'a pu faire l'auteur.

MM. François-Franck et Bouchereau sont désignés pour représenter la Société au Congrès international de Londres.

— M. *Mégnin* a reçu d'un éleveur la tête d'un coq dont la crête offre une sorte d'affection eczémateuse. Toute la partie de la crête exposée au soleil par suite de la disposition de l'organe est envahie par l'eczéma, les autres portions sont indemnes. M. Mégnin a d'abord pensé qu'il s'agissait d'une affection parasitaire due au sarcopte de la gale : mais comme la gale chez les oiseaux reste limitée à la portion écailleuse des pattes, et que l'examen n'a pas montré le parasite, il lui a fallu abandonner ce diagnostic. Il a alors pensé à rapprocher cette affection de la pellagre qu'on observe chez l'homme sur les parties exposées au soleil, et il s'est informé de la nourriture à laquelle avait été soumis le coq. Il a appris que le maïs avait fait le fonds de son alimentation, mais ce maïs examiné ne présente aucune altération. S'agit-il donc d'un simple eczéma?

M. *Laborde* rappelant que plusieurs animaux ayant subi des sections nerveuses, particulièrement la section du sympathique au cou chez le lapin, ont présenté de l'eczéma de l'oreille du côté du nerf sectionné, attribuerait volontiers ces troubles à une altération trophique, et conseille l'examen des filets nerveux qui se distribuent à la région malade.

— M. *Richet* communique à la Société, au nom de M. *Baréty* (de Nice), un travail sur une nouvelle propriété du corps humain, qu'il désigne avec le nom de force neurique à forme rayonnante. (Mémoire renvoyé au comité de publication).

— M. *François-Franck* a déjà entretenu la Société des dispositions anatomiques et physiologiques des veines vertébrales qui permettent à l'aspiration thoracique de se transmettre aux sinus et canaux osseux du crâne. Aujourd'hui il se

---

lingua in græcam primum, nunc in latinam conversus per Joannem Guinterium Andernacum (Rhazès, un des plus célèbres médecins arabes, vivait au neuvième siècle, vers 880).

XXXIII. *Alexandri Tralliani medici libri duodecim, græci et latini, multo quam antea auctiores et integriores: Joanne Guinterio Andernaco interprete, et emendatore. Adjectæ sunt per eumdem variæ exemplarium lectionis observationes, cum Jacobi Goupylii castigationibus...* Basileæ, per Henricum Petrum, 1556, mense Augusto, in-8 de 858 pages. J. Guinter s'était engagé à recueillir tout ce qui pourrait servir à restaurer complètement ce livre admirable. Il a tenu parole. Dans sa préface dédiée à très illustre prince Guillaume landegrave de Hesse, comte de Catzenelbogen, Siginheim, Dize et Nida, nous voyons d'abord que les douze livres d'Alexandre de Tralles avaient été publiés en grec par les soins de Pierre du Chatel, bibliothécaire du roi de France. La traduction latine ne suffit pas à Guinter. Il veut, par une édition gréco-latine, rendre à cet excellent auteur, avec l'honneur qui lui est dû, son ancienne splendeur. A la page 782, se trouvent les remarques (*animadversiones*) de J. Guinter, et à la page 822, les corrections (*castigationes*) de Jacques Goupil. Cette édition est donc bien différente de la première. Prosper Hérissant a eu le tort de laisser croire qu'elles étaient pareilles.

. . . .

Je dois dire, avant de terminer, que l'*Eloge historique de J. Gonthier d'Andernach*, par Prosper Hérissant (in-8 de 88 pages, Paris, 1765), malgré ses nombreuses erreurs, ne doit pas être mis complètement de côté. Il renferme quelques pages intéressantes à lire. Mais aujourd'hui l'on n'écrirait plus l'histoire d'une manière aussi peu précise.

E. Turner.

propose de démontrer que les mêmes conditions anatomiques et physiologiques règlent la circulation veineuse intra-rachidienne, qu'on la considère dans la région cervicale, dorsale ou lombaire. Il rappelle d'abord que, ainsi que Dupuytren et Breschet l'avaient déjà fait remarquer, tout le sang du rachis est déversé dans un système veineux collecteur occupant la face antérieure de la colonne vertébrale, et renfermé par conséquent dans des cavités dont les pressions sont susceptibles de varier à chaque instant. Ce système veineux collecteur est la veine vertébrale pour la région cervicale (bien qu'elle ne soit pas dans une cavité splanchnique, sa situation dans le canal osseux des apophyses transverses, son adhérence aux plans fibreux de la base du cou, permettent de comprendre combien aisément l'aspiration thoracique agit sur elle et justifie son assimilation aux veines contenues dans le thorax et dans l'abdomen); dans la région dorsale, c'est l'azygos qui recueille le sang du rachis; dans la région lombaire, ce sont les veines lombaires renfermées dans la cavité abdominale. Ceci posé, il examine si dans chacune des trois régions l'aspiration thoracique agit sur le système collecteur pour amener la déplétion des veines rachidiennes et comment elle agit.

Il observe d'abord ce qui se passe dans la région dorsale. Ouvrant pour cela le canal rachidien d'un chien à sa partie moyenne, et réséquant un tronçon de moelle, il voit que les veines intra-rachidiennes sont animées de battements de deux ordres : les uns isochromes aux mouvements de la respiration, les autres isochromes aux battements cardiaques. Si on vient à oblitérer ces veines longitudinales du côté du crâne, de façon à interrompre le cours du sang venant des parties sus-jacentes, les battements des veines rhythmés avec ceux du cœur et de la respiration n'en continuent pas moins; il est donc bien évident que ces battements ne sont pas transmis des parties supérieures vers les parties inférieures, c'est-à-dire du crâne vers le rachis; ils résultent du jeu de la respiration et de celui du cœur. En effet, on voit très manifestement les veines s'affaisser au moment de l'aspiration thoracique. L'influence des mouvements cardiaques est plus difficile à saisir; toutefois, avec un peu d'attention on peut voir qu'au moment de la diastole de l'oreillette, les veines du rachis subissent un affaissement appréciable, qui est tout à fait assimilable à celui des jugulaires au même moment de la révolution cardiaque.

Dans la région cervicale, grâce à la disposition anatomique de la veine vertébrale qui a été signalée plus haut, et que Cruveilhier avait parfaitement saisi, les conditions physiologiques du cours du sang veineux intra-rachidien sont les mêmes, et là encore se retrouve l'influence de l'aspiration thoracique et de la diastole auriculaire.

Dans la région lombaire, même disposition anatomique des veines rachidiennes et de leurs collecteurs, veines lombaires; mais ici les conditions physiologiques du cours du sang sont plus complexes. On sait, en effet, qu'à chaque temps de la respiration, des phénomènes de pression inverse se passent dans le thorax et dans l'abdomen : au moment de l'inspiration, la pression diminue dans le thorax, tandis qu'elle augmente dans l'abdomen du fait de l'abaissement du diaphragme; au moment de l'expiration, les phénomènes en sens contraire se produisent dans les mêmes cavités. Ces faits ont été surabondamment démontrés par Rosapelly, qui en a tiré toutes les conséquences pour expliquer le mécanisme de la circulation dans le foie. Appliquant les mêmes faits à la circulation rachidienne, on est en droit de dire qu'au moment de l'aspiration thoracique, la diminution de pression dans le thorax favorise l'afflux du sang provenant des veines lombaires, tandis que l'augmentation de pression dans l'abdomen chasse le sang contenu dans les mêmes veines en les comprimant. En somme, les deux effets opposés s'ajouteraient pour produire l'accélération du sang veineux vers le thorax. Pendant ce temps, que devient le sang rachidien tributaire des veines lombaires? Il ne peut se déverser dans ces veines, puisqu'elles sont affaissées par l'augmentation de pression intra-abdominale; il reflue alors vers la région dorsale et se rend dans les azygos à ce moment dilatées. De cette façon, il est bien démontré que dans la région lombaire comme dans les deux autres, l'aspiration thoracique est une cause puissante du cours du sang veineux rachidien. Bien entendu, à cette cause viennent s'ajouter et la *vis a tergo* et l'impulsion donnée par le liquide céphalo-rachidien au moment de son reflux de la boîte crânienne dans le canal du rachis.

— M. *P. Bert*, ayant remarqué que tous les nerfs rachidiens émergent de la moelle épinière par cinq racines, d'une façon absolument constante dans toute la série animale, s'est demandé s'il n'y avait pas à ce fait une raison physiologique. Un nerf quelconque formé par la convergence des cinq racines médullaires étant donné, on pouvait émettre deux hypothèses sur sa distribution : ou bien ses filets terminaux se distribuent irrégulièrement et indifféremment à plusieurs muscles ayant des fonctions physiologiques différentes, et, dans ce cas, ils peuvent se suppléer les uns les autres; ou bien au contraire ses filets abordent les muscles dans un ordre déterminé, de telle sorte qu'un muscle ne reçoit que des filets provenant de la même racine, et que les muscles ayant une action synergique tirent tous leur innervation de la même source. L'expérience a donné raison à cette seconde hypothèse. Ce sont les racines des nerfs du plexus lombaire qui ont été interrogées chez le chat et chez le chien.

Voici les résultats de l'expérimentation :

1re *racine innerve :* le couturier, le droit antérieur, le psoas : muscles qui sont chez les quadrupèdes fléchisseurs de la cuisse sur le bassin.

2e *racine innerve :* la partie antérieure du vaste externe, une portion du tenseur du *fascia lata*, le vaste interne : muscles extenseurs de la jambe.

3e *racine innerve*: le reste du vaste externe, la partie antérieure du biceps : muscles extenseurs de la jambe.

4e *racine innerve :* la partie postérieure du biceps, le demi-tendineux, le demi-membraneux, le deuxième et troisième adducteur : fléchisseurs de la jambe sur la cuisse et extenseurs de la cuisse.

5e *racine innerve :* les muscles qui président aux mouvements d'oscillation de la queue.

Il y a donc une seule racine pour animer tout un groupe musculaire ayant la même fonction. Il sera curieux de voir si cette loi se vérifie, et, si cela est, ne pourra-t-on pas espérer désigner plus tard les groupes musculaires à action synergique sous les noms de groupe de la première, de la deuxième racine, etc.? Ce travail sur les nerfs moteurs sera continué, et une fois achevé, les mêmes recherches porteront sur les racines postérieures présidant à la sensibilité. Quand on aura ainsi bien déterminé les départements innervés au point de vue de la motilité et de la sensibilité par chacune des cinq racines, on pourra peut-être arriver à localiser dans l'axe médullaire les points d'où émanent les filets qui tiennent sous leur dépendance tels ou tels mouvements, telles ou telles modes de sensibilité.

M. *Laborde* fait remarquer que déjà en pathologie, il est une affection qui plaide en faveur de cette innervation spéciale de certains groupes musculaires : c'est la paralysie infantile qui se diagnostique presque à distance par la déformation toute particulière : pied bot varus équin.

— M. *P. Bert* s'est demandé ce que devenaient, pendant la germination, les poisons que l'on trouve dans un certain nombre de graines. Il a essayé, mais sans résultat, de faire germer des noix vomiques. L'expérience a réussi avec des amandes amères. Il a remarqué que pendant la germination la production de l'acide cyanhydrique était bien moins active qu'elle n'est en dehors de toute germination.

REVUE DES JOURNAUX

Le bénéfice de la variole.

En ces derniers temps, lors de la discussion, à Paris et à Bruxelles, sur la vaccination obligatoire, on a entendu émettre sérieusement cet argument : sur 1000 personnes qui meurent de la variole, il y en a 990 qui ont été vaccinées, et 10 seulement qui n'ont pas été vaccinées; donc, on meurt d'autant plus de la variole qu'on a été vacciné. L'erreur est trop grossière pour qu'il soit nécessaire de la relever; il n'y avait peut-être que 10 personnes qui ne fussent pas vaccinées, et toutes sont mortes de la variole!

M. le docteur Buchanan, chef du service médical du Local Government Board, vient de déposer au Parlement le résultat statistique de la dernière épidémie de variole à Londres. Pendant les 52 semaines qui ont fini le 29 mai 1881, il y a eu 1352 décès par variole; 325 sujets avaient été vaccinés, 637 ne l'avaient jamais été, 570 n'avaient pu fournir aucun renseignement. M. Buchanan a pu s'assurer que pendant cette année 1880-81 la population de Londres (y compris sans doute la zone suburbaine) comptait 3620000 individus vaccinés, et 190000 seulement qui ne l'étaient pas. Avec ces données, il a pu établir les proportions suivantes :

Décès par variole : de tout âge, pour 1 million de vaccinés de chaque âge, 90; pour 1 million de non vaccinés de chaque âge, 3350.

Décès par variole : au-dessous de vingt ans, pour 1 million de vaccinés de chaque âge, 61; pour 1 million de non vaccinés de chaque âge, 4520.

Décès par variole : au-dessous de cinq ans, pour 1 million de vaccinés de chaque âge, 40,5; pour 1 million de non vaccinés de chaque âge, 5950.

La mortalité beaucoup plus faible des vaccinés âgés de moins de cinq ans n'est-elle pas, en outre, la meilleure preuve de la nécessité de la revaccination? (*Revue d'hygiène*, juillet 1881.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies de la peau, par MORITZ KAPOSI, traduites et annotées par MM. Ernest BESNIER et Adrien DOYON, avec 64 figures dans le texte. 2 volumes. Paris, G. Masson, 1881.

On doit toujours accueillir avec gratitude une traduction fidèle d'un ouvrage sérieux. Peu au courant de la littérature médicale de nos voisins, arrêtés et bientôt rebutés par les difficultés d'interprétation que leur présente la lecture d'un traité spécial, la plupart des médecins français ne pourraient parfaire leur éducation technique s'ils ne trouvaient, dans les traductions mises entre leurs mains, un moyen plus facile de se mettre au courant des progrès accomplis à l'étranger. Mais lorsque les traducteurs ne se contentent pas de reproduire le texte qu'ils ont sous les yeux, lorsque, par des annotations, ils y ajoutent ce que leur ont appris une longue expérience et la lecture d'ouvrages analogues français ou étrangers, le service qu'ils rendent à la science et à la profession médicales doit être plus particulièrement signalé. Les traducteurs du livre de Kaposi étaient préparés depuis longtemps déjà à écrire un traité des maladies de la peau qui aurait très certainement obtenu le plus franc succès. Nous ne doutons pas qu'il n'eût été traduit lui-même à l'étranger; car il eût porté au loin des doctrines et des faits. MM. Ernest Besnier et Doyon ont préféré, — le labeur était plus pénible et partant plus méritoire, — nous faire connaître le livre de Kaposi et l'enrichir de notes à l'aide desquelles il devient un ouvrage très au courant des doctrines dermatologiques, non seulement viennoises, mais encore françaises. Le parallèle que l'on peut ainsi établir entre l'école de Vienne et celles de Paris ou de Lyon sous le rapport des doctrines dermopathologiques, pourra satisfaire complètement tous ceux qui tiennent à perfectionner leurs études de pathologie cutanée. Nous indiquerons successivement, en parcourant les principaux chapitres de cet excellent livre, quelques-unes des additions que nous devons aux traducteurs. Mais avant de commencer cette longue étude, nous croyons devoir signaler tout particulièrement l'introduction de l'ouvrage et appeler l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la médecine sur les doléances qu'elle exprime.

I

Depuis trente ans, disent MM. Ernest Besnier et Adrien Doyon, l'hôpital général de Vienne est devenu le foyer principal, le centre de l'enseignement dermatologique; les médecins de tous les pays qui veulent, en peu d'années, compléter, à ce point de vue spécial, leur instruction scientifique et professionnelle n'hésitent point à s'y rendre. Depuis longtemps ils ont abandonné l'hôpital Saint-Louis. A l'influence autrefois prépondérante de l'école française s'est substituée celle de l'école de Vienne. Dans tous les pays, la parole d'Hebra est la parole de vérité; la doctrine de l'école qu'il a créée est l'Evangile dermatologique. C'est à Vienne et non plus à Paris que les Allemands, les Américains, les Anglais, les Italiens, les Russes, les Grecs, etc., vont étudier les maladies cutanées. Mais pourquoi, disent MM. Ernest Besnier et A. Doyon, ce déplacement d'élèves, cette désaffection d'école? L'hôpital Saint-Louis reçoit-il moins de malades? Ses médecins sont-ils moins instruits, moins dévoués, moins zélés? Telles ne sont point, suivant nos auteurs, les raisons qui ont détourné, au profit de l'école de Vienne, l'influence légitime qu'exerçaient jadis sur le mouvement scientifique les maîtres français. L'hôpital Saint-Louis continue à contenir en permanence plus de 600 malades internes atteints d'affections cutanées; ses polycliniques sont florissantes, ses consultations très suivies. Le musée dermatologique de cet hôpital est rempli de pièces admirables qui servent chaque jour à l'enseignement clinique. Grâce aux médecins de l'hôpital Saint-Louis, une chaire officielle de syphiliographie et cinq cliniques libres servent en permanence aux médecins et aux élèves. Par leurs travaux personnels, leur talent d'enseignement, leur zèle et leur dévouement, les titulaires de ces services sont à la hauteur de leurs devanciers. Mais, si les ressources de Vienne sont matériellement inférieures à celles de l'hôpital Saint-Louis, il faut reconnaître que l'organisation de l'enseignement dermatologique y est parfaite, et qu'il existe, sous ce rapport, entre Vienne et Paris, des différences qui suffisent à assurer à l'hôpital général de Vienne une prééminence incontestable. A Vienne, tous les services dépendent de l'Université. Tous les médecins de l'hôpital général sont astreints à un enseignement officiel. Un étudiant arrivé au terme de ses travaux classiques ou bien un médecin désireux de se mettre au courant des études de dermatologie, trouvent à l'hôpital même toutes les ressources nécessaires. Les cours théoriques, les examens histologiques, les cliniques spéciales, les études thérapeutiques succèdent d'heure en heure les uns aux autres; des salles de bibliothèque, des laboratoires, un musée spécial permettent à ceux qui veulent s'instruire de ne point perdre un instant. Il en est de même d'ailleurs dans un très grand nombre d'hôpitaux étrangers, qui deviennent ainsi des centres d'enseignement. A l'hôpital Saint-Louis, au contraire, deux heures à peine chaque jour sont consacrées à l'étude. A onze heures du matin tout est terminé. La clinique officielle se fait aux mêmes heures que les leçons des médecins titulaires des divers services de l'hôpital. Ces derniers n'ont ni laboratoires ni salles de cours, ni bibliothèque à leur disposition. Les élèves, n'y étant appelés d'ailleurs par

aucun stage obligatoire, désertent donc un hôpital où ils ne peuvent trouver qu'une instruction insuffisante. Il y a plus encore. Les médecins de l'hôpital Saint-Louis n'arrivent à cet hôpital que par le hasard des mutations hospitalières. Ils n'y parviennent qu'à un âge relativement avancé, souvent chargés d'une clientèle qui ne leur permet pas de se consacrer tout entiers à la dermatologie. Leur apprentissage est long, pénible, dispendieux, et lorsqu'ils parviennent à une position qui leur permettrait de rendre des services, ils peuvent être appelés, s'ils sont professeurs, à quitter l'hôpital où leur enseignement serait si utile ou forcés, s'ils n'ont aucune situation universitaire, à continuer à leurs frais des études et des leçons dont on ne leur sait aucun gré. A Vienne, on se consacre dès ses débuts à la dermatologie, parce que l'on est certain de pouvoir, dans le même hôpital, parcourir une brillante carrière, publier des travaux importants, se faire apprécier à l'étranger, et trouver, dans une chaire spéciale, les occasions de rendre des services. Nous ne voulons pas insister sur ce parallèle entre l'organisation des services hospitaliers à Vienne et à Paris, mais nous recommandons de lire, dans l'introduction écrite par MM. Ernest Besnier et A. Doyon, tous les arguments que nous ne saurions développer sans étendre outre mesure cette analyse. Nous n'y ajouterons que quelques mots. « Nous avons montré, disent les auteurs, le vice radical de l'organisation de l'enseignement spécial dans notre pays, en ce qui concerne la dermatologie. Le vice est le même dans les autres branches de la médecine spéciale, le même dans la médecine générale dont l'enseignement pratique est fait en réalité, non par l'Université, mais par les médecins des services hospitaliers à titre privé, libre et sans aucune espèce d'organisation du personnel enseignant, ni de la matière de l'enseignement. » On ne pouvait mieux exposer les vices de l'organisation actuelle en ce qui concerne l'enseignement clinique. Mais il y aurait plus à dire encore à propos de l'enseignement théorique de la Faculté. Depuis quelques années, bien des projets de réforme ont été discutés. On a proposé la création de chaires nouvelles, et l'on a vu la Faculté refuser, non sans raisons sérieuses, cet accroissement des chaires magistrales. Ce que l'on ne dit pas tout haut, mais ce que les élèves et les médecins étrangers qui désertent, non seulement l'hôpital Saint-Louis mais l'école de Paris, ont compris depuis longtemps, c'est que, malgré la création de chaires nouvelles imposées ou acceptées, l'enseignement théorique et surtout pratique, sauf en ce qui concerne l'anatomie et la médecine opératoire, reste souvent inférieur à ce qu'il est aujourd'hui dans la plupart des universités étrangères. On a supprimé les concours pour les places de professeur et l'on a encouragé les permutations. Lorsqu'une chaire devient vacante on y appelle non point les médecins éminents qu'un enseignement libre ou des publications remarquables ont mis au premier rang, non plus que les agrégés qui se sont signalés par des travaux spéciaux et qui sont prêts à enseigner telle ou telle branche des sciences médicales; mais on nomme celui des agrégés qui a les sympathies du collège des professeurs et qui leur paraît le plus digne de devenir leur *collègue*. Libre à lui d'attendre une vacance pour occuper la chaire de son choix et pour laquelle il semblait désigné par ses travaux antérieurs. En attendant il professera ce que le sort des mutations ou des vacances lui aura imposé. On lui conférera même une chaire spéciale, si la commission du budget se décide à la voter. Il lui sera toujours facile, on le pense du moins, de faire *un cours*, et l'on juge inutile de se préoccuper de savoir si ce cours très brillant, nous aimons à le reconnaître, sera vraiment digne de l'Ecole où il est professé. Nous avons entendu récemment dans une cérémonie officielle un professeur de la Faculté déclarer qu'un jour viendrait où tous les cours théoriques seraient supprimés et où l'on n'aurait plus à la Faculté de Paris que des cours cliniques. Nous ne contesterons pas que, dans l'état actuel de notre enseignement, une semblable réforme pourrait être proposée. En eût-il été de même si, par un concours, — et par concours nous n'entendons pas une série de leçons sur tous les sujets possibles, — ou par tout autre mode de recrutement, on eût mis chacun des maîtres chargés de l'enseignement officiel à la place que ses études antérieures l'appelaient à remplir, et si l'on n'avait interdit, au lieu de les favoriser, ces permutations qui nuisent tant à l'autorité de l'enseignement public?

En Allemagne, en Autriche, en Angleterre, en Italie, en Suisse, etc., on procède autrement. Au lieu d'enrayer, on encourage les initiatives et les spécialisations individuelles. On appelle d'une Université à l'autre les hommes de valeur qui ont, par leur enseignement, leurs découvertes ou leurs ouvrages de vulgarisation, montré qu'ils sont aptes à remplacer, dans une chaire déterminée, un maître éminent. L'institution des *privat docentes*, l'organisation des services cliniques, l'union intime de l'Université et des administrations hospitalières permet aux travailleurs de se signaler par des publications originales et de s'imposer, par le succès de leur enseignement, au choix des universités. Une chaire officielle devient dès lors la consécration inévitable d'une situation acquise par des travaux sérieux. Le professeur continue, dans le même hôpital, les études qui lui ont mérité les suffrages de ses collègues et il ne marchande jamais à ses élèves ni son temps ni ses peines, car il sait que, plus ses succès de professeur s'affirmeront, plus sa situation personnelle s'agrandira. En est-il de même à Paris? Un exemple récent, la création d'une chaire de neuropathologie à la Salpêtrière prouve cependant que le système que nous louons ici est bon par lui-même. Mais que d'exemples contraires on pourrait citer? Il ne nous appartient pas d'insister sur ce sujet. Il nous faut aborder l'étude du livre de Kaposi et montrer que peuvent ceux qui, comme les dermatologistes de Vienne, sont encouragés dans leurs études spéciales.

L. Lereboullet.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Programme des concours ouverts a l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger en 1881. — *Conditions générales :* Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des Ecoles d'enseignement supérieur, à Alger, et déposer entre les mains du secrétaire leur acte de naissance, leurs diplômes, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils sont auteurs. Ils devront justifier en même temps de leur qualité de Français. Les professeurs suppléants jouissent d'un traitement annuel de 2000 francs, plus le quart colonial, soit 2500 francs. La durée des fonctions est fixée à six ans. Les professeurs suppléants sont astreints à remplacer les professeurs, en cas d'absence. Le chef des travaux anatomiques et le chef des travaux chimiques jouissent d'un traitement annuel de 2000 francs, plus le quart colonial, soit 2500 francs. La durée des fonctions est fixée à six ans.

Concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes. — Les candidats devront justifier du diplôme de docteur en médecine.

Concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale. — Ce concours s'ouvrira le 3 novembre 1881. — Les candidats devront justifier du diplôme de pharmacien de première classe.

Concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle. — Ce concours s'ouvrira le 1er décembre 1881. Les candidats devront justifier du grade de docteur en médecine, de pharmacien de première classe ou de licencié ès sciences.

Concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques. — Ce concours s'ouvrira le 3 novembre 1881. Les candidats devront justifier du diplôme de docteur en médecine.

Concours pour un emploi de chef des travaux chimiques. — Ce concours s'ouvrira le 1er décembre 1881. Les candidats devront justifier du grade de docteur en médecine, de pharmacien de première classe ou de licencié ès sciences.

Conférences cliniques de la Charité. — M. Landouzy, remplaçant M. Hardy, commencera le 16 août, à la Charité, à dix heures, ses conférences cliniques, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Hospice général de Tours. — La commission administrative de l'hospice général de Tours donne avis qu'en vertu de sa délibération en date du 11 juillet 1881, un concours pour la nomination à deux places d'interne en pharmacie et à quatre places d'interne provisoire du même service aura lieu, cette année, le mercredi 31 août, à une heure de l'après-midi.

École de médecine de Rouen. — Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert, le 7 février 1882, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Ferrement des chevaux. — M. Renan a donné à l'*Académie des inscriptions et belles-lettres*, d'après une lettre de M. Clermont-Ganneau, des détails sur les courses faites par ce savant orientaliste à Arsouf et Amwas. A Arsouf, M. Clermont-Ganneau a trouvé un fragment de bas-relief où se voient clairement des traces de très anciens *ferrements de chevaux*. On sait combien est discutée cette question du ferrement des chevaux dans l'antiquité.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 3 août 1881, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe :* MM. Lagarde (Charles-Théodore-Ernest), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de la Rochelle; Hattute (Ernest-Maximilien), médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe :* MM. Arnaud (Bernard), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Perpignan; Badour (Antoine), médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division de Constantine.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté). M. Thierry (Adolphe-Hippolyte), médecin-major de 2e classe au 143e régiment d'infanterie. —(Choix). M. Soulbieu (Georges-Emile), médecin-major de 2e classe au 51e régiment d'infanterie. — (Ancienneté). M. Dumas (Antoine-Marie-Emile), médecin-major de 2e classe au 112e régiment d'infanterie.—(Choix). M. Vieusse (Marie-Joseph-François), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran. — (Ancienneté). M. Protain (Auguste-Léopold), médecin-major de 2e classe au 19e régiment de chasseurs.—(Choix). M. Derazcy (François-Amédée), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine. — (Ancienneté). M. Blavot (Charles-Hippolyte), médecin-major de 2e classe au 120e régiment d'infanterie. — (Choix). M. Eichinger (Jules), médecin-major de 2e classe au 9e régiment d'infanterie. — (Ancienneté). M. Dumont (Alphonse-Louis), médecin-major de 2e classe au 67e régiment d'infanterie. — (Choix). M. Hahn (François-Joseph), médecin-major de 2e classe au 2e bataillon de chasseurs à pied. — (Ancienneté). M. Robert (Louis-Auguste-Léon), médecin-major de 2e classe au 21e bataillon de chasseurs à pied.

Société d'anthropologie. — La Société d'anthropologie vient de décerner le prix Godard à M. le docteur Mondières (Monographie sur les femmes de la Cochinchine). Des médailles de bronze ont été accordées : 1° à M. le docteur Algier (Les bords de la Mayenne à l'âge de la pierre); 2° à M. le docteur Manouvriez (Caractères du crâne et du cerveau au point de vue de l'anatomie pathologique et de la physiologie).

Revue militaire de médecine et de chirurgie, rédacteur en chef : M. Edm. Delorme. — Le sommaire de la livraison de juillet 1881 contient les *mémoires* originaux suivants : M. Marey, professeur au Collège de France, *Etudes sur la marche de l'homme*. — Idem, *Modifications des mouvements respiratoires par l'exercice musculaire*. — M. Gaujot, professeur, *De la substitution du coton à la charpie dans le pansement des plaies*. — On trouve aussi dans ce numéro des *Comptes rendus* de la guerre russo-turque, de celle des Cafres (1877-78); de l'occupation de la Bosnie; de l'état sanitaire des troupes russes pendant la guerre de 1877-78, et de nombreux *Comptes rendus analytiques*.

On s'abonne chez Berger-Levrault et Cie, 5, rue des Beaux-Arts, Paris. Un an : Paris, départements et Algérie, 20 francs; étranger, union postale et colonies, 22 francs.

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — *Prix à décerner en* 1882. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante : *Des éruptions connues vulgairement sous le nom de rash chez les enfants du premier âge.* Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars 1882, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 31 janvier 1882, à M. le docteur Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40. Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus. — La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

Mortalité a Paris (31e semaine, du vendredi 29 juillet au jeudi 4 août 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1058, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 19. — Variole, 19. — Rougeole, 24. — Scarlatine 10. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 41. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 34. — Phthisie pulmonaire, 174. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 42.—Bronchite aiguë, 18.—Pneumonie, 53. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 145; au sein et mixte, 75; inconnu, 6.—Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 74; de l'appareil circulatoire, 46; de l'appareil respiratoire, 57; de l'appareil digestif, 56; de l'appareil génito-urinaire, 14; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0.— Morts violentes, 28. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 31e semaine.—Le bulletin de ce jour accuse 1058 décès, alors qu'il en avait été compté 1259 la semaine précédente. C'est une diminution de plus de 200 décès. La fièvre typhoïde est descendue de 26 décès à 19; la diphthérie, de 49 à 41; la rougeole, la scarlatine et les affections puerpérales ont fait aussi un nombre moindre de victimes. Seule, la variole est demeurée stationnaire avec un chiffre de 19 décès. La distribution entre les différents quartiers des décès par cette dernière cause montre que le quartier de l'*Hôpital Saint-Louis* et ceux limitrophes de *Belleville* et du *Père-Lachaise* ont été surtout frappés. A eux trois, sur ce nombre de 19 décès, ils en ont fourni 9, c'est-à-dire près de la moitié.

Bien que n'atteignant pas le chiffre de la 30e semaine, les décès dus à l'athrepsie ont encore été extrêmement nombreux pendant ces derniers jours (226 au lieu de 257).

L'amélioration a été surtout accusée pour les maladies de l'appareil cérébro-spinal (74 décès au lieu de 127 la 30e semaine), pour celles de l'appareil circulatoire (46 décès au lieu de 61), pour la méningite dans ses deux formes (34 au lieu de 54).

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Contribution à l'étude expérimentale du charbon bactéridien, par le docteur A. Rodet, brochure grand in-8, 1881. Paris, G. Masson. 2 fr. 25.

Traité d'hygiène publique et privée, basée sur l'étiologie, par M. A Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. 1 fort vol. in-8. Paris, Germer-Baillière et Cie. 18 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 18 août 1881.

Académie de médecine : Grossesse de dix mois ; fœtus mort. — Opération du pied bot. — Action toxique du cuivre. — Hystérie.

Sans les exigences que créent pour la *Gazette hebdomadaire* le compte rendu du Congrès de Londres, une ample matière à appréciations nous serait fournie par les communications faites dans la dernière séance de l'Académie de médecine.

M. Depaul a présenté une pièce anatomique très instructive au triple point de vue du diagnostic des tumeurs abdominales, de la durée de la grossesse (dix mois), et de l'imputrescibilité de celui-ci en l'absence de rupture des membranes. Le diagnostic avait été parfaitement précisé par M. Depaul, bien que le fœtus ne donnât pas signe de vie depuis près de cinq mois, et que la grossesse, s'il en existait une, dût remonter à dix mois au moins. Le produit de la gestation présentait tous les signes d'une longue macération, mais aucun signe de putréfaction. M. Tarnier a déclaré n'avoir jamais vu un fœtus mort gardé par l'utérus jusqu'à une époque aussi éloignée du terme ordinaire de la grossesse, et il a saisi l'occasion de rappeler que, d'après ses expériences, même dans les cas de mort déjà ancienne, du sang pris dans le cœur du fœtus et inoculé immédiatement à des lapins ne produit chez eux aucun phénomène de septicémie.

Une autre présentation a été faite par M. Jules Guérin ; c'est celle d'un enfant guéri par lui d'un pied bot *varus équin* à gauche et d'un pied bot *planto-valgus* à droite, par les sections musculaires et des pressions méthodiques.

Le mémoire lu par M. le docteur Delthil tend à établir deux faits, à savoir : 1° que l'emploi de l'alun en contact avec le cuivre, dans les préparations culinaires, particulièrement dans celle du gâteau dit *le Saint-Honoré*, détermine la formation d'une quantité vomitive de sulfate double de cuivre et d'ammoniaque très soluble ; 2° que le commerce ne livre presque que de l'alun ammoniacal, attaquant plus vivement le cuivre que l'alun de potasse. Les conclusions de ce travail seront sans doute contredites, soit par la commission à laquelle il a été renvoyé, soit par les expérimentateurs qui ont attaché leur nom à la thèse de l'innocuité relative des sels de cuivre. Nous aurons alors occasion d'y revenir.

Enfin, un des anciens et des plus consciencieux membres de l'Académie, M. Briquet, est revenu, dans une lecture fort écoutée, à l'un de ses plus chers sujets d'étude, l'hystérie, sur laquelle il a présenté de nouvelles considérations, que sa longue expérience recommande à toute l'attention des praticiens.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

SARCOCÈLE INTRA ET RÉTRO-PÉRITONÉAL DU POIDS DE 1 KILOGRAMME, EXTIRPÉ PAR LA LAPAROTOMIE LATÉRALE. NOUVELLE VARIÉTÉ DE SUTURE ABDOMINALE, par M. le docteur Eugène BŒCKEL, chirurgien de l'hôpital de Strasbourg.

Parmi les nombreuses tumeurs qu'on a extirpées de l'abdomen, appartenant à presque tous les organes de cette cavité : ovaire, matrice, reins, rate, etc., je ne sache pas qu'on ait déjà signalé l'extirpation d'un testicule dégénéré retenu dans le ventre.

C'était autrefois un *noli me tangere ;* la méthode antiseptique nous permet aujourd'hui d'aborder cette opération avec succès, et j'en publie un premier exemple avec l'espoir qu'il sera bientôt suivi de quelques autres.

J'y joindrai quelques considérations sur la suture de la paroi abdominale, principalement après la laparotomie latérale, qui expose davantage encore aux hernies consécutives que la section sur la ligne médiane.

OBS. — M. W..., de Montbéliard, âgé de cinquante ans, d'une constitution robuste, est criptorchide du côté gauche et a du même côté, depuis son enfance, une hernie inguinale qu'il retenait par un bandage.

Au commencement de 1880, M. W... s'aperçut d'une hydrocèle gauche, en partie réductible par le décubitus dorsal. L'ouverture de communication avec l'abdomen paraissait s'être rétrécie, et la hernie ne se montrait plus (hydrocèle du sac herniaire). Le docteur Blazer pratiqua plusieurs ponctions du scrotum, et retira chaque fois plus d'un litre de liquide albumineux ; la dernière ponction eut lieu le 14 août 1880, et à partir de ce moment le

liquide ne se reproduisit plus, probablement parce que la tumeur testiculaire en grandissant avait bloqué le collet du sac herniaire.

En septembre, le malade commença à éprouver de fortes crises de névralgie lombo-abdominale; mais ce n'est qu'en décembre qu'on trouva dans l'hypochondre gauche une tumeur paraissant adhérente au testicule inclus, et qui causait du hoquet, des régurgitations et souvent de la constipation. Les crises névralgiques, qui survenaient d'ordinaire après les repas, nécessitaient de fortes injections de morphine.

Les douleurs et la tumeur allant en augmentant, le docteur Blazer m'adressa le malade, qui entra à la maison de santé de la Toussaint en mai 1881.

Je trouve un homme robuste, d'un embonpoint modéré; mais il dit avoir maigri dans les derniers mois. Il est marié et n'a jamais eu d'enfant, quoique le testicule droit paraisse normal.

Le scrotum à gauche est vide, on y sent seulement une poche flasque, à parois assez épaisses. Au haut du canal inguinal, une tumeur du volume d'une amande, assez ferme, paraissant être le testicule, se dessine légèrement sur la paroi abdominale. Elle se continue par en haut avec une tumeur elliptique, lisse, élastique, qui occupe tout l'hypochondre gauche, arrive près de la ligne médiane, et dépasse l'ombilic de deux à trois travers de doigt. Elle a 16 centimètres de hauteur depuis l'arcade de Fallope, et 8 à 10 centimètres transversalement. Elle est assez mobile dans ce sens, et ne paraît pas adhérer à la paroi abdominale. Une ponction exploratrice ne donne pas de liquide, et le toucher rectal ne fournit aucun indice. Un purgatif léger (15 grammes d'huile de ricin) passe facilement et semble prouver que le côlon n'est pas englobé dans le néoplasme.

Diagnostic : sarcocèle intra-abdominal.

Confiant dans la méthode antiseptique et dans les forces du malade, je propose l'extirpation de la tumeur, qui est acceptée. Un bain de savon est donné la veille.

Opération le 21 mai 1881, avec l'aide de MM. les docteurs Lentz, Frey, Kaltenthaler, médecins-internes de l'hôpital, et du docteur Scekerecz (de Pesth).

Deux pulvérisateurs à vapeur fonctionnent dans la salle et l'imprègnent de brouillard phéniqué, en même temps qu'on commence à administrer le chloroforme. Puis le spray est dirigé sur la paroi abdominale, et je pratique une incision courbe commençant au haut du canal inguinal et remontant le long du flanc gauche jusque vers la pointe des fausses côtes. Les muscles sont divisés couche par couche; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule 150 à 200 grammes d'une sérosité jaune clair. Le sarcocèle se montre alors faisant saillie dans le péritoine, comme le testicule normal dans la tunique vaginale. Des deux côtés de la tumeur la séreuse se réfléchit, d'une part sur le côlon, de l'autre sur la paroi de l'abdomen. Les intestins et l'épiploon sont retenus avec des serviettes chaudes.

Je commence par détacher la partie inférieure de la tumeur du collet du sac herniaire; puis je divise le péritoine le long de son bord interne, à 2 centimètres à peu près du côlon, et je continue à couper la séreuse le long du bord supérieur et externe de la tumeur, en saisissant tous les vaisseaux qui donnent avec des pinces hémostatiques. Finalement je fais basculer la tumeur hors de la plaie et je la détache de sa face profonde rétro-péritonéale, en me servant presque uniquement du doigt et d'un instrument mousse. Une artère spermatique assez volumineuse est saisie au haut de la plaie; dans le fond, l'artère iliaque primitive est à nu dans l'étendue de plusieurs centimètres.

Après avoir lié au catgut les vaisseaux pincés, on procède à la suture. Je m'occupe d'abord du sac herniaire, dont le malade m'avait instamment prié de le débarrasser; on y pénètre facilement du haut en bas avec le doigt, à travers le collet détaché de la tumeur. J'y fais, à la base du scrotum, une contre-ouverture dans laquelle je place un tube de caoutchouc, et je lave l'intérieur de la poche avec une solution phéniquée à 5 pour 100. Puis je ferme le collet avec quelques points de suture au catgut et je l'entoure encore d'une ligature circulaire, dont les bouts pendront au dehors pour servir de drainage.

Les différents plans musculaires et aponévrotiques de la paroi abdominale sont alors réunis par trois étages de sutures au catgut. Dans la couche profonde, je m'efforce de comprendre le péritoine autant que possible; mais, vers le milieu de la plaie, le morceau de séreuse excisé avec la tumeur est beaucoup trop grand pour qu'on puisse en rapprocher les bords.

Finalement, la peau est réunie par quelques points de suture entrecoupés en soie de Chine et une série d'épingles, sauf au milieu de la plaie, où deux tubes de caoutchouc longs d'une dizaine de centimètres plongent jusqu'au voisinage de l'artère iliaque pour donner issue aux liquides.

La ligne de réunion est recouverte de silk et de mousseline phéniquée d'après mon procédé. On y place une grosse éponge phéniquée ayant à peu près le volume de la tumeur enlevée. Le tout est recouvert de nouvelles couches de mousseline, d'une feuille de gutta-percha, et fortement assujetti par une bande de tarlatane amidonnée.

Le malade est alors couché dans son lit sur un matelas à eau et dans un cadre à suspension, moyennant lequel on pourra le soulever avec des mouffles pour le panser ou le mettre sur le bassin sans qu'il fasse ni effort ni mouvement.

Toute l'opération a duré une heure et demie, dont plus de la moitié a été absorbée par les ligatures, la suture et le pansement.

Examen de la tumeur. — La tumeur extirpée pèse 985 grammes. Elle mesure 17 centimètres de long sur 9 1/2 de large et 12 dans le sens antéro-postérieur, dont 4 reviennent à la partie rétro-péritonéale (le hile). La circonférence, dans le diamètre longitudinal, est de 44 centimètres; dans le diamètre transversal, de 32.

La tumeur, examinée par le professeur Recklinghausen, est régulièrement ovoïde, sèche sur la coupe, formée de lobes et de lobules, dont le plus grand a 7 centimètres de diamètre. Ils sont séparés incomplètement par des faisceaux de tissu connectif. Ceux de la face antérieure sont mous et pulpeux; vers le hile, les lobules sont plus fermes, séparés par des faisceaux connectifs plus épais et plus denses; quelques-uns sont jaune paille, en voie de dégénérescence graisseuse. Aux endroits où le péritoine se réfléchit sur la masse on constate qu'il est envahi par la dégénérescence.

Au pôle supérieur de la tumeur, on trouve des vaisseaux qui y pénètrent dans une portion plus molle, et de plus un canal à parois très épaisses qu'on peut poursuivre dans une étendue de 8 centimètres, dont 4 se laissent isoler facilement. Il est légèrement ondulé, non ramifié, rempli d'une substance brune, et garni à l'intérieur d'une couche de cellules probablement épithéliales. La paroi de ce canal est formée de faisceaux fibreux intriqués, auxquelles se joignent, dans la couche externe, des fibres élastiques. C'est indubitablement le *canal déférent.* La substance de la tumeur est riche en cellules, de formes très variées, quelques-unes munies de longs prolongements. Les amas de cellules sont séparés par des fibres connectives rares; dans certaines parties, il y a des faisceaux fibreux plus épais, avec des traînées de fibrine coagulée, renfermant des grains hyalins.

Diagnostic anatomique : sarcome médullaire du testicule inclus.

Suites de l'opération. — Le 21 mai, opération; température du soir, 36°,4.

Le 22 mai, température du matin, 37°,6; du soir, 37°,9.
Le 23 mai, température du matin, 37°; du soir, 38°.
Le 24 mai, température du matin, 37°,6; du soir, 37°,6.
Le 25 mai, température du matin, 37°; du soir, 37°,6.
Le 26 mai, température du matin, 38°,2; du soir, 38°,2.
Le 27 mai, température du matin, 37°,2; du soir, 37°,4.
Le 28 mai, température du matin, 36°,4; du soir, 37°,3.
Le 29 mai, température du matin, 37°,4; du soir, 38°,4.
Le 30 mai, température du matin, 37°,5; du soir, 38°,2.
Le 31 mai, température du matin, 37°; du soir, 37°,4.
Le 1er juin, température du matin, 36,6; du soir, 37°,5.
Le 2 juin, température du matin, 36°; du soir, 37°,3.

Malgré la longue anesthésie le malade ne vomit pas le jour de l'opération. Un accès de névralgie lombaire nécessite une injection de morphine. Ventre insensible à la pression; les gaz partent en grande quantité par l'anus.

Le 23 mai. Hier soir le malade a eu une selle spontanée diarrhéique, beaucoup de gargouillements et de gaz; ventre du reste plat et insensible. On renouvelle le pansement (premier pansement), qui est imbibé de sérosité sanguinolente. La plaie est réunie; on retire les épingles, et l'on entoure le ventre d'une longue bande de sparadrap bien serrée, qui laisse libre les points fournissant du liquide.

Le 25 mai, deuxième pansement. La plaie ne donne que de la sérosité sanguinolente, tant par les tubes du milieu que le long du catgut, à l'angle inférieur, et par un point de la partie supérieure. On enlève les sutures entrecoupées. Bande de sparadrap autour du ventre et pansement antiseptique compressif. L'abdomen est plat et indolore, mais il y a tendance à la diarrhée; point d'appétit. Le retour des névralgies est combattu par une ou deux injections de morphine par jour.

Le 27 mai, troisième pansement. Moins de sécrétion séreuse;

les fils du catgut du collet herniaire, qui dépassent la plaie, tombent ce matin. Du reste, même état, point de douleurs.

Le 29 mai, quatrième pansement. Pour la première fois la sérosité qui sort du trajet des tubes est un peu purulente. Toujours de la diarrhée; point d'appétit. (Bismuth et poudre de Dower). — Le sac herniaire, dans le scrotum, se ratatine sans suppurer; on supprime le tube du scrotum.

Le 31 mai, cinquième pansement.

Le 2 juin, comme il ne vient plus ni pus, ni sérosité par les tubes, on les supprime, ainsi que la bande de sparadrap, et l'on se borne à appliquer par-dessus la mousseline phéniquée une bande de tarlatane amidonnée.

La diarrhée va mieux; on prescrit au malade de s'asseoir; il mange une aile de pigeon avec plaisir.

Le 6 juin, la cicatrice forme une ligne blanche, ferme, étroite, sauf le trajet du tube, dont il sort un petit bourgeon charnu. La diarrhée a cessé.

Le 14 juin, le malade se lève en portant une ceinture abdominale. Il n'y a pas trace de hernie scrotale ni pariétale. L'ancien sac herniaire forme dans le scrotum une petite boule dure, pas plus grosse qu'une noisette.

Le 20 juin, le malade rentre chez lui allant tout à fait bien, sauf qu'il a encore besoin d'injections de morphine pour calmer des malaises nerveux et des douleurs de reins.

Cette opération, chez l'homme, est exactement le pendant de l'ovariotomie chez la femme. Dans les deux cas, on enlève la glande séminale dégénérée de l'intérieur du ventre; seulement le sarcocèle inclus n'est pas pédiculé comme un kyste de l'ovaire, ce qui rend l'opération plus difficile.

Je n'insisterai pas sur la cure radicale de hernie que j'ai faite accessoirement chez mon malade en suturant le collet herniaire par l'intérieur de la cavité abdominale. C'est un procédé qui ne trouve son application que dans des circonstances exceptionnelles; mais je m'étendrai sur la manière de suturer la paroi abdominale.

Après toute incision de l'abdomen, le malade est exposé à contracter consécutivement une hernie plus ou moins volumineuse dans la cicatrice. Cela tient à ce que les plans fibreux de la paroi abdominale ne se réunissent pas aussi facilement que la peau; souvent même le chirurgien n'attache pas assez d'importance à cette réunion exacte des parties profondes et ne se préoccupe pas de l'assurer par la manière d'appliquer ses points de suture.

Notre collègue Kœberlé est, je crois, le premier qui ait cherché à remplir cette lacune, en instituant une suture profonde aponévrotique, en faveur de laquelle il a abandonné les sutures enchevillées, qu'il pratiquait autrefois. (Voy. *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, t. XIV, séance du 1er février 1877.)

Il traverse les bords de la ligne blanche avec une aiguille armée d'un fil de soie, les suture directement, et réunit ensuite la peau par-dessus avec des épingles. Les sutures profondes, dont les bouts sortent à travers la ligne de réunion superficielle, restent en place jusqu'à ce qu'elles aient coupé.

L'idée première est excellente, mais l'exécution avec des fils de soie qui coupent les tissus qu'ils embrassent laisse à désirer; car, outre qu'ils restent de dix à quatorze jours en place, et forment autant de points de suppuration dans la ligne de réunion, ils laissent nécessairement des encoches dans la ligne blanche, qui pourraient devenir le point de départ de hernies ultérieures.

Tant que l'incision porte sur la ligne médiane, ces inconvénients sont de moindre importance, parce qu'il n'y existe qu'une aponévrose unique, dans laquelle se fondent les trois muscles de la paroi abdominale. Mais, dans la laparotomie latérale, les sutures profondes ont à réunir les trois couches musculaires superposées, et il serait imprudent d'appliquer trois étages de sutures profondes avec des fils de soie, dont chaque point devrait s'éliminer au dehors.

L'emploi du catgut écarte ce danger et permet de multiplier les sutures de façon à affronter exactement les muscles divisés. Les adversaires du catgut m'objecteront que ces liens se dissolvent trop vite pour offrir quelque sécurité. Sans doute, à partir du troisième ou quatrième jour, le catgut ne résisterait plus à une forte tympanite ou à des efforts de vomissements violents; mais aussi on aura soin de soutenir la ligne de réunion, dès les premiers jours, par des bandes de sparadrap faisant une fois et demie le tour du ventre.

Les sutures aponévrotiques et musculaires au catgut ont parfaitement réussi chez le malade dont je viens de donner l'observation, malgré l'excision d'un très grand morceau de péritoine. Je les ai également employées avec succès dans cinq laparotomies médianes, et M. Jules Bœckel, dans un nombre égal de cas concernant des kystes de l'ovaire, des tumeurs fibreuses, une énorme éventration ombilicale ou des étranglements internes.

Pathologie interne.

Contribution a l'étude de la cirrhose hépatique, par le docteur Cyr, inspecteur-adjoint à Vichy.

(Fin. — Voir le numéro 32.)

Je ne veux pas faire une nomenclature des auteurs qui ont admis une période d'hypermégalie : je ferai remarquer seulement que dans les traités didactiques les plus récents elle est signalée comme une chose acquise à la science (Goodeve in *System of medecine de Reynolds*, t. III, 1re édit., Jaccoud, *Pathologie interne*, t. I, 5e édit., Thierfelder, *Ziemssens's Handbuch*, t. VIII, Vulpian, *Clinique de la Charité*, etc.).

Il résulte de l'analyse de tous ces documents statistiques, que si l'on s'en tenait strictement aux indications qu'ils fournissent, il ne faudrait pas attacher une trop grande importance à l'élément atrophie ou hypertrophie pour caractériser des formes diverses de sclérose, et de plus que l'association de tel ou tel autre symptôme ne lui donnerait pas une signification suffisamment pathognomonique. Par suite, il serait assez difficile d'accepter, sans de grandes réserves, les deux formes bien distinctes de scléroses admises par les auteurs. Il ne faudrait pas cependant, — je l'ai d'ailleurs fait déjà remarquer, — exagérer la valeur des objections tirées d'une statistique. Les statistiques sont, en effet, souvent, ou tout au moins parfois, des trompe-l'œil : ainsi, il se pourrait que, si au lieu de me contenter de 205 cas, j'en avais réuni le double ou le triple, les résultats eussent été tout autres. Ce sont des documents à consulter, mais dont on ne pourrait tirer des conclusions trop absolues.

D'autre part, il y a à tenir compte de l'histologie pathologique qui a assigné des lésions assez différentes à ces deux formes de sclérose, tout en leur laissant un caractère commun. Examinons donc ces *lésions*.

Le caractère commun, c'est l'hyperplasie cellulaire, qu'on rencontre d'ailleurs dans tout processus d'inflammation interstitielle. Cette prolifération présente cependant une différence de siège suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre forme : en effet, dans la sclérose dite veineuse ou atrophique, elle a pour point de départ les veinules interlobulaires du système porte et c'est autour de ces vaisseaux qu'elle est le mieux marquée, tandis que, dans la sclérose hypertrophique, la prolifération cellulaire se fait principalement autour des canalicules biliaires qui paraissent être le point de départ de l'affection. Dans le premier cas, il y a donc au début une phlébite et une périphlébite, tandis que dans le second il s'agit d'une angiocholite avec péri-angiocholite. A propos de ce dernier, on a fait remarquer qu'il ne fallait pas confondre la sclérose hypertrophique avec une autre forme d'hépatite interstitielle, d'origine biliaire comme celle-là, mais qui s'accompagne plutôt d'atrophie que d'hypertrophie : celle-ci prendrait donc le nom de sclérose biliaire, et bien qu'ayant de nombreux points de ressemblance avec la précédente, elle s'en distinguerait en ce que l'angiocholite affecterait tout d'abord et surtout les gros

canaux, et que l'irritation sclérogénique partirait de là, au lieu de procéder des plus fins canalicules. L'élément étiologique séparerait encore ces deux formes de sclérose biliaire, attendu que l'hypertrophique n'a pas encore son étiologie bien débrouillée, tandis que la sclérose biliaire proprement dite serait généralement d'origine calculeuse. On comprend très bien que le séjour d'un ou de plusieurs calculs dans les gros vaisseaux détermine une irritation phlegmasique qui, en se propageant jusqu'aux derniers rameaux de l'arbre biliaire, amène une hyperplasie cellulaire sclérosique. Dans ces cas, il y a également dilatation des grandes voies biliaires jusqu'au niveau de l'obstacle. Mais si au lieu d'avoir affaire à un calcul formé dans la vésicule, et engagé dans les voies biliaires, il s'agit de sable biliaire formé dans les canalicules, l'irritation, bien que lithiasique, peut avoir alors le même point de départ que pour la sclérose hypertrophique à laquelle on a donné comme origine un catarrhe des canalicules, avec obstruction consécutive comme dans le catarrhe des grandes voies. C'est donc là un caractère commun entre la sclérose hypertrophique, et la sclérose biliaire, et ce n'est pas le seul; mais le moment n'est pas venu d'insister sur ce point.

J'en reviens à la sclérose atrophique et à la sclérose hypertrophique. Un autre caractère distinctif révélé par l'histologie, c'est que l'hyperplasie cellulaire englobe, dans la première, plusieures lobules qu'elle entoure complètement d'une zone plus ou moins épaisse de tissu connectif résistant; cet anneau fibreux, en se rétractant lentement, finit par amener l'atrophie et la destruction des cellules hépatiques qu'une diminution de vitalité à déjà amenées à l'état de dégénérescence granulo-graisseuse plus ou moins complète. Néanmoins, cette hyperplasie cellulaire ne pénètre ordinairement pas dans le lobule (1). Le processus hyperplasique se comporterait différemment dans la sclérose hypertrophique : d'un point des espaces où elle débute, elle s'agrandit progressivement; elle envoie dans tous les sens des prolongements qui vont se joindre à des prolongements voisins partis d'autres foyers d'hyperplasie, et le processus continuant à progresser, finit par pénétrer dans le lobule et envahir les cellules hépatiques elles-mêmes qu'il dissocie, atrophie et transforme. C'est ce qui a fait dire que la sclérose veineuse ou atrophique était annulaire, interlobulaire et polylobulaire, tandis que l'autre est insulaire, monolobulaire et inter et intra-lobulaire. D'un côté, il y a comme un anneau qui va en se rétrécissant, détruisant graduellement tout ce qu'il étreint; d'autre part, la lésion, pareille à la tache d'huile qui gagne de proche en proche, finit par envahir une grande étendue de parenchyme. La première reste interstitielle, la seconde est à la fois interstitielle et parenchymateuse. C'est ce qui explique, en grande partie, que la première aboutisse à l'atrophie par la rétraction graduelle qui s'exerce de la périphérie vers le centre et que facilite la forme annulaire ou sphérique affectée par l'hyperplasie. On comprend de même que la rétraction atrophique ne puisse produire, tout en existant réellement, qu'un effet très peu appréciable dans la forme hypertrophique, parce que l'hyperplasie, dans ce cas, est trop disséminée, trop diffuse, ne formant pas de bandes fibreuses, mais plutôt des amas plus ou moins étendus; sans compter que dans ce cas ce léger degré de rétraction est compensé et bien au delà par la prolifération plus active de l'élément épithélial, prolifération qui affecte en quelque sorte une forme végétante, et à laquelle le parenchyme prend une part active.

La pathogénie, pas plus que le mode de début de ces processus, n'expliquent pas d'une façon satisfaisante pourquoi ils diffèrent à ce point; pourquoi, par exemple, l'hyperplasie, qui a pour point de départ les voies biliaires, ne serait pas annulaire et monobulaire, comme celle qui a pour origine la phlébite porte.

(1) Je dis *ordinairement*, car MM. Kelsch et Kiener ont observé un certain nombre de cas de sclérose atrophique où la prolifération conjonctive avait envahi l'intérieur du lobule

Ce qui s'explique mieux, c'est l'ascite qu'on rencontre dans la généralité des cas de cette dernière, c'est aussi l'ictère qui caractérise la forme hypertrophique. Je n'insiste pas sur ces symptômes, parce que leur étude, leur pathogénie, serait ici déplacée. Je poursuis donc la revue des lésions histologiques.

Un caractère histologique des plus importants, et qu'on a même donné comme pathognomonique, c'est la néoformation de canalicules biliaires qu'on rencontre généralement dans la sclérose hypertrophique et qui manquerait dans l'autre forme de cirrhose. Cette néoformation se produirait par la prolifération ou le bourgeonnement des canalicules normaux qui envoient des prolongements dans tous les sens, prolongements qui se ramifient entre eux et finissent par former des lacis très élégants. Ici, les interprétations ont singulièrement varié, et trois opinions principales se sont produites : les uns croient à un simple bourgeonnement des canalicules existants; d'autres veulent que ce soit par une transformation des cellules hépatiques que les nouveaux canalicules se forment (résorption du contenu cellulaire et accolement bout à bout des cellules); enfin quelques auteurs ont prétendu qu'il n'y avait pas, en réalité, de néoformation de canalicules, et que si on voyait ces vaisseaux beaucoup plus abondants que normalement, c'est parce que, sous l'influence de la dilatation générale dont le système angiocholique est le siège, des canalicules extrêmement fins et invisibles auparavant deviennent, par ce mécanisme, perceptibles. Il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de trancher la question, dans l'état actuel de la science, d'autant plus qu'aucune de ces opinions ne paraît, *a priori*, pouvoir être rejetée. Tout ce qu'on peut dire c'est que d'excellents travaux ont été publiés pour établir ces diverses opinions et qu'il ne paraît pas impossible que, suivant les circonstances, elles représentent tour à tour la réalité.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que, dans bon nombre de cas de sclérose hypertrophique ou de sclérose biliaire, le réseau des canalicules est beaucoup plus développé qu'à l'état normal. Aussi plusieurs auteurs, surtout Hanot et Charcot, ont-ils donné cette lésion comme caractéristique de la sclérose hypertrophique. Malheureusement, d'autres histologistes l'ont constatée dans des cas de sclérose veineuse et même de foie cardiaque. Ackermann (*Archives de Virchow*, t. LXXX, 3e liv.), Brieger (*Archives de Virchow*, t. LXXV, 1re livr.) et Litten (*Charité Annalen*, t. V) en Allemagne, Rob. Saundby (*The Brit. and For. med. Chir Rev.*, dernière livraison de la collection, et *Pathological Society Transactions*, 1879, p. 301 à 305) en Angleterre, Kelsch et Kiener (*Archives de physiologie*, 1876, 1878 et 1879 et Kelsch et Wannebroucq, *Archiv. de physiologie*, 1880) en France, ont rencontré la néoformation angiocholique dans plusieurs cas d'hépatite autres que la sclérose hypertrophique. Si ce fait était définitivement acquis, — et il paraît l'être aujourd'hui, — il annihilerait un des caractères différentiels les plus importants, le plus important peut-être, entre les deux formes principales de sclérose.

D'ailleurs, le phénomène de la néoformation des canalicules n'a nullement un rapport connexe avec le phénomène de l'hypertrophie; en d'autres termes, la multiplication du réseau canaliculaire n'est pour rien, ou pour bien peu de chose, dans l'augmentation de volume parfois si considérable qu'offre le foie dans la sclérose hypertrophique : d'une part, en effet, cette hypergénèse manque complètement dans une foule de cas d'hépatite paludéenne où le foie présente souvent un volume énorme, et, d'autre part, elle existe très positivement dans des cas de sclérose atrophique peu avancée, et si l'on ne l'a pas constatée plus souvent dans cette dernière, c'est qu'on a le plus ordinairement l'occasion d'étudier ses lésions histologiques à une période ultime où le tissu fibreux, s'épaississant et se rétractant de plus en plus, atrophie tous les éléments qu'il enveloppe. Enfin, détail caractéristique, c'est dans l'atrophie aiguë qu'on a, il y a une quinzaine d'années, constaté pour la première fois cette néo-formation de canalicules

biliaires (Waldeyer, *Archiv f. pathol. Anat.*, 1868), et ce n'a pas été la seule fois.

Quant au mode de production de ces canalicules, les recherches de Kelsch et Kiener, et de Richaud et Nicati (*Archives de physiologie*, 1880), pour ne citer que des auteurs français, ont montré que, sans récuser la néoformation par bourgeonnement, c'est surtout aux dépens des cellules hépatiques qu'ils se produisent. L'étude spéciale que Richaud et Nicati ont faite de la cirrhose biliaire a montré, en outre, des faits assez nouveaux, notamment le rôle que jouerait, dans cette forme de sclérose hypertrophique la veine centrale « dont la congestion, puis la thrombose et enfin la réplétion des capillaires par des cellules embryonnaires, précéderait les altérations parenchymateuses ». On pourrait croire, d'après cela, qu'il s'agissait d'une cirrhose cardiaque, et cependant c'était bien une sclérose hypertrophique par obstruction des voies biliaires, chez le lapin.

Au fond, et bien qu'on puisse aisément critiquer les caractères admis jusqu'à présent comme distinctifs de la sclérose hypertrophique avec ictère, je suis loin d'en conclure que cette forme n'a pas sa raison d'être : il est bien certain qu'on observe des cas où l'ictère et l'augmentation de volume du foie, très marqués l'un et l'autre, surviennent de bonne heure, persistent des années, souvent sans ascite, et où le microscope montre des lésions un peu différentes de celles qu'on rencontre habituellement dans la sclérose vulgaire ou atrophique, et on ne pourra contester à l'Ecole française le mérite d'avoir nettement établi ces faits. Que restait-il à faire pour mieux justifier cette forme nouvelle de cirrhose? Elargir son cadre un peu restreint, et faire ressortir la lésion histologique qui caractérise la plupart des cas de sclérose avec hypertrophie. Cette lésion, dont la signification a été étudiée principalement dans les travaux déjà cités de Kelsch et Kiener, de Kelsch et Wannebroucq et enfin de Hutinel, c'est la prolifération épithéliale qui se fait aux dépens des vaisseaux intra ou extra-lobulaires et surtout aux dépens des cellules hépatiques.

Le professeur Charcot avait d'ailleurs, avec sa largeur de vues habituelle, indiqué déjà dès 1876 cette base nouvelle de classification des scléroses, dans une remarquable leçon sur les cirrhoses en général, et on pouvait dès lors en déduire le groupement suivant qui paraît de nature à concilier les données histologiques et cliniques :

1° Scléroses conjonctives ou interstitielles;
2° Scléroses épithéliales ou parenchymateuses.

Le premier groupe comprendrait la cirrhose vulgaire, cirrhose alcoolique ou péri-veineuse, et la cirrhose cardiaque ou péri-artérielle, ou atrophie rouge.

Le second groupe réunirait la cirrhose hypertrophique avec ictère, la cirrhose biliaire proprement dite (souvent atrophique), la stéato-cirrhose des tuberculeux alcooliques, la cirrhose paludéenne.

La cirrhose syphilitique a une forme si spéciale, qu'elle devrait former un groupe à part.

Je n'attache pas plus d'importance qu'il ne faut à cette classification qui, acceptable à la rigueur aujourd'hui, sera peut-être insuffisante demain; je crois même qu'il y a plus de profit pour la science et un plus grand intérêt clinique à rechercher le lien commun qui réunit ces diverses formes de sclérose plutôt que les différences qui les séparent. En étudiant leurs caractères de famille, on comprend mieux par quelles dégradations, par quelles déviations de type, chacune a passé pour arriver à constituer une nouvelle individualité.

Envisagée à un point de vue très général, la sclérose hépatique est une lésion anatomique qui a une évolution bien connue, parce qu'on l'a observée dans maints tissus; mais cette évolution peut être entravée ou simplement modifiée par des circonstances très diverses qui, alors, lui impriment une direction toute différente.

Pour ne considérer, momentanément, que la lésion elle-même, il suffit de rappeler qu'elle consiste essentiellement en une prolifération de cellules embryonnaires qui se fait au sein du tissu cellulaire interstitiel, à la surface des radicules veineuses ou canaliculaires, et aux dépens même des cellules hépatiques. Cette prolifération est elle-même le résultat, comme toujours, d'une irritation locale très variable dans sa nature, mais à peu près identique dans ses effets immédiats sinon dans ses conséquences ultérieures : action irritante de l'alcool, des épices, d'une nourriture trop excitante, trop abondante, action favorisée par une inactivité corporelle relative, ou par la fatigue de veillées prolongées, ou par des excès de travail; action irritante du miasme paludéen, favorisée souvent par les excès alcooliques, et par les transitions brusques de température qui agissent sur les nerfs périphériques et secondairement sur les viscères. On pourrait ajouter encore la tuberculisation péritonéale ou intestinale, ainsi que d'autres altérations ayant même siège (dothiénentérie, dysenterie) et susceptibles également de transmettre une irritation morbide au foie soit par propagation phlegmasique, soit par produits septiques : tous ces agents d'irritation ont pour voie de transmission la veine porte ou le tissu séro-fibreux. Du côté des voies biliaires, nous trouvons les calculs de la vésicule et des gros canaux, le sable biliaire intra-hépatique, le catarrhe des gros canaux ainsi que des canalicules, les nombreuses altérations de la bile que nous connaissons si mal et dont nous ne pouvons guère apprécier que les effets, altérations qui sont elles-mêmes en partie sous la dépendance du sang porte, ou en relation étroite avec lui; voilà encore de nombreux agents d'irritation, et par suite des causes de prolifération embryonnaire, car, que l'agent irritant agisse sur la paroi anhiste des derniers capillaires portes ou sur celle des canalicules ou sur la charpente fibreuse par propagation d'une péri-hépatite, le processus est le même; l'irritation y provoque une prolifération cellulaire plus ou moins intense; de là elle se propage au tissu connectif voisin, d'où, nouvelle hyperplasie cellulaire, etc.

Il y a bien d'autres causes qui par leur mode d'action se rapprochent beaucoup de celles que j'ai déjà mentionnées, mais d'une fréquence bien moindre : je signalerai parmi ces causes d'irritation, la compression exercée sur quelque point des canaux biliaires par un ganglion de la scissure porte engorgé ou siège de quelque néoplasme, par une bride fibreuse, par un cancer de la tête du pancréas, par un kyste hydatique (on a vu de petits kystes hydatiques, gros comme des noisettes, déterminer une sclérose assez étendue). Il faut signaler aussi une thrombose de la veine porte, si elle n'est pas suivie d'accidents graves immédiats, de même que l'oblitération congénitale des voies biliaires; ce sont là des causes purement mécaniques, comme encore dans certains cas d'affections cardiaques qui ne se bornent pas toujours à produire ce qu'on appelle le *foie cardiaque* ou *muscade*, mais même une vraie sclérose, qui débute par le lobule pour gagner ensuite les espaces, contrairement à la marche suivie d'habitude par la sclérose. Enfin, et bien que je n'aie pas la prétention de faire une énumération complète, je n'aurai garde d'oublier la syphilis, dont la sclérose a généralement une physionomie toute particulière et sur laquelle je n'ai pas à insister ici.

Pour peu qu'on réfléchisse à la diversité de nature et de mode d'action des principales causes sus-indiquées, on admettra, je crois, aisément que l'effet produit sur la glande hépatique soit susceptible de varier aussi, et même considérablement. Il est rationnel qu'un ganglion tuberculeux ou cancéreux, qu'un squirrhe d'un organe voisin, que de petits kystes, tous irritant par compression, et agissant sur un point limité dont l'irritation se propage par continuité de tissu, produisent une sclérose assez différente de celle déterminée par des excès alcooliques habituels qui agissent sur tout l'ensemble de la glande. De plus, si habituels même que soient les excès, ils n'ont pas la régularité et la continuité

d'action d'une cause mécanique ou organique. Mais ce n'est pas tout : étant donné la même cause, les excès alcooliques par exemple, il est bien certain aussi qu'ils n'agiront pas sur le foie de la même façon chez tous les individus, même à dose égale ; il y a à tenir compte de diverses circonstances, dont il est difficile de préciser le degré d'importance, mais auxquelles on ne saurait refuser une influence secondaire. Tels sont l'âge, le sexe, la profession, les habitudes, le tempérament, les susceptibilités particulières, l'état du système nerveux, les antécédents morbides héréditaires ou acquis, la saison, la température, l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac, l'activité de l'absorption, etc., etc.

L'examen de ces dernières circonstances, au point de vue de leur influence pathogénique sur la sclérose hépatique, présenterait évidemment beaucoup d'intérêt, mais serait un peu déplacé.

Toutes ces conditions sont déjà capables de modifier sinon la forme du moins l'évolution de la maladie. Mais quelle influence plus profonde lui imprimeront non plus des circonstances plus ou moins favorables, telles que celles que je viens de citer, mais l'action simultanée de plusieurs des causes que j'ai énumérées précédemment. Il n'est assurément pas indifférent qu'un alcoolique qui fait de la sclérose ait en même temps de la lithiase, pas plus qu'il n'est indifférent qu'il soit exposé aux miasmes telluriques, et on peut admettre sans trop s'aventurer que, sous l'influence simultanée de deux causes aussi efficaces généralement, la sclérose alcoolique ne suivra pas la même marche, ne présentera pas exactement les mêmes symptômes et lésions que lorsqu'elle se développe sans influence biliaire ni paludéenne. Prenons un autre cas : on sait que chez les tuberculeux, le foie est souvent affecté de stéatose à un degré très remarquable. Cette transformation régressive qui indique chez ces malades une diminution de la vitalité, indique par là même une moindre résistance des éléments glandulaires à l'envahissement des processus néoplasiques : si donc, sous l'influence des excès alcooliques ou de toute autre cause, il vient à se produire une hépatite interstitielle, la sclérose pourra bien présenter une évolution assez différente de celle qu'elle offre dans les cas les plus simples(1).

Il est inutile de poursuivre dans cet ordre d'idées : il me paraît en effet surabondamment prouvé que certaines causes déterminées étant susceptibles de produire des symptômes et des altérations bien définies, ces mêmes causes pourront amener, par l'effet d'autres éléments étiologiques qui leur seraient associés, des symptômes et des lésions un peu différents des précédents, en d'autres termes aboutiront à un autre conspectus morbide.

M. Pitres a publié en 1875 (*Progrès médical*, 1875, p. 603) une observation très intéressante à plusieurs points de vue, et notamment au point de vue étiologique, dans ses rapports avec les lésions histologiques. Il s'agit d'un terrassier de trente-trois ans, autrefois maçon et adonné aux excès alcooliques. Il fait une première chute en 1866 dans laquelle la région hépatique est contuse. A la suite d'une seconde chute qui a occasionné une plaie de tête, il survint au troisième jour une jaunisse. Il est très probable que les excès alcooliques avaient déjà amené un certain degré de phlegmasie péri-veineuse; les deux traumatismes du foie ont eu pour effet de faire dévier le type de la sclérose alcoolique par un accident aigu. L'ictère a persisté depuis, c'est-à-dire pendant sept à huit ans. A-t-il persisté uniquement parce qu'il était entretenu par la phlébite alcoolique chronique résultant de la continuation des excès de boisson, ou bien par l'irritation

(1) M. Hulinel vient de mettre ce fait en pleine lumière dans un mémoire des plus intéressants publié récemment par la *France médicale* (1881 n°s 30, 32, 34, 35 et 37). En étudiant les observations contenues dans ce travail, on se convaincra aisément que, malgré l'hypermégalie du foie; ce sont bien, au fond, des cas de sclérose vulgaire déviés de leur type par la stéatose très prononcée dont la glande était atteinte, mais qui conservent encore plus de caractères de la sclérose alcoolique ordinaire que de la sclérose hypertrophique.

qu'ont pu provoquer, par leur compression sur les vaisseaux du hile les ganglions lymphatiques hypertrophiés (ce sujet avait eu longtemps dans sa jeunesse des engorgements ganglionnaires) ? Je croirais plus volontiers à cette dernière explication. Toujours est-il qu'à l'autopsie on a trouvé le foie gros (2200 grammes), comme il l'est le plus souvent par l'effet de l'ictère, mais avec les lésions histologiques de la cirrhose vulgaire, c'est-à-dire avec la sclérose seulement péri-lobulaire, et un peu de catarrhe des petits canalicules, sans dilation des voies biliaires. Faut-il admettre avec M. Hanot ou bien que la lésion n'était pas assez ancienne pour que la sclérose devînt intra-lobulaire (la maladie datait cependant de sept ans, ce qui est largement suffisant), ou bien que, si l'examen histologique avait été poursuivi sur d'autres coupes on aurait probablement fini par trouver la sclérose intra-lobulaire ? C'est là une objection qu'il est toujours aisé de produire quand on discute des coupes histologiques et qu'il est tout aussi impossible de réfuter. Faut-il enfin croire, avec M. Pitres, qu'on a eu affaire dans ce cas à une variété de sclérose hypertrophique ? Ce serait s'exposer à multiplier à l'infini les formes de sclérose, mais sans rien simplifier, au contraire. Il me paraît donc préférable d'admettre que dans ce cas comme dans bien d'autres, — car il se pourrait bien que les cas franchement typiques fussent l'exception en pareille matière, — il y a eu plusieurs éléments étiologiques qui, agissant concurremment, ont laissé chacun trace de leur passage (1).

En somme, quelle que soit la cause, quel que soit le cas particulier, le fait fondamental, c'est l'hyperplasie cellulaire. Qu'elle ait pour point de départ les ramifications de la veine porte avec phlébite et périphlébite, ou de l'artère hépatique avec péri-artérite, ou bien les canalicules biliaires avec angiocholite et péri-angiocholite, il y a toujours hyperplasie cellulaire. Quant au processus, au mode d'évolution de cette hyperplasie, à son activité, son siège intra ou extra-lobulaire; aux lésions histologiques qui viendraient s'y joindre (prolifération épithéliale des trabécules, néoformation de canalicules biliaires, etc.), ce sont des phénomènes secondaires surajoutés, et qui n'offrent pas une fixité suffisante pour pouvoir caractériser une forme plutôt qu'une autre. On peut très bien admettre que si la lésion a pour point de départ un catarrhe des canalicules, sa marche ne sera peut-être pas la même que si elle débutait par une phlegmasie veineuse; mais je ne vois pas ce qui empêchera, dans le premier cas, la sclérose d'être ultérieurement surtout péri-veineuse, avec ses conséquences habituelles, et, dans le second cas, le catarrhe angiocholique pourra parfaitement compliquer la phlébite porte et amener avec lui l'ictère, qui en est l'effet le plus ordinaire.

En d'autres termes, *c'est le déterminisme étiologique qui règle l'évolution de la lésion*, et c'est en s'appuyant sur cette base qu'on aura, je crois, le plus de chance de constituer, non pas peut-être des formes bien fixes, ce qui me paraît assez difficile sur ce terrain, mais des groupements assez homogènes.

S'il me fallait maintenant condenser en quelques lignes les principaux points qui se dégagent de ce travail, voici les conclusions que je proposerais :

1° La sclérose dite atrophique, ou sclérose alcoolique, est susceptible de présenter et présente souvent une première période pendant laquelle le foie est augmenté de volume. L'ictère survenant dans ces conditions peut faire croire à une vraie cirrhose hypertrophique, alors que ce n'est qu'un épiphénomène, ou le résultat de quelque complication, ou le symptôme de quelque autre affection coexistante;

2° La constatation d'une diminution de volume du foie a une assez grande importance pour le diagnostic de la forme de sclérose; l'augmentation de volume en a infiniment moins,

(1) Je pourrais citer, parmi les observations que j'ai relevées, un certain nombre de cas analogues.

parce qu'elle peut être l'effet de circonstances très diverses et exister dans des cas assez dissemblables;

3° Les modalités variées que peut offrir la sclérose hépatique sont liées soit à des éléments étiologiques distincts, soit à l'action simultanée de plusieurs de ces éléments apportant chacun son influence particulière et imprimant à l'affection un cachet spécial;

4° On peut admettre une classification provisoire des cirrhoses en conjonctives et épithéliales, ou encore en interstitielles et parenchymateuses, mais plutôt au point de vue histologique que clinique;

5° La durée comparée de l'évolution dans ces deux catégories est difficile à établir faute de données assez précises. Dans tous les cas, il n'est nullement prouvé qu'elle soit plus courte dans la première que dans l'autre;

6° Une terminaison rapide est plus à craindre dans la seconde que dans la première, parce que le parenchyme est le siège principal du processus de désorganisation;

7° Sauf dans les premières périodes, où l'on a des moyens d'action d'une certaine efficacité (révulsifs, alcalins, sels d'ammonium, etc., etc.), le traitement, à quelque catégorie qu'appartienne la sclérose, est purement palliatif et ne peut que retarder le dénouement.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international des sciences médicales (VII° session, Londres).

(Suite. — Voyez le numéro 32).

TRAVAUX DES SECTIONS

Section I. — Anatomie normale (1).

La première séance de la section d'anatomie a été ouverte par un remarquable discours du président de la section, le professeur *Flower*, sur le musée du Collège royal des chirurgiens. Un vote de remerciements au président a été proposé par M. *Allen Thomson* et appuyé par une motion fort bien dite, en très bon anglais, par le professeur Kölliker.

1. Aussitôt ont commencé les travaux de la section : c'est le professeur *His* (de Leipsick) qui a pris le premier la parole pour développer cette idée que l'*embryon de l'homme ne paraît posséder à aucune époque de vésicule allantoïde indépendante.* Le nombre des embryons normaux qu'on a pu étudier jusqu'ici est assez considérable, dit M. *His*, pour qu'on soit en droit d'affirmer que la fixation de l'embryon au chorion constitue le type normal.

Cette opinion ne paraît pas être celle de la majorité des anatomistes présents, et M. Allen Thomson a combattu les vues de M. His en disant que probablement la plupart des embryons examinés étaient pathologiques, comme cela s'observe dans beaucoup d'avortements.

2. Tout le reste de la séance a été consacrée à l'étude d'une question d'un grand intérêt anthropologique : il s'agissait des crânes des naturels des « Admiralty Islands » rapportés en 1875 par l'état-major du *Challenger*, et soumis à l'examen du professeur Turner. C'est surtout au point de vue de la détermination de la race de ces peuplades que se sont placés les membres de la section qui ont pris part à la discussion ouverte par M. Turner: on a, par exemple, insisté sur la ressemblance de ces crânes avec ceux des indigènes de la Nouvelle-Guinée, particulièrement de ceux qui vivent sur la ligne côtière. Une série de remarques intéressantes ont été faites tour à tour par M. *Rabl-Rückhardt* (de Berlin) à propos des crânes de la Nouvelle-Bretagne rapportés par une commission allemande d'un voyage à « Kerguelen Island » et par MM. *Toldt* (de Prague) et *Lesshaft* (de Saint-Pétersbourg).

— Le jeudi 5 août deux travaux importants ont été communiqués sur le système osseux : l'un, du professeur *Struthers* (d'Aberdeen), qui a décrit et démontré à l'aide de pièces *les saillies sus-condyliennes de l'humérus chez l'homme ;* l'autre, du docteur *Lesshaft* (de Saint-Pétersbourg), sur *les causes dont dépend la forme des os*. Le premier de ces travaux présente un véritable intérêt philosophique, en ce sens que la présence des saillies sus-condyliennes chez tous les mammifères, depuis l'ornithorhynque jusqu'à l'homme, ne peut s'interpréter que par la théorie de la descendance. Le mémoire de M. Lesshaft a pour base des expériences faites sur les jeunes animaux dans le but de déterminer la part qui revient aux parties avoisinant les os (muscles, ligaments, aponévroses) dans le mode de développement et dans la constitution extérieure de ces os. Les conclusions de ces recherches peuvent se ramener aux propositions essentielles qui suivent :

a. Le développement de toutes les parties de l'os est en raison de l'activité des muscles voisins.

b. L'os se développe en se projetant vers l'extérieur quand la résistance des parties voisines diminue en un point; et, comme réciproque, le développement de l'os est moins considérable dans les points où il supporte une plus forte pression extérieure. En d'autres termes, la nutrition du tissu osseux serait en raison inverse des pressions qui s'exercent à sa surface.

Dans une seconde communication, M. Lesshaft touche une question importante au point de vue de la pratique médicale : *la situation de l'estomac et les rapports qui existent entre sa forme et sa fonction.* Signalons tout d'abord, pour l'éliminer, cette opinion de M. Lesshaft que « l'estomac est situé verticalement dans la cavité abdominale, de telle façon que son fond touche au diaphragme ». Comme l'a très bien fait remarquer M. Holden, d'accord avec MM. His, Kölliker et Braune, l'estomac est normalement disposé suivant l'oblique admise classiquement, et ce n'est que chez les tout jeunes enfants que l'estomac présente la position verticale indiquée par M. Lesshaft. Cet anatomiste a beaucoup insisté ensuite sur le trajet imposé aux matières contenues dans l'estomac par l'action des fibres musculaires dirigées en différents sens; il subordonne en outre les mouvements des aliments à la forme même de l'estomac, admettant qu'il se produit un courant de surface et un courant central, le premier du grand cul-de-sac vers le pylore, le second en sens opposé. L'auteur paraît déduire toutes ses conclusions physiologiques de considérations anatomiques, sans invoquer l'expérimentation directe à l'appui de ses opinions.

M. *Laura* (de Turin) complète sur quelques points les notions histologiques relatives à l'*origine profonde de certains nerfs crâniens :* ces recherches font suite à celles de Meynert et de Mathias Duval, bien connues du public français. Voici quelques-unes des conclusions données par l'auteur lui-même.

a. Les cellules du noyau de l'hypoglosse possèdent des prolongements qui se rendent aux racines du nerf...

b. Les cellules placées le long des racines et au-devant du noyau du nerf hypoglosse (*noyau antérieur accessoire de l'hypoglosse de Duval*) envoient leurs prolongements en dehors et en arrière.

c. Les cellules du « nucleus ambiguus » de Krause (noyau antérieur accessoire du pneumogastrique de Meynert) envoient leurs prolongements en dedans et en arrière jusqu'au noyau du pneumogastrique...

(1) Comme nous l'avons annoncé dans le précédent numéro, nous n'avons pas l'intention de présenter un exposé complet des travaux de chaque section. Nous nous arrêterons surtout à ceux des sections d'anatomie normale, d'anatomie pathologique, de médecine et de chirurgie. Dans les autres sections (physiologie, maladies de la gorge, ophthalmologie, hygiène publique, pharmacologie, maladies des dents, etc.), nous noterons seulement les travaux sinon les plus importants, du moins les plus aptes à présenter un certain intérêt général. (*Note du rédacteur*).

d. Les cellules du noyau appelé *auditif externe* envoient leurs prolongements, non dans les racines, mais bien en avant entre les fibres de la colonne blanche latérale.

e. Les cellules des noyaux facial-abducteur-trijumeau, possèdent des prolongements qui gagnent les racines des nerfs correspondants.

f. Quant aux petites cellules de la substance gélatineuse de Rolando, comprises dans la racine ascendante du trijumeau, l'auteur ne peut donner aucun renseignement sur leur destination; il a montré que les cellules moyennes envoient leurs prolongements vers la ligne médiane et non du côté des racines.

g. Dans toute la longueur de la moelle allongée, depuis le glosso-pharyngien jusqu'au trijumeau, on rencontre de grandes cellules disséminées qui envoient leurs prolongements vers le raphé et en arrière; jamais l'auteur n'a pu les voir se continuer dans les racines d'un nerf crânien quelconque comme l'a signalé Meynert.

Dans une seconde communication, M. *Laura* donne l'exposé de ses *recherches sur la structure intime de la moelle épinière*. Ses principales conclusions sont les suivantes:

a. Beaucoup de cellules de la corne antérieure envoient leurs prolongements aux racines antérieures des nerfs; à la région cervicale elles en fournissent aux racines du nerf spinal.

b. On trouve dans la commissure antérieure des fibres venant des cellules des cornes antérieures et des cornes postérieures,

c. Les cellules de la colonne de Clarke envoient des prolongements qui, après s'être rapprochés du canal central, se recourbent en dehors, en formant un large faisceau traversant la corne antérieure pour se perdre dans le cordon latéral.

d. On trouve dans le cordon latéral des prolongements qui émanent des cellules de plusieurs parties des cornes antérieures et postérieures.

e. Les cornes postérieures fournissent entre autres prolongements: 1° des fibres dirigées en avant, et s'avançant jusqu'au voisinage des racines antérieures à travers les cornes antérieures; 2° des fibres qui vont au faisceau postérieur; 3° des fibres passant d'un côté à l'autre de la moelle en arrière du canal central.

Après une courte communication de M. *Adamkiewicz* (de Cracovie) *sur les petits vaisseaux de la moelle*, M. le professeur L. Tripier (de Lyon) a montré de belles préparations transparentes en décrivant la méthode qui lui permet de les obtenir et de les monter.

Toutes les pièces relatives aux communications qui précèdent ont été l'objet de démonstrations particulières dans une salle du musée.

— Dans la séance suivante, parmi les communications toutes intéressantes de M. *Benedikt* (de Vienne) *sur une nouvelle méthode de mensuration des crânes*, de M. *Hannover* (de Copenhague), qui a montré la *séparation sur la ligne médiane des cartilages de Meckel dans le crâne de l'homme*, nous signalerons surtout le travail de M. *Cunningham* (d'Edimbourg). Il s'agit d'un sujet à l'ordre du jour, qui a été abordé à des points de vue variés par Ruge (de Heidelberg), par Ferrier, par Paul Bert et Marcacci tout récemment (1), *la valeur de la source d'innervation d'un muscle considérée comme guide dans les recherches tendant à établir l'histoire comparative de ce muscle*. Tout en accordant une certaine importance à cette détermination, M. Cunningham n'accepte pas dans toute sa rigueur la formule de Ruge: « Le muscle doit être considéré comme l'organe terminal du nerf; et par conséquent, lorsque la position et les rapports d'un muscle sont modifiés, on peut toujours reconnaître ses relations antérieures et classiques en considérant de quelle source il reçoit son innervation ». Pour M. Cunningham, il est plus juste de dire: « Si la source médullaire d'où dérivent les fibres nerveuses est toujours la même, il est certain que les cordons nerveux qui relient le muscle à ces parties constantes dans la moelle sont souvent très différents.

(1) Voy. le compte rendu de la séance de la Société de biologie (30 juillet 1881). *Gazette hebdomadaire* du 12 août.

Cette communication donne lieu à une discussion intéressante à laquelle prennent part MM. Macalister, Kölliker, Struthers, Turner, Forbes, et d'où il résulte que la segmentation des masses musculaires primitives est tellement différente chez les divers animaux, que les questions d'homologie sont entourées d'incertitude, et qu'on ne saurait procéder à ces comparaisons avec trop de précautions, malgré tout l'intérêt d'un pareil sujet.

Des dissections minutieuses ont amené M. *Fœsebeck* (de Brunswick) à reconnaître comme nerf indépendant la portion dite motrice du trijumeau. Pour lui, ce nerf (*nerf masticateur* des classiques) devrait plutôt prendre le nom de *nerf facial profond*.

M. *Howard* (de New-York) termine la séance par une communication plutôt physiologique qu'anatomique sur le *redressement de l'épiglotte par l'extension forcée de la tête et du cou*. C'est au moyen de la traction exercée sur l'os hyoïde par les muscles qui relient cet os au maxillaire inférieur que s'opérerait le mouvement de bascule en avant de l'épiglotte: cet appendice, étant relié à l'os hyoïde par le ligament hyo-épiglottique, suit le mouvement de l'hyoïde en avant. L'auteur pense que « c'est là le seul moyen d'élévation complète de l'épiglotte qui ait été accompli sur le malade insensible et dans la position dorsale ».

— La séance du lundi 8 août s'ouvre par un exposé succinct du professeur *Kölliker* sur le *développement du mésoderme chez le lapin*. Pour Kölliker, le mésoderme de cet animal se développe aux dépens des cellules de l'ectoderme; toutefois, on peut observer une autre origine chez des animaux différents, et trouver, par exemple, ainsi que cela est admis par quelques autres embryologistes, que le mésoderme provient de l'endoderme. Kölliker complète sa communication en résumant ses vues sur la formation de la corde dorsale, qui, pour lui, dérive du mésoderme et non de l'endoderme, comme on le répète souvent.

Le professeur *Kölliker* fait ensuite, au nom de son fils, le docteur *Th. Kölliker*, une communication sur l'*os intermaxillaire chez l'homme*. Jusqu'à la huitième semaine, cet os existerait à l'état indépendant, mais se fusionnerait avec le maxillaire supérieur à partir de la neuvième semaine.

M. *C. H. Fenwick* expose ensuite les résultats que lui ont fournis de nombreuses injections sur les *réseaux veineux sous-cutanés du tronc* et leurs rapports avec les veines profondes.

Il existe des troncs veineux anastomotiques unissant les réseaux sous-cutanés antérieurs du tronc aux veines fémorale, axillaire et sous-clavière; des valvules placées à l'origine de ces troncs veineux déterminent le sens du courant de la surface vers la profondeur.

Entre les veines épigastriques superficielles et profondes existent aussi des branches anastomotiques dans lesquelles le sang circule vers les veines profondes, des valvules s'opposant à une marche en sens inverse.

De même, les veines intercostales servent à transporter à l'azygos une partie du sang qui parcourt les veines mammaires internes.

Enfin la veine porte est en rapport avec l'épigastrique profonde par l'intermédiaire de la veine de Sappey et avec les veines vésicales.

Deux communications d'ordre général ont été faites ensuite, l'une par M. *Struthers* (d'Aberdeen) sur l'*enseignement anatomique* examiné comparativement dans les écoles

anglaises et étrangères ; l'autre, par M. *Keen* (de Philadelphie) sur *l'importance de l'étude de l'anatomie sur les sujets vivants.*

— La dernière séance (mardi 9 août) a été occupée par un assez grand nombre de lectures, que nous résumerons brièvement.

1° M. *Knott* (de Dublin) fait une étude critique des travaux anciens et modernes *sur les sinus cérébraux et leurs variations*. Il expose le résultat des nombreuses recherches de contrôle qu'il a entreprises et émet quelques aperçus cliniques relatifs à la circulation veineuse du cerveau.

2° M. *Garson* (de Londres), étudiant la *pelvimétrie* surtout au point de vue de la comparaison des races, admet que les mesures du diamètre transverse ont beaucoup plus d'importance que celles du diamètre antéro-postérieur.

3° M. *Rein* (de Saint-Pétersbourg) admet, dans le développement de la glande mammaire, les six stades suivants : *a*, stade *tuberculeux* (hypertrophie localisée des cellules cylindriques de l'épiderme) ; *b*, stade *lenticulaire* (pénétration dans la peau de la portion basilaire, convexe, de la masse épithéliale) ; *c*, stade *conique* (suite du second stade avec épaississement de la couche épithéliale) ; *d*, formation de *massues* (le dépôt épithélial prend une forme globulaire dans sa partie profonde (corps) et s'amincit en forme de *col* dans sa partie superficielle) ; *e*, formation de *bourgeons* (les bourgeons prennent bientôt l'aspect de *chevilles* qui sont les rudiments des futurs éléments constitutifs de la glande) ; *f*, *dégénérescence du dépôt épithélial primitif et développement du dépôt secondaire.*

4° M. *Lebedeff* (de Saint-Pétersbourg) communique un travail sur *l'origine de l'anencéphalie et du spina bifida* chez les oiseaux et chez l'homme.

5° M. *Sapolini* (de Milan) considère comme nerf distinct le nerf intermédiaire de Wrisberg, ce qui porterait à 13 le nombre des nerfs crâniens. Si l'on se rappelle ce qui a été dit plus haut de la portion motrice du trijumeau (Fœsebeck), on voit qu'il faudrait admettre aujourd'hui 14 nerfs crâniens différenciés.

Pour M. Sapolini le nerf intermédiaire ne serait autre que la partie initiale de la corde du tympan. (On trouvera ces vues déjà émises par Cl. Bernard dans ses Leçons.)

6° M. *Hannover* (de Copenhague) démontre l'existence du canal sclérotical dans l'œil humain.

Pendant la durée du congrès un certain nombre de démonstrations anatomiques ont été faites au musée Hunterien (Collège royal des chirurgiens) par le professeur *Flower*, qui a consacré à l'examen des principales préparations plusieurs heures chaque après-midi.

M. *Heneage Gibbs* a montré des pièces anatomiques avec double et triple coloration ; il a aussi mis en évidence les effets stéréoscopiques de systèmes puissants dont l'emploi serait de première importance dans les démonstrations anatomiques.

Les préparations transparentes de M. *L. Tripier*, les coupes de la moelle allongée par M. Laura, les coupes de moelles pathologiques par M. Adamkiewicz, ont été montrées dans l'après-midi du 5 août.

Section II. — Physiologie.

Après le discours d'ouverture si remarquable de son président, M. *Michael Foster*, la section de physiologie a commencé ses travaux le jeudi matin 5 août.

Le professeur *Goltz* (de Strasbourg) a ouvert la discussion sur les localisations cérébrales par un énergique réquisitoire, débité en allemand avec une volubilité telle, que beaucoup de détails ont dû échapper à ceux de ses auditeurs qui étaient peu familiers avec la langue allemande. Il n'a pas semblé, sauf erreur, que des arguments nouveaux aient été présentés à l'appui de la thèse anti-localisatrice que soutient Goltz depuis longtemps, non sans talent du reste.

Ferrier, dans sa réponse, a de même invoqué les faits bien connus qui plaident en faveur de la théorie localisatrice, et les deux adversaires se sont donné rendez-vous sur le terrain expérimental.

La séance de démonstration a eu lieu l'après-midi dans le local même où Ferrier a fait toutes ses expériences, à King's college. Goltz avait amené de Strasbourg un chien dont la plus grande partie de l'écorce cérébrale avait été détruite dans une série d'opérations successives. Cet animal n'était nullement paralysé et sauf un peu d'hésitation dans certains mouvements, il ne semblait pas avoir perdu ses facultés motrices. Il faut dire que les opérations remontaient à plusieurs mois et l'on sait que, surtout chez les chiens jeunes, il se fait une restitution fonctionnelle très remarquable en quelques mois.

Ferrier a présenté deux singes, l'un rendu hémiplégique par la destruction unilatérale de la région motrice, l'autre ayant subi la destruction de la partie dans laquelle Ferrier a localisé les perceptions auditives.

Le premier singe, opéré depuis plusieurs mois, avait reconquis l'usage à peu près normal du membre inférieur, mais il était atteint de monoplégie brachiale avec contracture. Le second animal, très vivace et méchant, était parfaitement sourd, un coup de pistolet tiré à son oreille ne le faisait point tressaillir, tandis que son compagnon manifestait nettement la peur qu'il éprouvait.

Bref, ces discussions et ces expériences ne nous semblent pas avoir modifié l'opinion préalable des assistants : elles n'ont pas convaincu les antilocalisateurs, pas plus qu'elles n'on enlevé la foi à ceux qui admettent la théorie des localisations. Cela était du reste à prévoir, la question n'ayant pas été présentée sous une face nouvelle, et les mêmes raisons que d'habitude ayant été invoquées pour et contre. Dirons-nous de plus qu'une indifférence relative a paru accueillir ces débats. A la section de physiologie, où un certain nombre de membres ont plus ou moins activement participé à l'étude du sujet, seuls le professeur Panum (de Copenhague) et le professeur Yeo (de King's college) ont pris la parole, et sans entamer une véritable discussion. Le professeur Brown-Séquard, dont l'intervention était un peu attendue, devait développer la question dans la section de médecine ; aussi n'a-t-il pas pris part à la discussion en physiologie. Son abstention a été, pensons-nous, regrettée, car les faits nouveaux dont il aurait pu facilement parler eussent sans doute rajeuni un peu la question.

— La séance du vendredi matin 6 août a été consacrée en grande partie à l'étude des *influences qui règlent et entretiennent l'action du cœur*. M. *François-Franck*, chargé d'ouvrir la discussion, s'est borné à insister sur l'évolution de la question de la fonction rhythmique du muscle cardiaque déjà développée par lui dans ce journal (avril 1881). Il a complété son exposé en rappelant quelques travaux récents et a ajouté certains détails de ses recherches personnelles sur les nerfs modérateurs et les nerfs accélérateurs du cœur.

C'est à M. *Gaskell* que devaient revenir les honneurs de la séance : les travaux de ce physiologiste, exécutés dans le laboratoire de Michael Foster, seront prochainement publiés avec détail. Nous nous bornerons à signaler le grand intérêt des recherches dont il a rendu compte sur les effets que produit l'excitation du nerf vague sur le cœur isolé et vidé de sang. A l'aide d'un appareil des plus ingénieux, M. Gaskell a pu étudier et enregistrer simultanément les contractions des oreillettes et du ventricule du cœur des batraciens pendant et après l'excitation du pneumogastrique. Cette excitation produit des effets complètement ignorés jusqu'ici sur la puissance

du muscle cardiaque dans les deux parties auriculaire et ventriculaire du cœur. On voit, par exemple, le ventricule présenter un relâchement considérable pendant l'excitation, puis exécuter ensuite des mouvements d'une fréquence et d'une force remarquables. L'hypothèse de l'action trophique du nerf vague, déjà émise à propos de faits différents, pourrait être soutenue en présence de ces résultats nouveaux.

Cette communication a fourni à M. *Brown-Séquard* l'occasion d'exposer synthétiquement ses vues sur les actions inhibitoires et dynamogéniques des appareils nerveux : nulle part, en effet, ces phénomènes de suspension ou d'exagération d'action ne sont plus frappants que dans les modifications fonctionnelles du cœur et les expériences de M. Gaskell amenaient tout naturellement M. Brown-Séquard à résumer les résultats de ses expériences et à présenter les conclusions théoriques qui en découlent.

M. *Wood* (de Philadelphie) a abordé ensuite certains points relatifs à la chaleur animale et surtout à la calorimétrie ; à ce sujet, M. *Burdon-Sanderson* a rappelé les expériences si intéressantes de M. d'Arsonval et le procédé employé par M. Marey pour obtenir la courbe des calories dégagées par les sujets soumis à l'examen calorimétrique.

— Le lundi 8 août, la séance du matin a été consacrée à des études d'histo-physiologie. M. *Rutherford* (d'Édimbourg) et M. *Haycroft* (de Birmingham) ont exposé les résultats de leurs recherches *sur l'état de la fibre musculaire au repos et pendant la contraction.* Pour M. Rutherford, l'élément musculaire tout entier est actif dans la contraction, aussi bien dans ses parties claires qu'au niveau de ses disques. Des préparations d'une grande perfection permettaient de comparer la forme et les rapports des différentes parties de la fibre musculaire au repos et contractée.

M. *Klein* a ensuite indiqué les vues qu'il a développées dans son *Histologie sur la structure primitive des cellules.*

Dans l'après-midi, le professeur *Donders* a démontré, à l'aide d'appareils et de planches coloriées, les faits qu'il a étudiés relativement aux sensations des couleurs et insisté surtout sur la question des couleurs saturées, sujet en litige à l'heure actuelle.

Enfin M. *Dastre* a, dans une courte et claire communication, exposé les caractères chimiques et histologiques fort simples à l'aide desquels on peut maintenant faire la *détermination qualitative des lécithines.*

— Le mardi 9, M. *Morat* a ouvert la discussion sur les *vaso-dilatateurs*, en résumant avec une grande netteté les expériences qu'il a faites en collaboration avec M. Dastre sur le grand sympathique du cou. Les lecteurs de la *Gazette* sont au courant de la question exposée déjà dans nos comptes rendus de la Société de biologie ; on sait que, grâce aux recherches de MM. Dastre et Morat, la présence de vaso-dilatateurs, cheminant dans le cordon cervical du grand sympathique, à côté des vaso-constricteurs, paraît désormais établie. Cette communication a été suivie de quelques remarques de M. *Goltz* sur *les appareils vaso-moteurs périphériques;* M. *Brown-Séquard* et M. *Lépine* ont ajouté quelques points de vue nouveaux ; enfin M. Ch. Roy a indiqué les résultats des recherches qu'il a exécutées sur la *circulation du rein et de la rate à l'aide de ses appareils à changements de volume.* Les intéressantes expériences ont été montrées le lendemain à Cambridge où s'étaient rendus plusieurs membres de la section. L'un des résultats essentiels consiste dans l'impossibilité d'obtenir la dilatation primitive des vaisseaux de la rate et du rein avec les excitations directes des nerfs qui aboutissent à ces organes. Ce qui n'implique nullement qu'ils ne possèdent pas des nerfs vaso-dilatateurs, mais signifie plutôt que ces nerfs sont associés à des vaso-constricteurs dont l'effet prédominant peut marquer leur action.

M. *Pavy* a clos la séance par l'exposé de ses recherches sur la fonction glycogénique.

— Indépendamment des démonstrations quotidiennes d'appareils et d'expériences : *Fournié* (larynx artificiel), *Ewald* (appareils pour l'étude du pouls veineux), *Ransome* (appareils enregistreurs des mouvements respiratoires), *Kronecker* (appareils enregistreurs du pouls, des vibrations chronographiques), une grande séance terminale a été consacrée à la démonstration des expériences de MM. *Brown-Séquard, Lovén* (de Stockholm) et *Burdon-Sanderson* (de Londres).

Dans le laboratoire de ce dernier physiologiste, à University college, M. Brown-Séquard a répété, avec un plein succès, ses expériences sur l'action inhibitoire qu'exerce sur les mouvements respiratoires la flexion forcée de la tête. M. Lovén a montré de curieux phénomènes d'électricité par influence, permettant d'entendre les vibrations d'un diapason placé à grande distance et qui, en interrompant le courant d'une pile, provoque des courants induits *perceptibles à l'oreille.*

M. *Burdon-Sanderson* enfin nous a rendus témoins des actions électromotrices produites par les feuilles de la *Dionæa muscipula* (vulgo *attrape-mouches*).

Ces démonstrations ont clos d'une manière tout à fait satisfaisante les travaux de la section de physiologie.

François-Franck.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 8 aout 1881. — Présidence de M. Wurtz.

A propos des expériences de M. Toussaint sur l'infection produite par des jus de viandes chauffés, par M. *Chevreul.* — L'auteur pense que ces expériences ne suffisent pas à *démontrer* absolument l'insuffisance de la *cuisson* lorsqu'il s'agit de détruire l'infection de jus de viandes soumis à l'expérience.

Infection tuberculeuse, par les liquides de sécrétion et la sérosité des pustules du vaccin. Note de M. *H. Toussaint.* — La salive, le mucus nasal et l'urine d'animaux tuberculeux peuvent transmettre la tuberculose ; pour les deux premiers liquides, la démonstration en a déjà été faite par M. Villemin, qui opérait de l'homme aux animaux ; je ne connais aucune relation de transmission par l'urine.

C'est avec des sécrétions provenant d'une vache que les expériences suivantes ont été faites. L'inoculation a été faite à la lancette, à la base de l'oreille de trois lapins avec le liquide clair et visqueux qui s'écoule ordinairement de la narine de la vache tuberculeuse ; deux semaines après l'opération, les lapins présentaient des tubercules locaux, et déjà une augmentation de la consistance et du volume du ganglion parotidien ; la maladie a suivi sa marche habituelle ; le soixante-dixième jour après l'inoculation les animaux ont été tués, et tous présentaient une quantité considérable de tubercules dans le poumon, dont quelques-uns montraient déjà de la matière caséeuse au centre ; le plus grand nombre était encore à l'état de granulation grise. Des expériences semblables ont été faites le même jour avec la salive retirée de la bouche de la vache tuberculeuse ; elles ont donné des résultats semblables ; je dois dire cependant que, dans ce dernier cas, les lésions pulmonaires étaient un peu moins avancées, le tubercule local était peu apparent à travers la peau, mais le ganglion accusait nettement son existence, et on le trouvait très petit dans le tissu conjonctif sous-cutané.

Une injection de quelques gouttes d'urine de truie a été faite à la base de l'oreille d'un lapin presque adulte. Après quelques semaines, ce lapin a commencé à maigrir, et il est mort, après quatre mois, de pneumonie caséeuse.

M. *Vulpian* croit qu'il ne faut accepter que sous toutes réserves les conclusions que M. Toussaint a tirées de ses re-

cherches. On sait que, chez le lapin, on a pu déterminer la tuberculose expérimentale dans des conditions très diverses, et en particulier sans introduction d'une matière animale quelconque dans l'organisme de cet animal.

Note sur la rage, par M. *H. Duboué*. — Revendication d'une part dans la découverte de la théorie nerveuse de la rage.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le tableau des vaccinations pratiquées en 1880 dans le département de l'Orne (*Commission de vaccine*); 2° une demande en autorisation d'exploiter l'eau minérale de la source dite « Albertine » à Vals (Ardèche), par M. Pradello (de Montélimart). (*Commission des eaux minérales*.)

M. *Bruel* envoie un pli cacheté, dont le dépôt est accepté, renfermant une *Note sur l'écorce d'oranges amères considérée comme médicament*.

M. *Hervieux* dépose : 1° le premier fascicule du tome Ier de la *Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris*, publiée par l'administration de l'Assistance publique ; 2° de la part de M. le docteur Thiry (de Bruxelles) une observation de *Hernie inguinale guérie par le taxis et la compression progressifs périodiquement répétés pendant quatre mois*.

M. *Léon Colin* présente, au nom de M. le docteur *Sormani* (de Pavie) un ouvrage intitulé : *Geografia nosologica dell' Italia*.

M. *Tillaux* dépose une Note manuscrite de M. le docteur *Ch. Périer* sur *Deux observations de taille sus-pubienne avec distension préalable du rectum*. — Renvoi à MM. Guyon, Tillaux et Gosselin.

MM. Gavarret, Marotte et Dujardin-Beaumetz sont chargés d'examiner le mémoire de M. le docteur *Zabé*, sur *la vapeur d'eau surchauffée comme moyen thérapeutique*, présenté à la séance précédente par M. *Roger*.

Fœtus depuis onze mois dans la cavité utérine. — M. *Depaul* présente un œuf entier expulsé l'avant-veille par une femme accouchée dans son service de la Clinique; cette femme est âgée de vingt-deux ans, a toutes les apparences d'une bonne santé ; son bassin est normal. Elle a eu un enfant à l'âge de quinze ans et demi; cet enfant, bien portant, a vécu deux ans et a succombé à une bronchite. Elle dit avoir été réglée à onze ans et que ses règles ont toujours eu lieu depuis cette époque tous les mois pendant cinq jours. Sa grossesse actuelle remonterait à la fin de septembre; elle aurait senti le fœtus remuer en mars, et à la suite de la cessation des mouvements à la fin du même mois, elle aurait eu une montée du lait. En février, le médecin qui l'examinait, lui trouvant un chancre à la vulve, la déclara syphilitique; elle suivit un traitement spécial incomplet jusqu'en juin.

Elle vint ensuite le 23 juin à la Clinique d'accouchements; l'examen permit de constater une masse utérine peu volumineuse, durcissant de temps en temps sous la main, mais ne présentant pas la souplesse caractéristique du liquide amniotique; on ne sentait pas de parties fœtales, on n'entendait ni bruits ni souffle placentaires.

L'œuf expulsé est entier; il ne dégage aucune odeur, bien qu'il soit uniquement dans l'eau depuis cinquante heures; une fois excisé, on y trouve un peu de liquide et un petit fœtus, ramolli, très macéré, mais n'offrant aucune trace de putréfaction et absolument sans odeur. M. Depaul se borne à mentionner le fait intéressant de cette grossesse de onze mois et de la non-putréfaction d'un fœtus, mort depuis cinq ou six mois, entouré de membranes intactes et avec l'intégrité complète de la santé de la mère. Il répond ainsi aux assertions contraires émises dans une discussion récente par M. Colin (d'Alfort).

M. *Tarnier* ajoute qu'il vient, à plusieurs reprises, d'injecter à des lapins du sang pris dans le cœur d'enfants mort-nés au moment de leur expulsion, et qu'aucune altération ne s'est produite, d'où il conclut à la non-septicité du sang de ces fœtus.

Pieds bots varus équin et planto-valgus chez le même enfant. — Le jeune enfant que présente M. *Jules Guérin* offrait encore, il y a deux mois, un pied bot varus équin à gauche et un pied bot planto-valgus à droite, ainsi qu'en témoigne le moule qu'il met sous les yeux de l'Académie. Admettant que chacune de ces variétés est en rapport avec la rétraction des muscles et des tendons qui l'a produite, il pratiqua à l'aide de la méthode sous-cutanée les sections tendineuses correspondantes. La difformité a disparu; M. Jules Guérin ajoute que, pour que la guérison soit complète dans ces cas, il faut aussi le concours de manipulations et d'appareils orthopédiques appropriés, afin de réduire graduellement les déplacements articulaires et de maintenir ces réductions.

Hypobromites alcalins et bromures correspondants. — Les hypobromites alcalins sont très usités pour le dosage de l'urée ; mais ils sont très altérables, car si l'on fait agir le brome sur une solution alcaline, les résultats sont différents suivant la concentration. M. *Yvon* a recherché le meilleur procédé pour obtenir une liqueur aussi riche que possible en hypobromite, tout en étant d'une bonne conservation. Il l'a trouvée dans une solution renfermant de 10 à 15 pour 100 d'alcali caustique, telle que celle-ci : carbonate de potasse pur, 620 grammes ; brome pur, 720 grammes ; eau distillée, 1500 grammes ; ammoniaque liquide, 500 grammes. De plus, ainsi que l'ajoute M. *Bourgoin*, qui rend compte de ce procédé dans un rapport qu'adopte l'Académie, M. Yvon en a conclu la possibilité, en additionnant d'ammoniaque la liqueur alcaline d'urée, de préparer très promptement les bromures correspondants.

Dangers de l'alun en contact avec le cuivre dans les préparations culinaires. — M. le docteur *Delthil* (de Nogent-sur-Marne), ayant eu à constater de nombreux cas d'intoxication produits par l'ingestion de gâteaux dits « Saint-Honoré », rechercha quels ingrédients entraient dans ces gâteaux ; il remarqua que la « crème » en était faite avec des blancs d'œuf battus sans eau dans une bassine en cuivre, et qu'on y ajoutait un peu d'alun (20 grammes pour quinze à dix-huit gâteaux) pour coaguler l'albumine. Or, l'alun du commerce est le plus souvent ammoniacal, et dans ces conditions, il se formerait, d'après lui, un sulfate double de cuivre et d'ammoniaque très soluble, et par conséquent très vénéneux, moins facilement réduit en tout cas par le bol alimentaire que le sulfate de cuivre ordinaire. M. Delthil s'efforce d'établir que les accidents observés, analogues à ceux produits par les médicaments émétiques, sont bien dus à la production de ce sel, formé par le contact de l'alun avec le cuivre ; il rappelle les inconvénients que l'alun peut également présenter dans les conserves comestibles et dans la panification, et il en conclut qu'il faut proscrire l'alun de toutes les préparations culinaires, quand on se sert de vases de cuivre, que les industriels peuvent d'ailleurs le remplacer par du chlorure de sodium, et que l'administration doit prendre de vigoureuses mesures pour en surveiller l'emploi en pareil cas.

Prédisposition a l'hystérie. — Tel est le titre d'un mémoire dont M. *Briquet* achèvera la lecture dans la prochaine séance, et que nous résumerons alors.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Chancre du vagin (M. Gardillon) : M. Martineau. — Rapport sur les maladies régnantes : M. E. Besnier.

M. *Martineau* fait hommage à la Société, au nom de l'auteur, M. Gardillon, d'une thèse inaugurale ayant pour titre : *Essai sur le chancre du vagin*. La question du chancre vaginal, infectant ou non, était jusqu'ici peu élucidée; le chancre non infectant avait été décrit par Ricord, Rollet,

Lancereaux et Fournier, qui avaient signalé son siége habituel dans le cul-de-sac postérieur du vagin, précisément en regard d'un chancre de même nature du col de l'utérus. Il est, d'ailleurs, le plus ordinairement multiple. C'est une lésion rare, puisque sur 152 cas de chancre non infectant des organes génitaux observés à Lourcine, il ne s'est rencontré que 2 cas de chancre vaginal, contrôlés par le résultat positif de l'auto-inoculation.

Le chancre infectant du vagin n'a pas été décrit; Fournier, cependant, rapporte en avoir observé un cas. Depuis quatre ans, M. Martineau a pu réunir trois observations de ce genre, parmi les nombreuses malades de son service; dans les trois cas, sans parler des symptômes propres de la lésion, l'auto-inoculation a été négative. Le chancre infectant peut siéger sur n'importe quel point de la muqueuse vaginale; il repose sur une base indurée, que l'on constate facilement en appliquant la pulpe du doigt au pourtour de l'ulcération et en la ramenant doucement vers le centre de la lésion. Le chancre infectant du vagin constitue, sans contredit, une localisation rare de l'accident primitif de la syphilis, mais son existence est désormais hors de doute.

— M. *E. Besnier* donne lecture de son *rapport sur les maladies régnantes* pour les mois d'avril, mai et juin 1881. Pendant ce trimestre, la température moyenne a été de $+13^{\circ},1$, c'est-à dire inférieure à la moyenne calculée pour la période correspondante des dix dernières années. La tension électrique a été faible. La hauteur des eaux de pluie ne s'est élevée qu'à 112 millimètres, chiffre inférieur à la moyenne établie pour le trimestre correspondant.

La mortalité générale a subi une atténuation marquée, par rapport à celle du deuxième trimestre de l'an dernier. La phthisie pulmonaire, bien que présentant une léthalité progressivement croissante, n'a pas fourni un coefficient mortuaire supérieur au chiffre moyen calculé pour la population nosocomiale. La diphthérie n'a pas subi d'abaissement de sa courbe multiannuelle, anormalement élevée depuis plusieurs années, mais la mortalité n'a pas été plus considérable que pendant le même trimestre de 1880.

M. E. Besnier rappelle en termes émus la mort d'Henry Closel de Boyer, enlevé en quelques jours par une diphthérie contractée à l'hospice des Enfants-Assistés. Il déplore que, en présence des vides trop nombreux faits par cette terrible affection dans les rangs des internes des hôpitaux, il ne soit pris aucune mesure prophylactique sérieuse, soit pendant les opérations de trachéotomie, soit à l'amphithéâtre d'autopsie; il pense que des pulvérisations phéniquées, l'usage de l'acide phénique en gargarismes et en lotions sur les mains, devraient être prescrits comme obligatoires dans les hôpitaux d'enfants. En conséquence, il demande la nomination d'une commission pour l'étude de cette question.

Les fièvres éruptives se sont conformées à la loi de leur évolution saisonnière : la variole a présenté son hypogée printanière et n'a causé que 296 décès pendant le second trimestre de 1881, alors que pendant le même trimestre de 1880, on en avait enregistré 642. Les cas de scarlatine, au contraire, se sont montrés plus nombreux, et, en général, graves à tous les âges. La dothiénentérie, quoique ayant subi son atténuation normale pendant le second trimestre, a néanmoins fourni un chiffre de décès plus élevé que la moyenne calculée pour les dix dernières années.

— La proposition de M. E. Besnier, mise aux voix, est adoptée, et une commission sera composée des médecins de l'hôpital Trousseau, de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hospice des Enfants-Assistés.

— La Société s'ajourne au vendredi 14 octobre.

— A quatre heures et demie, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Atrophie testiculaire. — Extraction au moyen d'un aimant d'une petite tige en fer fixée dans la rétine. — Corps étranger du genou; extraction. — Hypertrophie des seins.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Nicaise* communique une observation d'atrophie testiculaire, suite d'orchite blennorrhagique. Le malade, âgé de vingt-deux ans, était entré à l'hôpital pour une adénite cervicale. Il avait eu un an auparavant une blennorrhagie accompagnée d'orchite aiguë qui avait été suivie d'atrophie.

— M. *Berger* lit un rapport sur une observation de M. Galezowski : extraction, au moyen d'un aimant, d'une petite tige en fer fixée dans la rétine; cette tige avait 2 millimètres de longueur.

Neuf jours après l'accident, on voyait au fond de l'œil un épanchement de sang qui disparut peu à peu. M. Galezowski fit l'extraction du corps étranger; l'œil est guéri; le champ visuel est presque libre.

C'est la première fois qu'on emploie l'aimant en France pour cet usage. Dans le livre de M. Yvert, ce sujet est étudié; M. Giraud-Teulon s'en occupe aussi dans son article du *Dictionnaire des sciences médicales;* mais c'est l'étranger qui fournit les observations. M. Berger a recueilli trente observations d'extraction de corps étrangers du corps vitré. Critchett a fait le premier l'extraction d'un corps étranger réellement perdu dans le corps vitré, et avec succès. C'est aussi un Anglais, Mac Lean, qui le premier a employé l'attraction magnétique pour extraire ces corps.

Au point de vue du résultat définitif, que vaut l'opération de l'extraction? 2 fois sur 31 le rétablissement de la vision a été complet; 4 fois le résultat a été bon; 4 fois médiocre; 4 fois insuffisant; dans 13 cas la vision a été perdue.

Le résultat est plus favorable si on opère sur de jeunes sujets; la durée du séjour du corps étranger a aussi une grande influence; enfin les phénomènes inflammatoires irido-choroïdiens, avant ou après l'opération, ont une grande influence sur le résultat définitif. M. Berger formule une réserve à propos du malade de M. Galezowski, opéré seulement depuis dix-huit jours, et qui n'est pas à l'abri des accidents tardifs.

Thomas Poolet a voulu faire servir la déviation de l'aiguille aimantée au diagnostic des corps étrangers métalliques de l'œil, lorsque l'ophthalmoscope ne suffit pas.

M. *Després*. Une plaie chirurgicale faite sur la sclérotique expose à l'atrophie de l'œil, comme une plaie accidentelle; on ne doit donc décider l'opération qu'avec beaucoup de prudence.

M. *Giraud-Teulon*. L'instrument de Poolet pourra rendre des services pour reconnaître le siège du corps étranger; il permettra d'éviter de raser la rétine avec une pince ou un autre instrument pour chercher le corps étranger.

— M. *Nicaise* présente un malade auquel il a enlevé, il y a quinze jours, un corps étranger du genou. Ce malade avait fait une chute quelques années auparavant sur la face interne des genoux. Le corps mobile se trouvait dans le genou droit. Le 20 juillet, le malade est endormi; méthode de Lister; arthrotomie à la partie supérieure et externe du genou. Le malade s'est levé le dixième jour; les mouvements sont intacts. Le corps étranger a 3 centimètres de longueur, 17 millimètres de largeur; il a l'aspect d'un gros haricot.

— M. *Monod* présente une malade qui a eu trois grossesses. Pendant la première, qui ne dura que trois mois, il y eut un peu d'hypertrophie des veines. Pendant la deuxième grossesse, qui suivit son cours normal, les mamelles devinrent énormes,

et un écoulement abondant de lait se fit par les mamelons; la malade nourrit son enfant pendant un an, et les seins reprirent leur volume ordinaire. Mais une troisième grossesse survint; aujourd'hui elle date de quatre mois, et les seins ont atteint des proportions effrayantes. La malade est très affaiblie. Si la santé était compromise, il faudrait songer à faire l'avortement.

M. *Després* conseille d'attendre et de faire la succion des seins.

M. *Horteloup*. Si cette femme est épuisée, il faudra peut-être faire l'avortement.

M. *Sée* repousse l'idée de M. Després; la succion serait un moyen d'épuiser plus rapidement la malade. Ne rien faire ou pratiquer l'avortement.

M. *Monod* va attendre; il veut essayer la compression, et n'arriver à l'avortement qu'en dernière ressource.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 6 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Présentation de malade : M. Leloir. — Moisissures développées à l'extérieur et à l'intérieur d'œufs soumis à l'incubation dans l'air comprimé : M. Dareste. — Procédé d'analyse des matières extractives de l'urine : M. Richet. — Pathologie des affections de l'oreille : M. Laborde. — Présentation d'appareil : M. Burq — Sur certains points de l'empoisonnement des grenouilles par la strychnine : M. Delaunay. — Élection.

M. *Leloir* présente à la Société, au nom de M. Rathery et au sien, un malade du service de M. Vulpian affecté d'hypreostose symétrique généralisée. C'est un homme de quarante-cinq ans, qui n'offre aucun antécédent morbide, ni du côté de sa famille ni du sien propre; pas de traces de scrofule, de rhumatisme, de syphilis, ni d'aucune autre diathèse. Il a d'abord travaillé dans les sels de plomb, mais, à la suite de plusieurs atteintes de coliques saturnines, il a été obligé d'abandonner son premier métier, et il s'est mis colleur de papier. C'est dans le courant de 1871, après le siège, que cet homme a senti les premières atteintes de sa maladie; il a éprouvé de la courbature, des douleurs vagues dans les membres, qui sont devenus le siège d'un léger œdème. Quelque temps après, il s'est aperçu que le volume de sa tête avait augmenté au point qu'il ne pouvait plus mettre sa coiffure habituelle; devenue trop étroite. Bientôt ses membres supérieurs et inférieurs ont aussi augmenté de volume. Aujourd'hui, tout le squelette est hypertrophié : sur les membres il est facile de constater une augmentation de volume des os, qui ont conservé leur configuration normale et ne présentent aucune rugosité, aucune irrégularité; les côtes sont aussi hypertrophiées, et le jeu de la respiration est gêné au point d'amener un certain degré de dyspnée; les os du crâne eux-mêmes n'ont pas échappé à l'hyperostose. De l'hypertrophie de ces os résultent des troubles fonctionnels du côté des nerfs crâniens comprimés très vraisemblablement dans leurs canaux osseux : ils consistent en diminution de la vision, de l'odorat, de l'ouïe : les facultés intellectuelles sont aussi compromises : le malade présente une sorte de torpeur; la mémoire est diminuée. MM. Rathery et Leloir, en présence de cette hypertrophie généralisée du squelette, pensent qu'il s'agit d'un cas d'hyperostose symétrique généralisée semblable à celui signalé par Saucerotte.

— M. *Dareste* a remarqué que des œufs placés dans l'air comprimé et soumis à l'incubation se recouvraient au bout d'un certain temps de végétations cryptogamiques : non seulement ces végétations recouvrent la coquille de l'œuf en expérience, mais encore elles se montrent dans l'intérieur de l'œuf entre la coquille calcaire et la membrane feutrée, et même dans l'albumine. Elles ne semblent pas devoir gêner le développement de l'embryon. D'où proviennent les germes de ces moisissures? De l'air ou de l'œuf lui-même? Si l'on a soin avant de fermer le vase, de chauffer fortement l'air dans lequel seront placés les œufs, de façon à détruire tous les germes qui s'y rencontrent, les mêmes végétations s'observeront au bout d'un certain temps; il est donc certain que les germes ne proviennent pas du milieu dans lequel sont placés les œufs. Tout tend à prouver qu'ils viennent de l'œuf lui-même, et l'eau de lavage des coquilles présente de nombreuses spores. Mais d'où viennent ces dernières? Il est infiniment probable que, contenues dans le foin, la paille, sur lesquels on conserve les œufs avant de les livrer à l'incubation, les spores s'attachent à la coquille et se développent dans le vase clos à cause des conditions de chaleur et d'humidité qui s'y trouvent réalisées. Quant aux moisissures qui se développent dans l'intérieur de l'œuf, on peut supposer que leurs germes ont leur origine dans l'organisme même de la poule et sont emprisonnés par le développement de la coquille calcaire.

— M. *Richet* fait, en son nom et au nom de M. *Chappart*, une communication sur un procédé d'analyse des matières extractives de l'urine, qu'on ne pouvait jusqu'ici non seulement doser, mais même reconnaître qu'après une série de recherches de laboratoire. Le procédé qu'il propose est simple et répond très bien aux besoins de la clinique. Il consiste à verser dans l'urine une solution d'iodure de potassium et d'iodure de mercure dans de la potasse : le mercure réduit se précipite au fond du vase. La réaction se produit même à froid; elle est plus nette et plus complète en chauffant le liquide. Deux conditions sont nécessaires à la réussite de l'expérience : il faut que l'urine soit fraîche et ne contienne pas de sels ammoniacaux qui empêcheraient la réaction en dissolvant le mercure; en second lieu, l'urine doit être alcaline : c'est pour cela qu'on se sert d'une solution alcaline de potasse.

— M. *Laborde* offre à la Société une thèse de M. *Baratout* sur la *Pathologie des affections de l'oreille éclairée par des lésions expérimentales*. A ce propos, il fait remarquer que la lésion du point de l'encéphale, d'où émergent les filets auditifs moteurs qui se rendent aux canaux semi-circulaires, s'accompagne des mêmes troubles que la lésion des canaux semi-circulaires eux-mêmes. Il montre à l'appui un oiseau qui a subi la lésion expérimentale à l'origine de ces filets nerveux, et qui présente tout à fait les troubles de mouvement qui résultent de la blessure des canaux semi-circulaires. En même temps, cet oiseau offre des lésions du côté de l'œil : troubles de la cornée, pus dans la chambre antérieure. Ces lésions, que l'on retrouve après la section de la branche ophthalmique du trijumeau, s'expliquent par ce fait que les origines de cette branche du nerf de la cinquième paire se font dans le voisinage des filets de l'auditif qui vont aux canaux semi-circulaires : origines signalées déjà depuis quelque temps par l'auteur et M. Mathias Duval.

— M. *Burq* présente un appareil destiné à la gymnastique respiratoire en même temps qu'à la mensuration de la capacité pulmonaire. Il montre aussi un thoracomètre qui permet de mesurer l'ampliation de la cage thoracique.

— M. *Delaunay* rapporte une série d'observations sur les phases de l'empoisonnement des grenouilles par la strychnine. Ces observations échappent à l'analyse.

— M. *Blanchard* offre, au nom de la Société de zoologie, une brochure renfermant les principes d'une nouvelle nomenclature des êtres organisés.

— Le scrutin ouvert pour la nomination d'un membre titulaire se termine par l'élection, à l'unanimité, de M. *Strauss*.

REVUE DES JOURNAUX

Altérations du pancréas produites par la ligature de son canal excréteur chez le lapin, par MM. Arnozan et Vaillard.

On sait que la ligature du canal cholédoque et son oblitération par des calculs déterminent des lésions considérables du foie (transformation de l'épithélium, dilatation des voies biliaires jusqu'aux plus fins canalicules, développement exagéré du tissu conjonctif). C'est, en un mot, le tableau de la cirrhose hypertrophique tel que nous l'ont fait connaître les travaux de Hanot, Charcot et Gombault, Chambard.

De même, dans le testicule, on observe après la ligature du canal déférent une véritable sclérose, comme l'a tout récemment démontré Brissaud.

MM. Arnozan et Vaillard ont entrepris à Bordeaux, dans le laboratoire et sous la direction de M. Pitres, une série de recherches analogues sur le pancréas. Les résultats qu'ils ont obtenus sur le pancréas du lapin sont résumés ainsi par les deux auteurs :

« Développement exagéré du tissu conjonctif entre les divers îlots glandulaires et dans leur intérieur. Dilatation des canaux excréteurs extra-lobulaires; épaississement de leur paroi propre et parfois desquamation catarrhale de leur épithélium. Apparition de nombreux canaux excréteurs dans l'intérieur des lobules. Atrophie et raréfaction des éléments glandulaires. »

La cirrhose ainsi caractérisée ayant été péricanaliculaire à son origine, il est vraisemblable qu'elle a suivi les étapes suivantes : oblitération du canal; rétention du produit sécrété; inflammation des canaux excréteurs; dilatation; propagation de l'inflammation à la périphérie des canaux; sclérose péricanaliculaire; atrophie consécutive des éléments nobles de la glande. (Communication à la Société d'anatomie et de physiologie, in *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 36, 3 août 1881.)

Sur la pathologie expérimentale des glandes lymphatiques et sur la nature de l'infection gangréneuse, par M. Guido Tizzoni.

Ce travail important et très développé peut être résumé par les propositions suivantes :

1° L'infection gangréneuse est produite par l'introduction dans l'organisme de très petits *microorganismes végétaux* qui, absorbés par les vaisseaux lymphatiques afférents, se déposent en grand nombre dans les glandules lymphatiques voisines.

2° Ces organismes séjournent longtemps dans les ganglions, y trouvent des matériaux propres à leur développement, et donnent naissance à une quantité innombrable de filaments d'un mycélium, d'un *Oidium septicum*, lequel forme, spécialement dans les sinus lymphatiques, des réseaux très élégants.

3° Le développement considérable des ganglions poplités à la suite de la section du sciatique, chez les animaux, est en rapport avec la formation des foyers gangréneux au sein desquels sont puisés par les lymphatiques des microorganismes végétaux, transportés dans les ganglions, pour lesquels ils constituent une cause d'irritation.

4° Dans l'hypertrophie ganglionnaire, ce sont seulement les éléments lymphatiques qui se développent, et ce nouveau tissu glandulaire est formé d'un tissu muqueux qui résulte de la prolifération et de la transformation du stroma fibreux constituant normalement les sinus et la capsule des glandes.

5° La diminution de volume des ganglions lymphatiques du creux poplité après la guérison de la gangrène de la jambe s'accuse histologiquement par l'atrophie et la dégénérescence graisseuse du tissu glandulaire (cirrhose des glandes lymphatiques). (*Archivio p. l. scienze mediche*. Torino, vol. IV, fasc. 1, 1880.)

Sur la structure des fibres nerveuses de la moelle épinière, par M. G. Rezzonico.

Dans les fibres nerveuses de la moelle, au lieu de la gaine de Schwann, comme organe protecteur de la myéline et du cylindre axe, on trouve une série régulière d'entonnoirs coniques entrant l'un dans l'autre, mais assez facilement isolables. Leur orifice inférieur entoure étroitement le cylindre axe, tandis que le supérieur s'applique à la surface externe de l'entonnoir suivant. Chacun de ces entonnoirs paraît être formé d'une seule fibre enroulée en spirale, et dont les tours de spire sont très intimement unis entre eux. C'est vraisemblablement la structure spéciale de ces étuis qui a donné lieu à la description des gaines nouvellement décrites au cylindre axe, notamment par Mauthner (*Wiener Sitz. d. K. Acad.*, t. XXXIX). (*Arch. p. l. scienze mediche*. Torino, vol. IV, fasc. 1, 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies de la peau, par Moritz Kaposi, traduites et annotées par MM. Ernest Besnier et Adrien Doyon, avec 64 figures dans le texte. 2 volumes. Paris, G. Masson, 1881.

(Fin. — Voyez le numéro 32).

II

Le professeur Kaposi est un des plus éminents disciples d'Hebra. Il a écrit, sous l'inspiration de son maître, le deuxième volume de son *Traité des maladies de la peau*, déjà traduit par M. Doyon. Il était donc tout naturel que, dans sa première leçon, il lui rendît hommage. Pour Hebra, notre ami M. Blachez l'a suffisamment expliqué en présentant son livre au public médical français, la dermatologie n'est devenue une science digne de ce nom que le jour où l'école de Vienne a réformé les doctrines anciennes. Les noms de Bazin, Cazenave, Devergie, Hardy, Rayer, etc., ne sont presque jamais prononcés. Hebra feignait d'ignorer que sa classification des maladies de peau différait à peine par quelques détails de celle de Rayer, et quand il citait Bazin c'était pour protester contre sa doctrine. Kaposi a été plus juste dans son introduction et dans quelques-uns des chapitres de son ouvrage ; il n'a pas tout à fait oublié qu'il existe en France une école dermatologique. S'il continue à affirmer la prééminence de l'école de Vienne, il reconnaît que Hardy, Cazenave et Bazin ont été de véritables créateurs. Nous allons voir qu'ils ont laissé des élèves et que toutes les découvertes en pathologie cutanée ne nous sont pas arrivées de Vienne.

Les dermatologistes de l'école d'Hebra ont rendu à la pratique médicale un service signalé. C'est à eux que l'on doit la plupart des méthodes thérapeutiques externes, telles que le raclage, les scarifications, ou seulement l'application à la surface de la peau de topiques variés. Toutefois il n'est que juste de reconnaître, comme l'indiquent si nettement les notes des traducteurs, que les médecins français n'ont pas été les derniers à accepter ce progrès, que parfois même ils ont été les premiers à imaginer certaines méthodes externes trop souvent attribuées à Hebra. C'est ainsi que le traitement du psoriasis, de l'eczéma, etc. par les enveloppements de caoutchouc a été recommandé par Colson (de Beauvais), puis par le professeur Hardy, ensuite par MM. Lailler et Besnier. Hebra n'a

connu ce nouveau mode de traitement que dans le service de M. Hardy. Il faut lui rendre cette justice qu'il s'en est souvent servi et qu'il en a bien posé les indications.

C'est aussi aux médecins de l'hôpital Saint-Louis, et en particulier à M. E. Vidal, que l'on doit d'avoir fait admettre la scarification linéaire comme traitement rationnel du lupus tuberculeux. Mais la généralisation de la thérapeutique chirurgicale des maladies cutanées et l'appréciation histologique du mécanisme suivant lequel on parvient ainsi à guérir des affections longtemps considérées comme rebelles appartiennent bien à Hebra et à Kaposi. Les études histologiques de ce dernier (par exemple sur les lésions nerveuses de l'herpès zoster, celles du lichen ruber, de l'eczéma, de l'acné, du pemphigus, de la sclérodermie, du lichen, etc.), et ses recherches si intéressantes sur les maladies parasitaires de la peau méritent une mention toute spéciale. C'est grâce à leurs minutieuses études d'histologie normale et pathologique que les professeurs de l'école de Vienne ont pu écrire sur la pathogénie des maladies cutanées bien des pages qui ne seront jamais effacées. A ce point de vue, ils sont nos maîtres, bien que les travaux de Ranvier, de Cornil, de Renaut et de tant d'autres, que citent à chaque instant les traducteurs du livre viennois, puissent défier aussi toute comparaison. Mais ce qui caractérise les tendances de l'école qui a inspiré de si remarquables publications, c'est l'exagération même des doctrines déduites de ces recherches d'histologie. Habitués à ne jamais regarder que la lésion ou le parasite qui la détermine, ayant réussi à faire voir que, dans un grand nombre de cas où les médications internes échouaient, un traitement externe pouvait réussir, ils ont été conduits à considérer toutes les maladies de la peau, comme des maladies externes, à nier l'existence des diathèses arthritique ou herpétique et à traiter avec un dédain que l'avenir, nous en sommes convaincu, condamnera sévèrement, l'œuvre de Bazin et de ses élèves. Pour Kaposi, comme pour Hebra, toutes les maladies cutanées sont locales. Sans doute, l'école de Vienne admet l'existence de maladies cutanées « dues à une cause propre à l'organisme lui-même, à l'état du sang et des humeurs, à sa constitution entière ou à l'affection de certains organes et systèmes... » Mais quand on cherche l'énumération de ces *dermatonoses symptomatiques*, on y trouve rangées les fièvres éruptives, et les manifestations cutanées de la pyohémie, de la morve, de la syphilis, du typhus, du choléra, du scorbut, etc. Or, est-il raisonnable de faire rentrer dans le cadre de la clinique dermatologique les fièvres éruptives, les zymoses, les zoonoses, les septicémies, etc.? Nous nous contenterons de poser la question, renvoyant pour la critique de cette idée doctrinale aux notes des traducteurs, qui l'ont justement condamnée. Par contre, les maladies que l'on peut considérer comme les types des dermatonoses proprement dites sont toujours considérées comme étant de cause externe, et les médecins viennois nient formellement l'influence exercée par un état dyscrasique préexistant sur la genèse ou le développement de l'eczéma, du psoriasis, du prurigo, du lupus, etc.

Ainsi, un rhumatisant ou un goutteux, s'il est atteint de fluxions articulaires, de poussées hémorrhoïdales, de migraines, de bronchites, d'angines, de diarrhée, etc., etc., sera réputé arthritique. Mais si, avec ces manifestations, faciles à déterminer, d'une maladie constitutionnelle viennent à alterner des lésions cutanées, si, après une bronchite ou une diarrhée survient un eczéma ou un prurigo, niera-t-on que cet eczéma ou ce prurigo soient sous la dépendance de la diathèse qui a provoqué les manifestations viscérales les plus diverses? C'est pourtant là ce que nient les médecins de Vienne; c'est la doctrine contraire qu'ont défendue avec talent Bazin et ses élèves. Nous le redisons après eux; oui, il existe des conditions générales sous l'influence desquelles les dermatonoses naissent, se développent et alternent avec d'autres manifestations morbides. C'est ce que MM. Ernest Besnier et A. Doyon se sont appliqués à bien faire voir et ce qu'ils ont réussi à démontrer.

Cette question de doctrine était d'ailleurs assez importante pour mériter une assez longue discussion, et l'on saura gré aux traducteurs d'avoir aussi nettement mis en face les unes des autres les idées théoriques des médecins viennois et des médecins français. Ils n'ont pas cru devoir pousser plus loin leurs critiques, et le chapitre que l'auteur consacre à l'étude des fièvres éruptives a été purement et simplement traduit. Nous imiterons la réserve de MM. Ernest Besnier et A. Doyon. Non que nous approuvions tout ce qui a été dit à ce sujet. L'étude de la rougeole nous a paru bien courte et les préceptes thérapeutiques de Kaposi bien dangereux à suivre. Trop hardi, en autorisant les enfants atteints de rougeole bénigne à se lever et à se laver tous les jours, l'auteur nous paraît trop réservé quand il recommande d'attendre *la fin* de la desquamation de la scarlatine pour donner le premier bain. Enfin, nous ne discuterons point ici la question de l'identité ou de la non-identité de la varicelle et de la variole, persuadé que tous les médecins français sont, comme nous, d'avis que la varicelle n'est point, quoi qu'en dise Kaposi, l'une des formes atténuées de la variole. Nous ne pouvons nous arrêter non plus à critiquer le chapitre consacré à la miliaire. Dans l'une de leurs notes, à propos des éruptions sudorales, les traducteurs ont indiqué combien cette question était complexe. On peut se contenter de constater, avec eux, que la question de la suette miliaire, de son étiologie et de sa nature n'intéresse guère la pathologie cutanée. Mais alors pourquoi la classer entre l'herpès et le pemphigus?

La description anatomique et les caractères cliniques des dermatoses exsudatives, et en particulier du psoriasis et de l'eczéma ont été traités par Kaposi avec un soin et une compétence qui doivent, au contraire, être signalés. Nous ne ferons de réserves qu'au point de vue de l'étiologie. Toujours les mêmes questions doctrinales! Kaposi ne reconnaît qu'une cause étiologique incontestable : l'hérédité. MM. E. Besnier et A. Doyon s'inscrivent contre cette proposition. Kaposi, bien qu'il nie les dermatoses constitutionnelles, affirme l'efficacité de l'arsenic contre le psoriasis et le conseille même à des doses singulièrement élevées. M. Ernest Besnier précise ces indications de la médication arsénicale et fait remarquer que les arthritiques supportent mal le médicament, tandis que s'il s'agit de sujets lymphatiques, strumeux, anémiques, débiles ou débilités, l'arsenic trouve une indication très nette. A propos de l'eczéma, nous devons signaler aussi la note qui combat l'assertion au moins étrange de Kaposi qui nie l'influence du régime sur le développement et l'aggravation des poussées eczémateuses. Cette influence du régime est cependant admise par Kaposi lui-même, à propos de l'acné rosée.

On comprendra, quand on lira cet important ouvrage, qu'il nous soit impossible de signaler, dans tous ses chapitres, les observations que leur étude attentive pourrait suggérer. Nous en avons assez dit pour que nous puissions nous contenter de mentionner les pages consacrées par les traducteurs au traitement de l'éléphantiasis, à la description pathologique du *mycosis fongoïde*, à celle du *lupus*, décrit avec de si minutieux détails. On sait ce que doit aux recherches personnelles de Kaposi l'étude des dermatoses parasitaires. Les chapitres de l'ouvrage consacrés à ce sujet sont pleins d'intérêt, et cependant les traducteurs ont pu y ajouter encore un grand nombre de notes d'histologie pathologique, de clinique et de thérapeutique qui seront consultées avec le plus grand fruit par tous les médecins.

Tel qu'il a été écrit et publié à Vienne, le livre de Kaposi était digne du succès qu'il a obtenu. L'auteur est non seulement un dermatologiste éminent, mais encore un anatomopathologiste expérimenté et un clinicien tout à la fois instruit et sagace. Aussi sérieuses au point de vue théorique que riches de faits nouveaux et de préceptes pratiques, ces leçons

sur les maladies de la peau méritaient l'appréciation flatteuse qui en a déjà été faite à l'étranger. Elles constituent un *compendium* théorique et pratique qui aura sa place marquée dans toutes les bibliothèques. Grâce au commentaire des traducteurs, il ne restera en rien inférieur aux traités spéciaux que nous annonce l'introduction. Le nom de M. Ernest Besnier, qui, par ses études spéciales, ses publications, et ses leçons cliniques si remarquables et si utiles, a marqué sa place au premier rang des dermatologistes et des cliniciens français; celui de M. Adrien Doyon, qu'une pratique étendue et un labeur opiniâtre a depuis longtemps fait connaître de tous les spécialistes, ne pouvaient manquer de donner aux notes qui enrichissent les leçons de Kaposi une grande autorité. Il ne suffit donc pas de recommander aux praticiens une œuvre aussi utile que celle qu'ils viennent de terminer. Il importe de signaler le livre auquel ils ont su donner un si grand intérêt parmi ceux qui marquent un progrès scientifique réel et qui résument de longues études aussi originales que méritoires.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Souscription nationale de la presse française pour venir en aide aux populations algériennes. — Les membres du Comité de la presse française ont reçu d'Oran une lettre, datée du 30 juillet 1881, dont nous extrayons le passage suivant :

..... Ceux qui n'ont pas été témoins de la désolation qui étreint notre malheureuse province ne sauraient s'en faire l'idée. Nous sommes débordés par une misère chaque jour plus poignante. La famine, avec son cortège de souffrances atroces et de maladies épidémiques, se dresse devant nous plus menaçante qu'en 1867-68, puisque à cette époque du moins nos colons avaient assez de ressources pour faire face au fléau et pour tendre aux indigènes une main secourable.

Aujourd'hui, nos colons n'ont plus rien sur leurs terres ni dans leurs granges pour nourrir leurs troupeaux, presque plus rien en numéraire pour acheter les grains dont ils auraient besoin; le crédit, qui a pris peur, se ferme pour eux, et plus d'un sent approcher l'heure où il n'aura pas de pain pour lui-même, bien loin de songer à nourrir son voisin indigène. Et sur le territoire civil, on doit compter *trois cent mille Arabes* dont la situation est absolument désespérée, à qui tout fait défaut, et que la faim décime déjà.

Faculté de médecine. — M. le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien des hôpitaux, suppléant M. le professeur Richet durant les vacances, a commencé ses conférences cliniques à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Chomel, mardi 16 août, à 10 heures. Il les continuera les mardis et samedis.

Conférences cliniques de la Charité. — M. Landouzy, remplaçant M. Hardy, a commencé le 16 août, à la Charité, à 10 heures, ses conférences cliniques, et les continuera les samedis et mardis, à la même heure.

Centenaires. — Il y a en ce moment 3108 centenaires en Europe, sur une population de 242 millions d'habitants. Sur ces 3108 centenaires, il y a 1864 femmes et seulement 1244 hommes. C'est en France qu'il y a le plus de sexagénaires, de septuagénaires, d'octogénaires, de nonagénaires; mais la France possède moins de centenaires que les autres Etats de l'Europe, excepté la Belgique, le Danemark et la Suisse.

Les tours. — En attendant qu'un parti définitif puisse être pris relativement au rétablissement des tours, l'Assistance publique propose, dit-on, de recevoir et d'admettre sans déclaration, sans enquête, tous les enfants qui lui seront apportés, se réservant uniquement de réclamer, au moyen des actes de naissance qui lui auront été produits volontairement, les sommes qui lui seraient dues par les départements d'origine. Une circulaire doit être préparée par le ministère de l'intérieur pour inviter les préfets des départements à suivre la même marche et les obliger à recevoir les enfants, quelles que soient leur origine et la cause de leur abandon.

Exercice illégal de la pharmacie. — Le tribunal correctionnel de Saintes vient de condamner la supérieure des sœurs du Port d'Envaux, reconnue coupable d'exercice illégal de la pharmacie et d'homicide par imprudence, à 500 francs d'amende et aux frais s'élevant à 1500 francs.

Maladies charbonneuses et rage. — La Société nationale d'agriculture de France a décerné, dans sa séance publique annuelle tenue dimanche dernier, le prix de Béhague à MM. les docteurs Roux, aide de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et Chamberland, docteur ès sciences, pour leurs travaux exécutés sous la direction de M. Pasteur sur les maladies charbonneuses et sur la rage.

Nécrologie. — Le savant et courageux explorateur de l'Afrique centrale, M. le docteur Mateucci, vient de succomber subitement à un accès de fièvre pernicieuse. Il était arrivé à Londres depuis quelques jours seulement après avoir traversé l'Afrique depuis l'Egypte jusqu'au golfe de Guinée au milieu des plus grands périls. (*Gazette des Hôpitaux.*)

Mortalité a Paris (32e semaine, du vendredi 5 au jeudi 11 août 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1138, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 25. — Rougeole, 18. — Scarlatine 11. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 34. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 158. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 48. — Bronchite aiguë, 12. — Pneumonie, 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 124; au sein et mixte, 53; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91; de l'appareil circulatoire, 84; de l'appareil respiratoire, 62; de l'appareil digestif, 62; de l'appareil génito-urinaire, 36; de la peau et du tissu lamineux, 12; des os, articulations et muscles, 15. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 47. — Causes non classées, 13.

Conclusions de la 32e semaine. — Nous avons eu cette semaine une augmentation de 80 décès (1138 contre 1058, chiffre de la 31e semaine), portant principalement sur les maladies de l'appareil cérébro-spinal et de l'appareil circulatoire, sur les morts violentes et sur la fièvre typhoïde, dont le nombre de décès a doublé (38 au lieu de 19). Dans les hôpitaux de Paris, en se reportant aux bulletins des semaines antérieures, on voit que les chiffres des entrées se succèdent ainsi : 37 (29e semaine), 40 (30e), 50 (31e), 87 (32e).

Le Ve arrondissement, par ses trois quartiers : *Sorbonne, Val-de-Grâce* et *Saint-Victor*, a été plus particulièrement éprouvé cette semaine : il compte 6 décès typhiques. D'après les renseignements fournis par les cartes de morbidité, c'est le XVIIIe arrondissement qui se trouverait surtout atteint aujourd'hui. On y signale 19 cas d'invasion de fièvre typhoïde. Plusieurs cas ont été également dénoncés dans le quartier de la *Muette* et dans celui des *Batignolles*.

Parmi les autres affections épidémiques, on remarque un faible accroissement du nombre des décès par variole (25 au lieu de 19) et par infection puerpérale (7 au lieu de 3); d'un autre côté, la rougeole a occasionné 18 décès (contre 24, la 31e semaine), et la diphthérie 34 (contre 41 et 49 la 30e semaine).

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 25 août 1881.

Académie de médecine : TÉTANOS ÉLECTRIQUE. INOCULATION DE LA TUBERCULOSE AU SINGE. VACCINATION ANIMALE. — DE LA PNEUMONIE LOBAIRE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Tétanos électrique. — Inoculation de la tuberculose au singe. — Vaccination animale.

Deux lectures très intéressantes et qu'on trouvera résumées plus loin (p. 549) ont été faites mardi dernier à l'Académie. M. Ch. Richet, cherchant à provoquer le tétanos par voie d'électrisation chez le lapin et chez le chien, a vu le premier de ces animaux succomber à l'asphyxie et le second mourir par hyperthermie. Il en a conclu que l'électrisation détermine des contractions qui épuisent rapidement la force musculaire du lapin, mais qui, n'épuisant pas cette force chez le chien, provoquent l'hyperthermie. Celle-ci est bien la cause de la mort, car si on la réduit par un moyen quelconque, des affusions froides, par exemple, l'électrisation tétanique ne tue pas l'animal. Déterminant les limites de la température mortelle, M. Ch. Richet les fixe à 44°,5 pour la mort immédiate et à 43°,5 pour la mort consécutive. Tous ces faits ont été très bien observés, et nous n'aurions de réserves à faire qu'au sujet de certaines applications à l'homme et aux maladies hyperthermiques de la théorie physiologique qu'on pourrait déduire de ces expériences.

Le mémoire de M. Krishaber, écouté avec la plus sympathique attention, avait pour objet de résumer un grand nombre d'expériences, faites en collaboration avec M. Dieulafoy, sur l'inoculation au singe du tubercule et des produits tuberculeux. Nous n'avons point à faire ressortir ici tout le mérite de ces recherches, qui portent sur 40 singes, dont 16 ont été inoculés et dont 24 ont été conservés pour servir de terme de comparaison. Contrôlées avec la plus consciencieuse rigueur, elles démontrent que, chez les espèces animales qui se rapprochent le plus de l'espèce humaine, l'inoculation du tubercule réussit neuf fois sur dix; que la granulation grise paraît être l'élément infectant le plus actif; enfin qu'il existe, chez les animaux comme chez l'homme, des individus réfractaires à l'inoculation. Dans un second mémoire, MM. Dieulafoy et Krishaber se proposent de faire connaître à l'Académie le résultat des inoculations faites sur le singe avec des matières non tuberculeuses. Nous attendrons cette seconde lecture pour apprécier plus en détail ces résultats si dignes d'intérêt.

Quant à la nouvelle discussion qui, à la fin de la séance académique, a mis aux prises MM. Hervieux et Jules Guérin,

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Saturnisme causé par les cosmétiques. — Un suicide par la dynamite. — Une transfusion contre une ménorrhagie. — La pharmacopée universelle. — Prix proposés par la Société médicale de Boylston.

A une séance récente de la *Kentucky State medical Society*, le docteur Holland appela l'attention sur ce fait qu'il existe certains phénomènes distinctifs, quoique encore vagues, du saturnisme, lesquels précèdent les phénomènes plus marqués : paralysie des extenseurs, coliques, liséré plombique, et peuvent suffire, lorsqu'ils sont étudiés avec soin, à poser de bonne heure le diagnostic de l'affection. Ces symptômes sont : la céphalalgie, le vertige, des douleurs colliquatives légères, et la constipation. La manière dont M. Holland découvrit le fait est le point intéressant de cette note. Une dame se servait, depuis deux ans environ, d'un certain blanc de perle comme cosmétique. Après avoir présenté les symptômes primitifs mentionnés plus haut, elle eut une attaque de mélancolie qui dura deux mois; puis survinrent les signes du saturnisme ordinaire : paralysie des extenseurs aux deux avant-bras et liséré bleu des gencives. L'auteur rapporte les détails de plusieurs cas semblables confirmant les points essentiels de son travail, savoir : que le plomb peut être introduit dans l'organisme jusqu'à produire des effets toxiques lorsqu'on l'applique sur la peau sous forme de poudre ou de lotions; que les cosmétiques populaires pour embellir, *beautifying*, contiennent du plomb. Les résultats de l'analyse chimique de divers cosmétiques très répandus, donnés par M. Holland, ne laissent aucun doute à cet égard.

— Jusqu'alors la dynamite a bien servi à commettre des assassinats, et encore rarement, mais on n'avait pas encore

nous n'en dirons qu'un mot. Les derniers arguments apportés à la tribune par M. Hervieux et la lecture qu'il y a faite d'une lettre de M. Warlomont, dont M. J. Guérin venait de citer un passage, ont bien fait voir, malgré tout le talent que M. J. Guérin a mis à se défendre, le peu de cas qu'il fallait faire d'arguments personnels tirés de conversations mal entendues ou mal comprises.

De la pneumonie lobaire dans la fièvre typhoïde.

Les lésions inflammatoires du parenchyme pulmonaire survenant dans le cours des maladies générales appartiennent d'ordinaire, comme l'observation journalière en témoigne, à la classe des branchio-pneumonies, soit lobaires, soit pseudo-lobaires. Cependant, quoique la fièvre typhoïde n'échappe pas à cette règle, on peut considérer comme un fait exceptionnel la production, à une des périodes de cette pyrexie, d'une pneumonie lobaire, ayant tous les caractères anatomiques de la pneumonie fibrineuse franche (Cornil, *Journal des connaiss. médic.*, 1880).

C'est ainsi que, d'après Liebermeister, Hoffmann a trouvé, sur 250 autopsies de typhiques, 18 cas de pneumonie croupale, et que, dans sa thèse récente consacrée à cette question (Paris, 1881), Galissard de Marignac évalue de 3,5 à 5 pour 100 la fréquence des faits de ce genre. Ces statistiques n'ont d'ailleurs qu'une médiocre importance; car il existe, à cet égard, de grandes différences, suivant les épidémies de fièvre typhoïde; c'est ainsi que, pour prendre un exemple, nous eûmes, en quatre mois, l'occasion d'observer 5 cas consécutifs de pneumonie lobaire sur une vingtaine de typhiques.

Mais si le fait de la coexistence de ces deux processus morbides ne peut plus être contesté, comme on l'essayait encore naguère, l'interprétation n'en est pas moins délicate et soulève des questions dont la solution est particulièrement épineuse.

Si l'on cherche à classer les observations reproduites dans les travaux récents, on voit qu'elles peuvent se classer en trois catégories bien distinctes.

Tantôt, c'est le cas le moins fréquent, la maladie débute par les phénomènes plus ou moins francs d'une pneumonie lobiare asthénique qu'accompagnent ou auxquels succèdent les manifestations les plus accusées de la fièvre typhoïde, symptômes abdominaux, gonflement de la rate, taches rosées, etc. C'est à des faits de cet ordre que les auteurs allemands, avec Gerhardt, donnent le nom de pneumotyphus, dénomination qui, prêtant à confusion, devrait faire place à celle de *pneumo-typhoïde* proposée par M. Lépine (*Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1878).

D'autres fois, c'est seulement dans le 2e ou le 3e septenaire de la fièvre typhoïde que se révèle la pneumonie, qui vient ainsi compliquer, pour nous servir de l'expression ancienne, la maladie primitive.

Enfin, la troisième catégorie, la plus litigieuse, comprend les cas où les phénomènes quasi-pathognomoniques de la fièvre typhoïde, les symptômes abdominaux, font défaut, et où, en présence d'une pneumonie lobaire s'accompagnant de phénomènes typhiques, on est conduit par l'analogie clinique à supposer l'identité étiologique de ces deux processus morbides, à attribuer au virus typhoïdique ces pneumonies d'apparence infectieuse, bien qu'à l'autopsie on ne trouve pas les lésions classiques des plaques de Peyer.

I

Et d'abord, l'existence de pneumotyphoïdes, c'est-à-dire de fièvres typhoïdes débutant par une pneumonie, ne peut plus être révoquée en doute. Chomel, Griesinger, Gauchet, Gerhardt, Lépine, G. de Marignac, en ont fourni des exemples probants. Dira-t-on que, dans ces cas, il ne s'agit que d'une pure coïncidence et qu'à une pneumonie vulgaire a succédé d'une manière fortuite une dothiénentérie? Cette interprétation ne paraît guère admissible, alors que l'insidiosité des phénomènes prodromiques, le caractère adynamique que présente la pneumonie dès le début semblent être en quelque sorte la signature de la fièvre typhoïde qui se déroule ensuite dans tous ses stades. Non, la détermination typhique peut se faire dès les premiers jours sur le poumon, comme elle se fait, beaucoup plus souvent d'ailleurs, sur les amygdales, pour donner lieu à ces angines insidieuses qui précèdent parfois d'un septenaire les manifestations plus nettes de l'intoxication générale. C'est à cette opinion que se rallient plusieurs cliniciens éminents, comme Dietl et Liebermeister, et plus récemment, M. Potain, dans une leçon clinique, encore inédite, dont les conclusions nous ont été rapportées par M. Homolle (*Revue des sc. méd.*, t. X). Ce sont, dit-il, «des pneumonies initiales qui débutent et évoluent à la façon d'inflammations simples et primitives et marquent cependant l'invasion de la dothiénentérie. Dans le cours de la première semaine, pendant que les symptômes propres de la pneumonie s'amendent,

---

entendu dire qu'on se fût suicidé à son aide. Comme tout arrive, cela vient d'arriver. Un puisatier de cinquante-six ans, dit le docteur Leadman, homme d'habitudes irrégulières et intempérées, finit le 12 juillet dernier une orgie qui durait depuis plusieurs semaines. Pendant cette débauche, une nuit qu'il se trouvait avec d'autres individus de son espèce, un d'entre eux perdit une bourse contenant 17 livres sterling (425 francs). Un propos tenu par le puisatier détermina l'arrestation et le procès d'un respectable fermier qui se trouvait là lorsque la bourse fut perdue, et qui fut reconnu innocent. Le jour du procès, le puisatier, quoique sobre et parfaitement raisonnable, ne se présenta pas comme témoin. Vers midi, au moment où il aurait dû être à l'audience, il se promenait dans un jardin situé derrière sa maison, et un voisin qui se trouvait dans le jardin adjacent, le voyant tout à coup tomber, accourut à son secours. Il vit du sang sortir par sa bouche, et m'envoya chercher.

Je trouvai la bouche pleine de sang, le voile du palais déchiré, les piliers rompus, la langue détachée et mutilée, les dents brisées, les os maxillaires supérieurs disjoints et fracturés en plusieurs endroits, les fractures s'étendant jusqu'au plancher de l'orbite. Le sang était infiltré dans les globes oculaires, les paupières inférieures, et la partie supérieure des joues. Le maxillaire inférieur était brisé en plus de vingt morceaux. La peau des joues et des lèvres était intacte, sauf quelques écorchures à la face interne de ces dernières. Les tissus n'étaient pas brûlés.

On trouva dans la poche du malheureux une boîte d'allumettes, dont l'une, consumée en partie, se trouvait près de sa bouche, à l'endroit où il était tombé. Dans son métier, il employait des cartouches et des capsules contenant de la dynamite, et connaissait bien les propriétés et la manière de se servir de cette terrible substance explosible. Il avait mis dans sa bouche une de ces cartouches et après avoir enflammé la petite fusée qui y est jointe, avait attendu tranquillement le résultat. Il survécut deux heures à sa blessure,

les signes de la fièvre typhoïde (tuméfaction de la rate, taches rosées, douleur iliaque) se montrent successivement. » Nous n'avons rien à ajouter à cette description clinique si nette, sauf ce fait remarquable que la pneumotyphoïde semblerait, d'après les observations, avoir généralement une évolution rapide et favorable. Peu nombreuses sont les autopsies qui révèlent la coexistence des lésions intestinales classiques et d'altérations pulmonaires d'ordre pneumonique, à la seconde ou à la troisième période. La fièvre typhoïde ferait donc exception à la loi qui veut que les pneumonies initiales des maladies générales, celles de la rougeole par exemple, comportent un pronostic particulièrement fâcheux. Mais cette bénignité de la pneumotyphoïde est peut-être sujette à caution, car, d'une part, on a peut-être assigné à tort le caractère typhoïdique à des pneumonies qui n'ont de la dothiénentérie que certaines apparences cliniques, et d'autre part, il est possible qu'on méconnaisse parfois la véritable nature de certaines pneumonies rapidement mortelles, faute d'ouvrir l'intestin pour s'assurer de l'intégrité de son appareil lymphoïde.

II

S'il faut admettre qu'à une période de la dothiénentérie où l'intoxication ne s'accuse pas encore d'ordinaire par des symptômes thoraciques, il se produit parfois de massives déterminations pulmonaires, on ne doit pas éprouver de difficultés dans l'interprétation de la pneumonie survenant à une phase de la maladie où les voies respiratoires sont toujours plus ou moins atteintes, dans le deuxième ou troisième septénaire.

M. G. de Marignac nous a donné une bonne description clinique de cette variété de pneumonie concomitante à la fièvre typhoïde, de beaucoup la plus fréquente. Elle évolue en général d'une manière insidieuse; comme les phénomènes habituellement révélateurs de la phlegmasie, tels que frisson, point de côté, crachats, font d'ordinaire défaut, elle constitue souvent une surprise d'auscultation, parfois même d'autopsie. Les résultats thermométriques eux-mêmes n'appellent pas, comme le fait remarquer M. G. de Marignac, l'attention sur l'existence d'une complication phlegmasique; car le plus souvent la courbe thermique est à peine influencée, ou même, chose digne d'être relatée, il se produit un abaissement sensible de la température (1°,4 dans une de nos observations), généralement suivi d'une brusque ascension de la courbe. Quant aux phénomènes propres à la dothiénentérie, ils ne sont guère modifiés par l'apparition de la pneumonie, à cela près cependant que la dyspnée et l'adynamie s'accentuent d'ordinaire; aussi constitue-t-elle une localisation de la plus haute gravité, qui, quoi qu'en aient dit certains cliniciens, imprime le plus souvent à la maladie une marche rapidement fatale.

La pneumonie, dans ce cas, n'est qu'une *détermination* particulière de l'agent morbide; mais ne se montre-t-elle pas aussi quelquefois à l'état de *complication*, dans la véritable signification du mot, c'est-à-dire sans qu'il existe une relation directe de cause à effet entre le virus typhique et la phlegmasie pulmonaire? C'est ainsi que nous comprendrions volontiers ces cas où celle-ci s'accuse par tous les caractères d'une pyrexie franche, à début et allures bruyants, avec frisson, point de côté, élévation considérable de température, enfin cette coloration rouge foncé des urines, qui, n'appartenant pas à la fièvre typhoïde, nous permit une fois, à elle seule, de soupçonner l'existence, bientôt démontrée par l'auscultation, d'un processus morbide de cet ordre.

Il paraît en être ainsi, surtout pour les pneumonies survenant dans la convalescence, qu'il est difficile d'attribuer au virus typhique dont l'action nocive est alors épuisée ou singulièrement atténuée, et qui, suivant l'intéressante remarque de Liebermeister, rappellent le type de la pneumonie franche beaucoup mieux que celles de la période d'acné, et, de plus, ne comportent pas habituellement un pronostic fatal.

Il semble donc qu'une seule et même interprétation ne soit pas toujours de mise, et que de l'identité anatomique, — avec nos moyens actuels d'investigation, — il ne faille pas conclure à une identité nosologique. D'ailleurs, un problème analogue ne se pose-t-il pas à propos de la pneumonie franche évoluant en dehors de tout autre processus morbide? Ne doit-on pas reconnaître qu'il existe, à côté de la pneumonie *a frigore*, dont la nature infectieuse n'est guère admissible, des pneumonies zymotiques, localisation sur le parenchyme pulmonaire d'une ou plusieurs maladies dont les virus ne nous sont pas encore connus?

Mais cette conception, qu'essayent en vain de combattre les partisans systématiques de classifications purement anatomiques, a, elle aussi, été poussée à l'extrême par quelques pathologistes qui, se fondant exclusivement sur certaines analogies étiologiques ou cliniques, attribuent au virus de la fièvre typhoïde la genèse de maintes pneumonies malignes (Barella).

Sans aucun doute, la dénomination de *pneumonies ty-*

---

restant sans connaissance tout ce temps. Le jury ordonna une enquête, dont le résultat fut que l'homme jouissait de ses facultés mentales, et qu'il s'était suicidé.

— La manie de la transfusion du sang est maintenant poussée si loin, que M. Whiteside Hime, professeur d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants à l'école de médecine de Sheffield, vient d'employer ce moyen extrême dans un cas de ménorrhagie profuse. Chez une femme de trente-cinq ans, les règles devenaient de plus en plus abondantes et prolongées; elle était pâle, très exsangue, obligée de garder le lit dans le décubitus dorsal, presque à chaque instant sur le point de tomber en syncope, et les bruits du cœur à peine perceptibles à l'auscultation. De fait, l'état de la malade était très critique. Aucun des nombreux remèdes employés, et dont malheureusement on ne donne ni le nom ni la dose, n'avait produit le moindre effet.

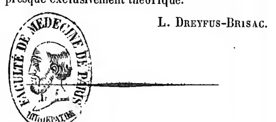
Le docteur Hime employa d'abord un moyen assez singulier pour arrêter cette perte si incoercible. Il débrida le col de l'utérus afin de pouvoir appliquer sur le lieu de l'hémorrhagie une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer, ce qui fut fait. On se demanderait volontiers pourquoi il n'a pas profité de l'occasion pour lier les vaisseaux qui donnaient du sang. L'hémorrhagie, arrêtée pendant vingt-quatre heures, reparut alors. A la requête du mari, qui offrit le plus pur de son sang, la transfusion fut pratiquée cinq jours après. Elle détermina une syncope qu'on craignit d'être mortelle. Grâce à une injection sous-cutanée de 4 grammes d'éther et à la respiration artificielle, la malade reprit ses sens. Peu à peu les forces revinrent, l'hémorrhagie cessa d'elle-même, la menstruation reprit sa régularité et la guérison fut parfaite.

Tout est bien qui finit bien; mais peut-on attribuer cet heureux résultat à la transfusion, et d'ailleurs, celle-ci était-elle bien nécessaire? Je remarque d'abord qu'on n'a pas pratiqué le tamponnement du vagin, d'après la manière métho-

phoïdes s'est appliquée, s'applique encore à des processus fort disparates au point de vue nosologique, quoiqu'ils ayent ce caractère clinique commun que les manifestations pulmonaires restent au second plan, pendant que les phénomènes généraux, de nature ataxo-adynamique, dominent la scène morbide. Lorsqu'elles se montrent à l'état sporadique, on peut en expliquer la genèse par des causes individuelles, par la déchéance de l'organisme antérieure à la maladie. Mais cette interprétation ne saurait s'appliquer à ces pneumonies qui affectent le type épidémique, constituant, ainsi que les auteurs allemands en ont rapporté beaucoup d'exemples, de petits foyers plus ou moins circonscrits.

Dans ces cas, l'origine, la nature infectieuse du processus, ne peut être révoquée en doute; mais évidemment on est allé trop vite en besogne quand on l'a rapporté au virus typhique, pour faire de ces pneumonies typhoïdes des *typhus larvés*. Que parfois l'on ait vu semblables épidémies succéder à des épidémies de dothiénentérie, ou réciproquement, comme à Florence (Guido Banti, *Arch. gén. de méd.*, 1880); que l'on ait observé dans une même famille, à côté de fièvres typhoïdes, de pneumonies malignes (Barella, *Bull. de l'Académie de méd. de Belgique*, 1877; Perroud, *Rev. mensuelle de méd. et de chir.*, 1878); enfin, que tous les phénomènes de la dothiénentérie, même les taches rosées, puissent se rencontrer dans des cas de ce genre, cela est hors de doute. Mais cette parenté clinique et étiologique n'autorise en aucune façon à admettre que le poison typhique puisse agir exclusivement sur les poumons, en respectant les intestins, et le moment n'est pas encore venu de réviser l'histoire classique de la dothiénentérie, pour en étendre ainsi le le domaine. La jeune doctrine des maladies infectieuses rencontre encore trop d'obstacles sur sa route pour qu'il y ait bénéfice à lui donner une formule si radicale, à tenter des généralisations, au moins prématurées, sur des arguments d'ordre presque exclusivement théorique.

L. Dreyfus-Brisac.



TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

De la pathogénie nerveuse de la maladie d'Addison, nouvelles recherches du professeur Semmola, communiquées au Congrès de Londres (1881).

Puisque je ne comprends pas l'anglais, je n'ai pas pu suivre la communication de mon honorable confrère le docteur Greenhow, et seulement d'après le résumé qui nous a été communiqué en français, il paraît que, selon mon honorable confrère, il faut à l'avenir faire une étude attentive des cas de pigmentation de la peau, sans maladie d'Addison, quant à ce qui regarde l'état des nerfs, ganglions et plexus du sympathique. Je me permets de rappeler à ce propos qu'il y a déjà six ans que j'avais l'honneur de présenter au Congrès de Bruxelles un travail dans lequel je soutenais que la maladie d'Addison devait être considérée comme une maladie des centres nerveux ganglionnaires et que les altérations anatomiques des capsules surrénales n'étaient pas du tout le point de départ de la maladie et représentaient, quand elles existaient, le dernier effet des troubles trophiques produits par les filets nerveux qui président à la nutrition de ces organes. A cette époque (1875), je présentais principalement des arguments thérapeutiques en faveur de la pathogénie nerveuse de la maladie d'Addison. Mais depuis j'ai continué mes recherches dans cette direction, et aujourd'hui j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux cette figure qui représente les altérations microscopiques de quelques points des centres ganglionnaires et de la section dorsale de la moelle. Il s'agit, comme vous voyez, d'une transformation myxomateuse du stroma du ganglion cœliaque et de l'infiltration leucocythique de la névroglie de la moelle épinière vers le canal central.

Dans un autre cas, j'ai observé une dégénérescence graisseuse de plusieurs points du plexus solaire. Ce qui rend très remarquable le premier cas, dont vous avez la figure, c'est que l'analyse microscopique des capsules surrénales donna des résultats complètement négatifs. Elles étaient à l'état normal. La conclusion est très facile, et la voici :

La maladie d'Addison est un profond trouble de la nutrition déterminé par l'altération successive des fonctions du sympathique et des divers centres nerveux de la vie organique (ganglion cœliaque, etc., etc.).

Il n'y a qu'à suivre le déroulement caractéristique des symptômes de cette maladie vis-à-vis des différentes fonctions des centres nerveux ganglionnaires pour saisir facilement que la production des troubles digestifs, de l'état cachectique, de l'état asthénique, de l'abaissement de la température, etc., etc., ne sont que l'envahissement successif d'un

---

dique enseignée par le professeur Pajot, et qui aurait été certainement plus efficace et plus innocent que le débridement du col de l'utérus et l'application du perchlorure de fer concentré dans sa cavité. Je constate ensuite qu'on signale un peu trop les succès de la transfusion et qu'on en dissimule un peu trop les dangers. Il n'y a pas bien longtemps que deux transfusés sont morts dans un des hôpitaux de Paris des suites de cette opération réputée si bénigne, et je ne sache pas que rien ait été publié à leur sujet. Enfin j'attire l'attention sur ce fait que M. Hime, pour relever les forces de sa malade après sa syncope, lui injecta sous la peau 4 grammes d'éther.

Si on se rappelle les idées de M. Verneuil sur l'efficacité des injections sous-cutanées d'éther contre l'hypothermie et contre la dépression des forces produites par l'anémie aiguë, et la thèse de Mlle Zénaïde Ocounkhoff sur le même sujet, on sera bien forcé de reconnaître que l'éther, administré par la voie hypodermique à la malade de M. Hime, a pu être pour quelque chose dans le succès final. Si jamais il se trouve de nouveau en pareille occurence, nous lui recommandons le tamponnement méthodique du vagin et les injections sous-cutanées d'éther, comme préférables au débridement du col de l'utérus et à la transfusion, opération dont il s'exagère l'innocuité ou se dissimule les dangers.

— Le Congrès international pharmaceutique de Londres, qui s'est tenu un peu avant le Congrès médical, a fait faire un grand pas à la question d'une pharmacopée internationale, comprenant un mode commun de prescrire et de préparer les médicaments les plus importants. Voici les résolutions qui ont été adoptées, à l'unanimité:

1° Le cinquième Congrès pharmaceutique international, tenu à Londres, confirme la résolution prise aux Congrès précédents sur l'utilité d'une pharmacopée universelle; mais il est d'avis qu'il est nécessaire de nommer d'abord une commission composée de deux délégués de chacun des pays

processus morbide qui commence par altérer les travaux digestifs et finit par affaiblir considérablement les oxydations organiques et les échanges nutritifs, c'est-à-dire les fonctions de la vie végétative qui se trouvent sous la dépendance du sympathique et de ses annexes. L'on pourrait presque dire que, dans ce cas de la maladie d'Addison, la clinique nous fait la démonstration pathologique des fonctions physiologiques du système ganglionnaire. L'état asthénique, qui est incontestablement un des traits les plus saillants du tableau clinique présenté par cette maladie, ne peut pas du tout nous embarrasser dans cette pathogénie que je défends. De toute évidence, à mon avis, puisque l'activité chimique des éléments histologiques est tellement troublée, dans son degré et dans la nature de ses produits, que la chaleur animale en est vivement blessée, l'on ne peut s'étonner que la force de l'organisme tout entier soit considérablement abaissée, puisque sa source est en voie de se tarir.

En effet, c'est dans les activités chimiques de l'organisme (dédoublements, oxydation, etc., etc.) qu'il faut retrouver la source incessante de la chaleur et de la force. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que l'état asthénique soit le trait le plus saillant du tableau clinique. C'est la lampe qui s'éteint, et, puisque ce n'est pas l'huile qui fait défaut ou la mèche qui est finie, il faut bien recourir aux centres nerveux qui président aux fonctions de l'huile et de la mèche. Pardonnez-moi cette comparaison.

Il resterait cependant la mélanodermie, qui est aussi un symptôme caractéristique de la maladie d'Addison lorsqu'elle accompagne l'état asthénique et les troubles digestifs. Eh bien, d'abord les capsules surrénales ne peuvent pas être en question, comme cause de la mélanodermie, parce que dès qu'il existe un seul cas de maladie d'Addison bien caractérisé, dans lequel l'analyse histologique prouve péremptoirement qu'elles sont à l'état normal, en bonne logique expérimentale, il n'y a pas de temps à perdre, il faut tourner la page et diriger ailleurs ses recherches au lieu de s'entêter à vouloir trouver par force la démonstration d'une fausse idée étiologique, seulement parce qu'elle est préconçue.

Il sera toujours très utile d'étudier l'état des capsules surrénales. Ce sera même nécessaire; mais cela ne se fera plus dans le but d'y puiser la cause de la mélanodermie, parce que dans la nature, messieurs, vous le savez très bien, il n'y a pas d'exception possible; les exceptions ne sont que l'effet de notre ignorance, et dès qu'une seule exception se présente dans l'explication d'un fait, il faut changer de plan au lieu de subtiliser et de torturer les faits pour avoir raison. Sans cela, on est sûr de faire fausse route. En conséquence, dès qu'il est incontestable que la mélanodermie d'Addison n'est pas un effet nécessairement lié à l'altération des capsules surrénales, et dès qu'il y a tant d'autres raisons pour admettre que les autres points du tableau clinique de la maladie bronzée sont parfaitement éclaircis par la physiologie du sympathique et de ses annexes, la logique impose d'examiner si cette théorie nerveuse peut aussi contenir une explication raisonnable de la pigmentation morbide.

Eh bien, oui, rien ne s'oppose à admettre que le sympathique et les autres centres nerveux ganglionnaires soient capables de présider à la formation des pigments. D'abord, il y a une considération physiologique d'ordre général en vertu de laquelle il est très naturel de présumer que la formation des pigments est produite par l'influence nerveuse trophique c'est-à-dire sous la même influence qui préside à tous les actes chimiques de la nutrition, dans le mécanisme de laquelle la pigmentation représente une étape normale de la matière vivante. Des recherches expérimentales fournies par la physiologie confirment directement cette manière de voir. Viennent après des cas bien sûrs de changements de coloration morbide des cheveux ou de la peau sous l'influence de causes morales violentes, et la science a enregistré quelques exemples de mélanodermie survenue rapidement en peu de jours après des émotions morales violentes et qui ont duré pendant toute la vie.

Enfin, des preuves thérapeutiques ne font pas défaut parce que le cas clinique que je présentai au Congrès de Bruxelles était très démonstratif. Il s'agissait d'un malade d'Addison qui suivit un long traitement électrique sous ma direction, en employant le courant constant entre le cou latéralement et l'épigastre. Ce malade, qui avait des syncopes dès qu'il s'efforçait de s'asseoir au milieu du lit, après le traitement électrique, qui dura trois mois, avait repris ses forces tellement, qu'il pouvait faire chaque matin une promenade à cheval de deux heures sans se plaindre de faiblesse.

Eh bien, chez ce malade, avec les forces, la chaleur animale avait repris son degré normal, les digestions n'étaient plus troublées, et, ce qui est principalement à remarquer, la pigmentation cutanée dans plusieurs points avait disparu. En conséquence, je le répète, dans les conditions actuelles de la science, la théorie la plus admissible pour éclaircir la pathogénie d'Addison, c'est que cette maladie est constituée d'abord par un épuisement fonctionnel des centres ganglionnaires abdominaux avec troubles successifs des fonctions digestives et des fonctions nutritives.

Peu à peu, au simple épuisement fonctionnel succède une altération histologique de ces mêmes centres qui peut être variable et dont je vous soumets un exemple. Selon que différents points de ces centres nerveux ganglionnaires sont attaqués, il y a des altérations dans la nutrition des capsules surrénales ou d'autres organes sans que pour cela ces altérations anatomiques soient le vrai point de départ de la maladie.

---

représentés au Congrès, et qui préparerait dans le plus bref délai une compilation dans laquelle la force de tous les médicaments énergiques serait égalisée.

2° Le comité exécutif du Congrès est invité à prendre les mesures nécessaires pour que cette résolution soit promptement exécutée.

3° Lorsque le travail sera prêt, il sera remis par les délégués à leurs gouvernements respectifs ou à leurs sociétés de pharmacie.

4° Il est désirable que le comité propose une nomenclature latine, uniforme et systématique, pour les pharmacopées de tous les pays.

5° Le comité devrait prendre des mesures pour qu'on fît une traduction latine officielle des pharmacopées des différents pays qui ne sont pas encore publiées dans cette langue.

6° Le comité devrait être mis en possession de tous les manuscrits comprenant les documents relatifs à la pharmacopée universelle, compilés par les soins de la Société de pharmacie de Paris, et présentés par cette Société à la quatrième session du Congrès international à Saint-Pétersbourg.

7° Il faut prier les sociétés pharmaceutiques des différents pays de nommer les membres de la commission non désignés par ce Congrès, et de remplir les vacances qui pourraient survenir de temps en temps.

Comme certains pays n'étaient pas représentés au Congrès, on réserva à leurs sociétés de pharmacie le droit de se faire représenter. Voici la liste des délégués nommés : Allemagne : MM. Brunnengräber et Carl Schacht. Angleterre : MM. Redwood et Peter Squire. Autriche : MM. Dittrich et Waldheim. Belgique : MM. Gille et Cornelis. Danemark : MM. Lotze, et Madsen. France : MM. Méhu et Petit. Hongrie : M. Jarmay et un autre à élire par la Société locale. Irlande : deux à nommer. Italie : M. Sinimberghi, et un autre à nommer. Suède et Norvège : MM. Sebardt et Hansen. Russie : MM. Martenson et Poehl. Suisse : M. Schaer, et un autre à nommer. Etats-Unis : M. Maisch, et un autre à nommer.

Il resterait à voir si, dans la maladie d'Addison, toutes les dégénérescences qui frappent les éléments nerveux ganglionnaires abdominaux peuvent aboutir à la même production de tous les symptômes comme simple conséquence de l'épuisement ou de la suppression fonctionnelle, ou s'il s'agit de quelque cause spécifique qui frappe ces centres nerveux. Dans l'état actuel de la science, une réponse définitive est impossible; mais cependant l'on peut présumer, avec beaucoup de fondement, que cette cause spécifique n'existe pas et qu'il faudrait plutôt étudier rigoureusement laquelle des influences étiologiques est capable d'être le point de départ de cet état morbide qui a quelque chose de trop caractéristique pour qu'on puisse croire à un simple effet des causes épuisantes ordinaires.

Pathologie interne.

Contribution a l'étude du myxœdème. Du myxœdème en basse Bretagne, par le docteur Morvan, de Lannilis.

Nous apportons un bagage plus lourd qu'aucun de nos prédécesseurs; mais de ces observations plusieurs ne sont que de simples notes. Quelques-unes remontent assez loin et nous avaient vivement frappé. Nous ne connaissions rien de semblable, nos lectures ne nous avaient rien appris. Mais n'ayant à notre disposition que des ressources bibliographiques insuffisantes, et voulant être éclairé sur ce qui pouvait exister dans la science, nous adressâmes au docteur Charcot, dont tout le monde connaît la haute compétence dans les maladies du système nerveux, une note où nous condensions, de souvenir, les traits composant la physionomie d'une affection, à notre sens, nouvelle.

Nous étions retenu en ce moment à Versailles, nos notes et observations étaient restées chez nous en basse Bretagne. Nous écrivions donc de mémoire, comme nous venons de le dire; cela explique une ou deux irrégularités qui se sont glissées dans notre lettre, notamment en ce qui concerne la fécondité des femmes atteintes de myxœdème.

Cette note, cette lettre, la voici :

Versailles, le 26 novembre 1875.

Monsieur et très honoré confrère,

Je crois avoir observé en Bretagne une maladie non encore décrite; mais je crains que mes connaissances ne soient en défaut, et je viens recourir à vos lumières.

Elle est spéciale à la femme, du moins jusqu'à présent je ne l'ai pas rencontrée chez l'homme.

Elle est caractérisée par de l'anasarque et par une paralysie générale incomplète, mais sans atrophie musculaire, sans altération des facultés mentales, ne s'expliquant, en un mot, par aucune maladie connue, pas plus d'ailleurs que l'œdème ne s'explique par une affection du cœur ou des reins. La bouffissure de la face, coïncidant avec un certain parler lent et une certaine raucité de la voix, est pathognomonique.

L'anasarque est surtout marquée, sans être jamais extrême, à la face, aux poignets et aux jambes; elle ne disparaît jamais, mais elle est fort variable, surtout à la face, dont elle grossit plus ou moins les traits.

L'affaiblissement musculaire, toujours prononcé, ne l'est cependant jamais au point d'empêcher la marche; mais j'ai vu l'une de mes malades, âgée, il est vrai, dans la nécessité de s'appuyer sur un bras étranger pour marcher. Une autre, jeune celle-ci, pouvant facilement porter, avant sa maladie, un poids de 100 livres sur les épaules, n'en portait plus que 50. Du reste, pas le moindre désordre dans les mouvements, mais une lenteur très remarquable; tous les mouvements rapides sont impossibles. On peut marcher, même longtemps, mais sans aller du pas ordinaire; à plus forte raison, la course est-elle impossible. Mêmes phénomènes aux extrémités supérieures, les doigts ne sont plus agiles; la main s'ouvre et se ferme à volonté, mais avec lenteur : on dirait d'une personne gelée. Le froid exagère encore le phénomène : aussi l'une des malades, quand elle était au lavoir, ne pouvait plus étendre les doigts. J'ai dit plus haut que je n'avais rien trouvé d'anormal au cœur; cependant, dans un cas, la lenteur des mouvements se faisait sentir même au cœur, qui ne battait que 56 fois par minute.

Toutes mes malades étaient très sensibles au froid; leur état était bien plus accusé en hiver qu'en été. Quelques-unes avaient même cet aspect larmoyant qu'on a par un vent frais, les yeux étaient rouges et le nez coulait sans cesse.

La santé générale est bonne au milieu de tout ce désordre. Pas de souffrance, bon appétit, bon sommeil; urines normales.

La maladie atteint exclusivement la femme, le plus souvent vers son retour d'âge, six fois sur huit; car, dans deux cas, il s'agissait de jeunes filles ayant une vingtaine d'années.

La fécondation est rare, je ne l'ai vue qu'une fois; elle n'a jamais lieu chez les femmes de la première catégorie, bien qu'elles fussent encore réglées pour la plupart, et que toutes eussent été mères à diverses reprises. Mais les deux jeunes filles se sont mariées, et l'une d'elles seulement est devenue mère une fois; l'enfant était faible et n'a pas tardé à succomber.

En dehors du sexe et de l'âge, je ne sais presque rien des causes qui déterminent la maladie : l'une avait eu un refroidissement pour s'être levée et exposée au grand air huit jours après ses couches; une autre venait de sevrer son enfant pour subir une opération.

La maladie n'est pas dangereuse, toutes mes malades ont été soumises pendant de longues années à mon observation. L'une d'elles, tombée malade vers l'âge de cinquante-cinq ans, n'est morte qu'à l'âge de soixante-sept ans. La maladie, qui n'est pas grave au point de vue de la vie, l'est excessivement au point de vue de la curabilité; je n'ai vu personne en guérir. En général, les médications les plus variées n'ont aucune prise. J'ai eu recours tour à tour à tous les toniques, fer, quinquina, vin, huile de foie de morue. Cependant la strychnine, dans un cas, paraît avoir été utile pendant quelque temps; mais la malade est ensuite retombée

---

Ainsi sera probablement complétée dans quelques années cette œuvre que tout le monde médical désire depuis si longtemps.

— Le comité médical de Boylston, nommé par le président et les membres de l'Université d'Harvard, et composé des docteurs Storer, Morrill Wyman, Bigelow, Hodges, Calvin Ellis, Samuel Cabot, a proposé pour 1882 les questions de prix suivants :

1° Le gaz des égoûts : quels sont ses effets physiologiques et pathologiques sur les animaux et les plantes. Étude expérimentale. La valeur de ce prix est de 300 dollars.

2° Valeur thérapeutique de l'alimentation, administrée contre ou suivant l'appétit et le désir du malade. Ce prix est de la valeur de 200 dollars.

Les prix proposés pour 1883 sont les suivants :

1° Rougeole; rougeole allemande; maladies qui peuvent les simuler.

2° Diagnostic différentiel des tumeurs abdominales, en particulier celles qui sont en rapport avec les organes génito-urinaires. Ces prix sont de la valeur de 200 dollars.

Chaque dissertation doit être accompagnée d'une enveloppe cachetée, sur laquelle sera écrite une devise, et qui contiendra le nom et l'adresse de l'auteur. Les dissertations doivent être écrites lisiblement, reliées en forme de livre, et envoyées au président du comité, docteur H. Storer, 182, Boylston street, Boston (Massachusetts). Celles qui concernent les prix de 1882 doivent être reçues avant le premier mercredi d'avril 1882; et celles de 1883, avant le premier mercredi d'avril 1883. Toute indiscrétion qui ferait connaître au comité le nom de l'auteur d'un mémoire ferait exclure ce mémoire du concours. La préférence sera donnée aux travaux originaux. Tous les mémoires non couronnés seront déposés chez le secrétaire, où l'on pourra les reprendre, avec le pli cacheté non ouvert, s'il est réclamé dans l'année qui en suivra la réception.

L. H. Petit.

dans le même état, malgré l'emploi de la strychnine, qui est ensuite restée sans action marquée. Dans ce même cas, sujet jeune (vingt-huit ans), l'électricité, employée pendant trois mois, à deux ou trois jours d'intervalle, a produit le meilleur effet : les traits ont perdu leur bouffissure, les forces ont repris au point que la marche rapide est devenue possible. Mais j'ai dû partir pour rentrer à Versailles, et laisser la cure inachevée; le résultat obtenu me permettait le meilleur espoir.

J'ai terminé, et vous demande pardon de n'avoir pas su être moins long. Si cette affection n'a pas été décrite, je me réserve de réunir mes huit observations et d'en faire l'objet d'un petit travail. Je vous serais infiniment obligé de vouloir bien me permettre de puiser à votre érudition, le cas échéant.

N'obtenant pas de réponse assez tôt à notre gré, pensant d'ailleurs que M. Charcot, auquel nous étions un inconnu, réservait son temps pour des occupations plus pressantes, nous eûmes recours à l'obligeance de notre vieux camarade Verneuil. Le docteur Verneuil, avec sa bonne grâce et sa bonhomie ordinaires, nous répondit qu'il était plus familier avec les travaux de chirurgie qu'avec les travaux de médecine, mais qu'il était en relation journalière avec de jeunes agrégés en médecine qui étaient des puits de science, et qui possédaient sur le bout des doigts tout ce qui s'était fait et tout ce qui se produisait. La réponse ne se fit pas attendre : quelques jours après, le docteur Verneuil nous disait que, pour ses jeunes collègues du professorat, la maladie observée par moi ne devait être, ne pouvait être que de la chlorose.

Nous protestions bien un peu au fond, mais enfin, *magister dixit*, et nous étions prêt à nous incliner devant la parole du ou plutôt des maîtres, quand nous reçûmes la réponse de M. le docteur Charcot. Il s'excusait de n'avoir pas répondu plus tôt; mais le temps avait été mis à profit, il avait fouillé dans ses souvenirs, avait fait et fait faire des recherches, et n'avait rien trouvé de semblable dans les publications médicales. Il concluait en nous engageant à publier nos observations.

Ceci se passait vers la fin de l'année 1875, comme l'indique la date de notre lettre. Nous n'avons encore rien publié et n'aurions même rien publié de sitôt, trouvant notre bagage insuffisant, et voulant laisser au temps le soin de le grossir, lorsque, en mai de cette année, nos yeux tombèrent sur un article du docteur Merklen, publié, reproduit plutôt, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, sous le titre de *Cachexie pachydermique (état crétinoïde, myxœdème)*. La *Gazette hebdomadaire*, au fond des campagnes que nous habitons, est notre seul journal de médecine.

C'était le cas pathologique dont nous avions entretenu les docteurs Charcot et Verneuil. Nous avions eu tort de retarder notre publication. Pendant ce temps, et surtout depuis deux ans, des articles avaient été publiés en France un peu partout, et dans les *Archives générales de médecine*, et dans le *Progrès médical*, et dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, et dans la *Gazette des hôpitaux*, et dans la *Gazette médicale*, et enfin dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*.

Donc nous arrivions en retard. Mais la publication de nos observations eût-elle été faite au moment où nous écrivions à M. Charcot, que nous arrivions encore en retard. Nous étions devancé par le docteur William Gull, qui, dans la séance du 24 octobre 1873, fit à la Société clinique de Londres une communication sur une maladie caractérisée *par un état crétinoïde survenant chez les femmes à l'âge adulte*.

Voilà pour la question de priorité : elle appartient incontestablement au docteur William Gull. Peut-être pourrions-nous prendre date avant le docteur William Ord en nous appuyant sur les deux notes qu'en 1875 nous avions remises à peu près simultanément aux docteurs Charcot et Verneuil, et en faisant appel à leur souvenir et au souvenir des jeunes professeurs agrégés consultés par le docteur Verneuil.

Nous n'insistons pas, et nous arrivons de suite aux observations que nous avons recueillies.

Obs. I. — Mme X..., tempérament nerveux, grande, pâle, d'une assez bonne santé habituelle, à cela près de quelques migraines, héréditaires chez elle, et de quelques misères tenant à un fonds de chlorose.

Elle s'est mariée à vingt et un ans et a eu huit enfants, dont le dernier à l'âge de quarante-trois ans. Elle n'a été malade que pour ses premières couches. Elle a nourri tous ses enfants, à l'exception d'un seul, qu'elle a dû sevrer pour cause de gerçures au sein.

Elle avait traversé l'âge critique sans encombre, lorsque, vers l'âge de cinquante-cinq ans, sans cause connue, elle fut prise d'un affaiblissement musculaire coïncidant avec un peu de bouffissure à la face, un peu de raucité dans la voix, et une certaine lenteur dans la parole.

Tout cela était peu de chose au début. Les traits étaient seulement grossis, la langue légèrement empâtée et la démarche moins vive; on se fatiguait vite.

L'examen des viscères n'apprenait rien : rien au cœur, ni aux reins, ni au foie; point d'albumine dans les urines; un léger bruit de souffle aux carotides en rapport avec le teint chlorotique. D'ailleurs, bon appétit, il n'avait jamais été meilleur; seulement l'état habituel de constipation s'était encore aggravé; on n'allait plus à la garde-robe qu'avec le secours des lavements, et alors c'était une débâcle, avec coliques. Les migraines, par le bénéfice de l'âge, sans doute, avaient à peu près disparu.

Les fortifiants de toutes sortes furent employés sans relâche, mais sans succès. Depuis l'âge de cinquante-cinq ans jusqu'à celui de soixante-sept ans, époque de la mort, qui eut lieu en 1864, le mal n'avait fait que progresser.

L'infiltration ne se bornait plus à la face, elle avait gagné les extrémités, les poignets, les pieds et le bas des jambes, sans remonter jamais ni aux bras ni aux cuisses. Jamais d'épanchement dans le péritoine.

La figure s'était peu à peu déformée, de manière à prendre un aspect tout particulier. Les lèvres, naturellement épaisses, l'étaient devenues davantage encore. Le nez s'était étalé. Les paupières, boursoufflées, ridées, ne s'affaissant pas sous la pression du doigt, étaient tombantes, et dans les dernières années de la vie, le poids des paupières supérieures l'emportant sur la force des releveurs, la malade, pour voir, était obligée de les relever avec les doigts, comme si elle était atteinte d'un véritable ptosis. Yeux injectés, larmoyants; affaiblissement de la vue à l'un des yeux; écoulement séreux par le nez. Rides, plis longitudinaux à la nuque et au cou, sous le menton. Peau sèche, comme pulvérulente, un peu rugueuse au poignet. Cuir chevelu couvert d'écailles épaisses, pityriasiques, et dégarni sur tout le devant. Notons en passant que trois de ses enfants, à une époque avancée de leur vie, ont été atteints de pityriasis, sans rien avoir de commun avec l'affection que nous considérons en ce moment. Le dos, naturellement voûté, s'était encore arrondi; le ventre, chargé d'embonpoint, un peu œdématié, était pendant. Le teint avait conservé sa pâleur.

En même temps la langue s'était comme épaissie, la parole était devenue lente; ce qui, joint à la raucité de plus en plus prononcée de la voix, lui donnait un parler caractéristique. Pour elle, parler longtemps et surtout parler vite était une fatigue.

Les membres s'engourdissaient insensiblement. L'agilité des doigts disparaissait peu à peu, et les jambes portaient assez difficilement le poids du corps. On marchait encore sur un terrain uni, sur un plancher, mais monter l'escalier était une affaire. Vers les derniers temps de la vie, on s'aidait d'un bras étranger pour marcher, pour passer d'une chambre à l'autre.

Les muscles du cou eux-mêmes participaient à cet affaiblissement; la tête était affaissée et s'appuyait du menton sur la poitrine; parfois Mme X... la soutenait en interposant un mouchoir entre le menton et la poitrine.

Il n'y avait pas d'atrophie musculaire apparente. Embonpoint prononcé, surtout à la poitrine et au ventre, se conservant grâce à un robuste appétit.

Mme X... est devenue frileuse; elle a toujours froid aux extrémités; en les touchant, on croit toucher des glaçons; elle est toujours en travers du feu. Cette espèce d'engourdissement augmente notablement en hiver.

La santé générale, à part une constipation de plus en plus opiniâtre, continuait à se maintenir, lorsqu'à l'âge de soixante-cinq ans une bronchite avec fièvre vint encore affaiblir la malade. Elle finit cependant par se rétablir, mais la convalescence fut traversée par l'invasion brusque d'idées délirantes, hallucinations. Le délire céda sans trop tarder; mais l'intelligence, qui avait été vive, ne se remit jamais complètement de ce coup.

Mme X..., usée, plus vieille que son âge, s'éteignit deux ans après dans un état de coma. Jamais, jusqu'à sa mort, il n'y a eu trace d'albumine dans ses urines.

Obs. II. — Marie-Jeanne Goarant, fermière, agée de vingt-sept ans, fortement colorée, de grande stature, d'embonpoint moyen, se présente à notre consultation, en août 1874, pour une parésie générale incomplète qui rappelle l'état de demi-engourdissement produit par un grand froid. Le parler est lent, tout particulier, comme lorsqu'on est gelé; la langue se meut avec un certain embarras, elle est empâtée; raucité de la voix, comme si les cordes vocales participaient elles-mêmes à cet engourdissement. — Nous dirons ici, une fois pour toutes, que ce parler lent, cet embarras de la parole, qui sera signalé dans toutes nos observations, n'a rien de commun avec l'embarras de la parole qui se montre dans la paralysie générale progressive.

La marche fatigue vite; il est impossible de courir et même de précipiter le pas. M. G... peut cependant aller assez loin, mais seulement au pas, et avec un sentiment de fatigue qui la prend au départ pour ne plus la quitter; elle a fait tout dernièrement de 15 à 16 kilomètres à pied.

Le moindre obstacle la fait butter. Dans les commencements de sa maladie, elle a fait, en essayant de courir, des chutes nombreuses; c'est toujours la pointe du pied qui rencontre le sol, les extenseurs ne venant pas la redresser à temps. De là quelques cicatrices à l'un des genoux et un hygroma à l'autre.

Elle portait auparavant sans difficulté un sac de blé de 50 kilogrammes, un sac de 25 kilogrammes lui est une charge aujourd'hui.

Même faiblesse, même lenteur dans les mouvements aux extrémités supérieures : ainsi, elle ne peut lancer un objet au loin. M. G... n'a plus d'agilité aux doigts; ils s'engourdissent en filant, par exemple. La température influe beaucoup sur cette agilité. Elle se dégourdit, comme elle dit, quand elle a les mains dans l'eau chaude ou qu'elle travaille au soleil. Ainsi, tout dernièrement, elle sarclait aux champs, et quand elle avait les bras exposés à l'ardeur du soleil, dont tout le monde se plaignait, elle se trouvait dans un véritable bien-être; la circulation locale augmentée s'accusait par le gonflement des veines du poignet; les doigts se dégageaient, et elle travaillait à peu près comme tout le monde.

Au contraire, quand elle est au lavoir, le refroidissement causé par l'eau ne lui permet ni d'ouvrir ni de fermer complètement la main, pas plus que de frotter rapidement son linge. L'action du froid se fait alors sentir principalement sur les extenseurs, de telle sorte que les surfaces unguéales se présentent toujours au frottement du linge et s'usent jusqu'au vif. Je ferai remarquer qu'en tout temps les extenseurs sont plus frappés que les fléchisseurs, et, comme le disait la malade, elle n'a plus littéralement la force d'écraser une puce sous l'ongle du pouce. Du reste, la paralysie ne s'étend pas à la sensibilité, qui reste intacte.

Mais, en même temps que cet affaiblissement musculaire général, il y a un état d'anasarque qui se traduit par de la bouffissure à la face, de l'œdème au bas des jambes et aux poignets; les doigts eux-mêmes sont enflés. Cet œdème est dur; le point comprimé reçoit à peine l'empreinte du doigt.

Il résulte de cette bouffissure, pour les traits de la face, un certain grossissement qui les déforme. Les paupières sont infiltrées, transparentes, plissées; la pression du doigt ne chasse pas le liquide d'infiltration; les yeux sont injectés, larmoyants; le nez est épaté, comme écrasé; les lèvres épaissies, un peu violacées. Les joues, contrairement à ce qui se voit dans les infiltrations ordinaires de la face, sont fortement colorées; la malade a du teint. Physionomie inexpressive, un peu niaise dans sa placidité; les traits n'ont guère de mobilité, comme si les muscles de la face participaient, eux aussi, à l'inertie de tout le système musculaire. Il nous est difficile d'attribuer la rigidité des traits à la seule bouffissure de la face, qui est assez modérée au moment où nous l'observons (mois d'août).

Tous les phénomènes s'accentuent pendant l'hiver. L'engourdissement des membres augmente, ainsi que l'anasarque; les paupières sont plus bouffies, les jambes et les poignets plus enflés; les yeux deviennent plus larmoyants, et le nez coule sans cesse. Engelures aux mains et aux pieds.

Il n'y a ni atrophie musculaire apparente, ni troubles cérébraux; la malade, que je connais de vieille date, n'est ni plus ni moins intelligente; elle est d'intelligence moyenne. Nulle souffrance; appétit comme à l'ordinaire. Pouls à 60, régulier, facilement dépressible. M. G... a les extrémités glacées; elle n'a jamais trop chaud, même en été. La température ambiante étant de 19 degrés, le thermomètre, placé à l'aisselle pendant quinze minutes, donne 37°,1. A un intervalle de sept ans, et par une température ambiante sensiblement la même, j'ai trouvé 37 degrés et 36°,7 (juin 1881).

Rien au cœur; urines normales, point albumineuses.

M. G... n'a été réglée qu'à l'âge de dix-huit ans. La menstruation est irrégulière, et depuis l'établissement des règles elle a été atteinte de dyspepsie à diverses reprises. Il y avait chez elle un peu de chlorose (*chlorosis fortiorum*); mais, à part l'estomac, qui se prenait de temps en temps, la santé générale n'en souffrait pas trop, lorsque, vers l'âge de vingt-quatre ans, sans cause connue, apparut la parésie avec bouffissure dont nous avons parlé plus haut.

Aucun membre de sa famille n'a rien présenté de semblable. Son père est mort de bronchite à soixante-six ans, et sa mère, qui a soixante-sept ans, n'est jamais malade. Cependant sa sœur est morte à l'asile des aliénés, et était paraplégique avant sa mort.

M. G... s'est mariée à vingt-cinq ans, un an après le début du mal : pas de grossesse jusqu'à présent.

Elle a été atteinte, à vingt-sept ans, d'une héméralopie qui céda facilement à l'huile de foie de morue. Nous ajouterons que l'héméralopie est loin d'être sans exemple en basse Bretagne.

M. G... a subi divers traitements : 1° par l'huile de foie de morue, que semblait indiquer sa constitution lymphatique; 2° par les préparations iodo-ferrées, en raison d'un fonds de chlorose; 3° par le vin de quinquina; 4° par la strychnine.

Rien n'a modifié son état, si ce n'est la strychnine, qui, une première fois, a procuré une amélioration réelle, un relèvement des forces et une diminution de la bouffissure, mais qui, par la suite, s'est montrée aussi impuissante que le reste.

Nous eûmes alors recours à l'électrisation par les courants induits : trois séances par semaine, de dix minutes chacune. Tous les muscles répondaient à l'appel et entraient franchement en contraction. Après vingt-cinq séances, amélioration notable; la malade peut marcher et même courir comme en santé; la bouffissure a bien diminué, presque disparu. Il est vrai que la galvanisation avait lieu en été, et qu'à cette époque de l'année, rien que par le bénéfice d'une bonne température, les symptômes de parésie et d'hydropisie générale s'amendent toujours.

Obligé de nous absenter, nous dûmes malheureusement suspendre le traitement électrique. A notre retour, quelques mois ensuite, elle avait déjà perdu une bonne partie de ce bon résultat; mais l'hiver était revenu.

Le traitement fut repris; un embarras gastro-intestinal fébrile, avec évacuations alvines et vomissements bilieux répétés, nous força de nouveau à le suspendre. L'affection fut de courte durée, de moins d'une semaine. Il n'en résulta pas moins un grand amaigrissement; on eût dit la malade convalescente d'une longue maladie. Plus de trace d'anasarque, et, chose assurément imprévue, en même temps qu'elle disparaissait, l'agilité des mouvements revenait : agilité dans la marche, qui est facile comme à tout le monde; agilité dans les doigts, qui s'ouvrent et se ferment avec rapidité. Plus de larmoiement : on était pourtant en plein hiver, au mois de février. Travail aux champs tous les jours et toute la journée, ce qu'on n'avait pu faire depuis des années.

Malheureusement cet état ne persista pas : avant la fin de l'hiver, la parésie avec bouffissure se montra de nouveau.

Ceci se passait en 1876. Nous avons eu depuis lors occasion de revoir bien souvent la malade, qui se résigne à son sort; son état ne s'aggrave pas d'ailleurs. Elle vaque aux travaux de la ferme. Elle a aujourd'hui trente-quatre ans, et il y a dix ans qu'elle est malade. Elle continue d'être réglée, mais n'a pas d'enfant.

Obs. III. — Marie-Anne Roudaut, fermière, âgée de quarante-quatre ans, était une grande et forte fille, haute en couleur jusqu'à l'âge de dix-sept ans, époque où elle fut réglée. Elle a reçu nos soins, à dix-sept ans, pour une chlorose dont elle s'est toujours ressentie; à vingt ans, pour une adénite cervicale qui a disparu par résolution; et enfin, à vingt-quatre ans, pour un affaiblissement du système musculaire coïncidant avec une bouffissure de la face et un œdème des extrémités (jambes et poignets).

La malade ayant aujourd'hui quarante-quatre ans, ceci remontait à 1861. C'était un des premiers cas soumis à notre observation, et, en présence de l'anasarque, nous courûmes bien vite à l'examen du cœur et des reins; mais là rien, l'explication que nous cherchions nous échappait. Ces deux organes étaient hors de cause; les urines n'étaient point albumineuses, et s'il y avait un bruit de souffle, ce n'était point au cœur, mais dans les carotides, c'était un bruit de souffle chlorotique. Il fallait chercher ailleurs.

L'aspect de la malade était fait pour nous frapper. Les paupières étaient bouffies, translucides, un peu ridées, ne s'affaissant

pas, comme l'œdème ordinaire, sous la pression du doigt; les yeux étaient légèrement chassieux, larmoyants, et ce larmoiement occasionnait un écoulement abondant par le nez. Peu de mobilité dans les traits, qui sont grossis ; nez épaté; lèvres épaisses, congestionnées.

Parler lent, tout particulier, rappelant le parler des personnes engourdies par le froid. Nous apprîmes par la suite que la parole, ordinairement lente, devient plus lente encore pendant l'hiver ; on dirait les lèvres à moitié rigides et la langue comme figée par le froid. La malade ne sait résister au froid, elle a toujours les extrémités glacées; quand on lui prend la main, c'est comme si l'on touchait du marbre. En même temps qu'il y a embarras de la langue, il y a aussi raucité de la voix, et cette raucité va en augmentant, pour peu que l'on parle.

Les doigts n'ont plus leur force, ni surtout leur agilité; les mouvements sont toujours d'une grande lenteur. On se fatigue vite à la marche : essoufflement dès qu'on hâte le pas, impossible de courir. On peut à peine faire 4 kilomètres à pied. On s'occupe cependant, toute la journée on vaque aux soins du ménage, mais à la condition de ne jamais se hâter.

Point de paralysie de la sensibilité. Les phénomènes d'anasarque et de parésie s'accentuent en hiver très notablement. Menstruation peu abondante, irrégulière. Santé généralement bonne, à cela près d'une constipation opiniâtre. Grand embonpoint, marqué surtout à la poitrine et au ventre; jambes comme des poteaux.

Cet état de santé n'a pas empêché M. R... de se marier. Elle se marie à trente et un ans, devient enceinte moins d'un an après, et accouche avant terme d'un enfant long, mais fort maigre, qui meurt à l'âge de cinq semaines. La mère pouvait à peine se mouvoir dans les derniers mois de la grossesse. Il n'y a pas eu de nouvelle conception.

Nous avons déjà dit combien notre malade est sensible au froid. Le thermomètre constate un abaissement de la température centrale : à l'aisselle, il donne 36°,4 par une température ambiante de 15 degrés, et une autre fois 36°,6 par une température ambiante de 18 degrés.

Cette sensibilité au froid la prédispose aux bronchites, aux rhumatismes. La rigueur des deux derniers hivers lui a été surtout funeste : voilà deux années de suite qu'elle est prise, en hiver, de bronchite avec fièvre, et il y a chaque fois un peu de divagation dans les idées et même des hallucinations, qui persistent un certain temps après la disparition de la fièvre. Au bout de quelques semaines, elle retrouve son état de santé habituel et son intelligence, assez bornée d'ailleurs.

M. R... est à l'âge de retour, du moins depuis quelques mois il est survenu, à l'époque des règles, des métrorrhagies qui me semblent présager la ménopause.

M. R... a été traitée par tous les fortifiants possibles, le fer, l'iode, l'huile de foie de morue, le quinquina, l'extrait de noix vomique, le tout sans profit. La galvanisation n'a pas été plus heureuse. La galvanisation par les courants induits a été continuée pendant trois mois à raison de deux séances par semaine. Du reste, tous les muscles répondaient à l'appel.

(*A suivre.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international des sciences médicales (VIIe session, Londres).

(Suite. — Voyez les numéros 32 et 33).

TRAVAUX DES SECTIONS

Section III. — Pathologie et anatomie pathologique.

Trois grands sujets ont été abordés dans cette section : *le tubercule*, son évolution, ses caractères histologiques; *les organismes microscopiques* dans leurs rapports avec les plaies et certaines maladies spécifiques; *les maladies des reins* et leurs rapports avec les troubles organiques et fonctionnels de l'appareil circulatoire.

I. — La discussion sur le tubercule a été ouverte par les exposés des travaux bien connus en France de MM. *Grancher* et *Virchow* sur la signification des produits tuberculeux, et leur évolution au point de vue de la pathologie générale. Parmi les travaux intéressants présentés sur cette question, nous signalerons, d'après les extraits officiels, ceux de M. *Treves* et de M. *Creighton*.

Pour M. *S. Treves*, le tubercule, étudié dans les ganglions lymphatiques, représente un certain degré d'une inflammation particulière : il ne mérite le nom de néoformation que dans le sens de néoformation inflammatoire. Voici quels en sont les caractères :

« L'exsudat est très riche en cellules et présente parfois certains grands corpuscules ressemblant à des noyaux (Rindfleisch) et qu'on peut regarder comme à peu près caractéristiques de ce processus. De très bonne heure, les vaisseaux disparaissent de la partie malade; puis survient une transformation dégénérative, le plus souvent caséeuse. Si le processus atteint un certain degré, des cellules géantes apparaissent et on a la formation appelée *tubercule*. Cette cellule géante n'est que de la lymphe coagulée qui remplit une certaine partie du réticulum dans lequel elle se trouve. »

— M. *Creighton* s'est attaché à établir que « la tuberculose disséminée n'a pas pour origine une source primitive d'infection dans le corps ». Les tubercules des membranes séreuses, des glandes lymphatiques, des poumons et des autres viscères doivent être considérés comme contemporains, et résultant tous également de l'évolution d'un virus introduit du dehors.

II. — Les séances du vendredi 5 août et du samedi ont été entièrement consacrées à l'exposé et à la discussion de la grande question du jour, celle de l'infection par les germes. Le professeur Lister a ouvert la discussion, qui a été soutenue par MM. Ch. Bastian, W. Roberts et Pasteur. La doctrine de l'évolution des organismes microscopiques s'est affirmée une fois de plus dans le pays même où elle a reçu l'une de ses principales applications pratiques. Parmi les mémoires communiqués à cette occasion, nous signalerons particulièrement celui du professeur *Bouchard*.

M. *Bouchard*, ayant rappelé que dans le cours d'un grand nombre de maladies infectieuses, on voit apparaître des albuminuries transitoires souvent avec néphrites bien caractérisées, admet l'existence de *néphrites infectieuses*. Il s'appuie, pour les démontrer : 1° sur la présence dans les urines du même agent infectieux que celui qui existe dans le sang et dans les humeurs pathologiques; 2° sur ce fait que l'agent infectieux se rencontre seulement dans les urines qui renferment l'albumine et les éléments figurés révélateurs de la lésion rénale; 3° sur cet autre fait que ces agents infectieux disparaissent de l'urine en même temps que l'albumine. Toutefois, l'albuminurie qu'on observe au cours d'une maladie infectieuse n'est pas forcément la conséquence d'une néphrite : il y a des albuminuries dyscrasiques. L'albumine présente dans ces deux sortes d'albuminurie des caractères physiques différents.

— Dans la même série des travaux ayant trait aux rapports des organismes microscopiques avec certaines maladies spécifiques, après la lecture du mémoire de *Klebs*, et une discussion à laquelle ont pris part MM. *J. Guérin* et *Burdon-Sanderson*, M. *Fokker* (de Gröningue) a communiqué ses recherches sur la question. Cet auteur pense qu'il n'y a qu'une espèce de schizomycètes, qui, selon le milieu et les conditions de leur développement, peuvent prendre des formes différentes et se reproduire en qualité de *micrococcus*, de *bacillus*, de *spirillum*, etc. En un mot, la forme dépend exclusivement du milieu, et les variétés qu'elle peut présenter n'ont pas de rapports nécessaires avec les formes variées des maladies infectieuses. Cette théorie a déjà été avancée par Nœgeli.

III. — La discussion sur les rapports entre les *maladies des reins, les troubles de la circulation générale et les modifications organiques du cœur et des vaisseaux sanguins*, a été ouverte par un mémoire de MM. *W. Gull* et *H. G. Sutton*, dont nous reproduisons ici le résumé (cette discussion a été ouverte en présence des sections réunies d'anatomie pathologique et de médecine) :

1° la maladie du rein peut accompagner ou déterminer des modifications circulatoires qui intéressent de façons diverses le cœur ou les vaisseaux sanguins, suivant la nature et le siège de la dégénérescence pathologique du rein.

2° La maladie rénale peut dépendre de causes qui atteignent primitivement l'appareil circulatoire.

3° Les perversions de la fonction rénale peuvent exercer une influence débilitante sur la circulation et la nutrition générales.

4° La maladie rénale peut dépendre des causes qui ont déterminé d'abord l'hypertrophie du cœur et des parois vasculaires ainsi que des obstacles à la circulation interstitielle.

5° On peut, dans un grand nombre de cas, se demander quels ont été les effets des troubles de la circulation générale sur l'affection rénale plutôt que de chercher les effets produits sur la circulation générale par la maladie du rein.

6° Beaucoup de troubles pathologiques considérés jusqu'ici comme déterminés par l'urémie peuvent être attribués à une dégénérescence des tissus des capillaires et être indépendants des perturbations de la fonction rénale.

Après une discussion, à laquelle ont pris part MM. *G. Johnson* et *Lancereaux*, ont été communiqués deux mémoires : sur l'histologie pathologique des différentes formes du mal de Bright (*Granger Stewart*, d'Edimbourg) et sur l'histologie du rein granuleux (*Saundby*, de Birmingham). Le premier de ces deux auteurs a surtout insisté sur ce fait que les différentes formes du mal de Bright se terminent par atrophie, si la durée de la maladie est suffisante. Le second décrit la prolifération de l'épithélium dans le rein granuleux et les transformations ultérieures de cet épithélium tubulaire. Les cellules jeunes qui remplissent les tubes peuvent se transformer en cellules fusiformes et en tissu fibreux ou en cellules étiolées et en tissu gélatiniforme. C'est cette dernière forme qui donne naissance aux kystes décrits par Simon.

— Indépendamment des trois grandes questions du tubercule, des microbes et du mal de Bright, la section d'anatomie pathologique s'est occupée d'un certain nombre de sujets que nous ne pouvons qu'indiquer ici en rappelant leurs titres : M. *Malherbe* (de Nantes) a communiqué ses recherches sur l'*épithéliome calcifié* des glandes sébacées, caractérisé par la présence de petits grumeaux calcaires dus à une calcification totale ou partielle des masses épithéliales. M. *Turner* (de Londres) s'est occupé de la *forme de dégénérescence fibroïde du cœur* dans laquelle le périmysium s'épaissit en même temps que s'atrophient les fibres musculaires du cœur. M. *J. Guérin* a exposé sa théorie de la *formation des monstres*, d'après laquelle la cause essentielle consiste en une affection destructive et convulsive du système nerveux. Le plus important des effets immédiats de cette cause fondamentale est la rétraction musculaire qui rend compte d'une foule de difformités, depuis le strabisme jusqu'au pied bot, des vices de conformation, etc. M. *Pierret* a développé ses recherches sur la constitution du système nerveux sensitif chez l'homme et les rapports qu'il présente avec les systèmes moteurs et vaso-moteurs. Signalons enfin les mémoires de MM. *Dreschfeld* et *Kesteven* sur différents points de l'histologie pathologique de la moelle ; de M. *Coats* (de Glascow), sur le mode d'extension du lympho-sarcome et les démonstrations du microbes faites par MM. *Rob. Koch* (de Berlin) et *Vandyke Carter*, ainsi que celles de MM. *Waldstein* (de Heidelberg), *Dreschfeld* et *Ross* (de Manchester) sur l'anatomie pathologique des diverses affections médullaires.

Section IV. — Médecine.

Les grandes discussions soulevées dans la section de médecine ont été relatives à la pathologie du système nerveux central (*localisations cérébrales, convulsions épileptiformes*, et surtout *ataxie locomotrice*) et à la *pathologie du rein*.

— M. le professeur *Brown-Séquard* a ouvert la discussion sur les localisations dans les maladies de l'encéphale et de la moelle au point de vue du diagnostic. Des différentes questions qu'il se proposait d'aborder, l'une était ainsi posée : « Y a-t-il des parties de l'encéphale et de la moelle épinière qui, étant lésées, donnent lieu à des symptômes qui ne puissent être produits par aucune autre partie de ces centres nerveux ? » On connaît l'opinion de M. Brown-Séquard sur les localisations : il résume en disant que « bien qu'il n'existe pas de symptôme qui seul possède une valeur pathognomonique absolue concernant le siège de la lésion, il y a cependant des manifestations morbides dont la coexistence établit presque indubitablement, et quelquefois même d'une manière positive, que certaines parties sont lésées ». Tous les autres points touchés par M. Brown-Séquard ne sauraient être présentés ici avec des développements suffisants ; nous avons lieu d'espérer qu'ils seront exposés dans la *Gazette* par l'auteur lui-même.

— M. *Huglings Jackson* a étudié les convulsions épileptiformes causées par une affection cérébrale. Il a passé en revue les variétés nombreuses que peuvent présenter ces affections convulsives qu'il divise en *monospasmes* (bras, face, jambe), *hémispasmes* (totalité ou partie du côté du corps opposé au siège de la lésion corticale irritative). Dans son étude des troubles consécutifs, l'auteur s'arrête aux hypothèses émises pour expliquer la paralysie qui s'observe si fréquemment à la suite des convulsions dans les parties mêmes qui viennent d'en être le siège. Il élimine l'hypothèse de la congestion asphyxique de l'extravasation sanguine, et penche vers l'interprétation de *Todd* et *A. Robertson*, c'est-à-dire, l'épuisement consécutif à l'excès passager d'activité dans les parties mises en jeu ou dans quelques-unes d'entre elles (substance corticale, capsule interne, fibres de la moelle, cornes antérieures, nerfs, muscles). Cette même explication pourrait rendre compte de l'*aphasie post-épileptiforme temporaire*.

Quant à la localisation de la lésion provocatrice, c'est généralement dans la région corticale dite motrice qu'on est autorisé à la placer d'après les autopsies.

— Les conclusions du mémoire de *F. Müller* (de Gratz) sont tout à fait conformes aux faits énoncés par Huglings Jackson : c'est ainsi que cet auteur admet que « l'épilepsie jacksonienne, quand les formes sont bien accusées, répond certainement à une lésion corticale ; en s'aidant des symptômes paralytiques (formes variées de monoplégie) qui se produisent pendant l'attaque ou lui font suite, on peut, non seulement établir le diagnostic du siège, mais encore déterminer la nature de la lésion ».

Parmi les importantes communications relatives à l'*ataxie locomotrice*, il convient de citer tout d'abord celle de *Erb* (de Leipzick) sur les rapports entre la syphilis et l'ataxie. De ses statistiques, Erb conclut à un rapport étiologique incontestable. L'auteur admet que « l'absence de la plupart et même de tous les symptômes des manifestations dites secondaires de la syphilis, n'est aucunement une preuve de la nature non syphilitique du chancre qui a précédé le tabes ». Si cette question était tranchée dans le sens de l'unité du chancre, il faudrait arriver à cette formule que « dans 90 cas sur 100, l'ataxie est causée par la syphilis ».

On doit prévoir, surtout dans le public médical français, combien les conclusions de Erb devaient soulever de protestations ; l'opposition a été surtout accentuée par MM. *Althaus*, *Gairdner* et *Lancereaux*.

La question de l'élongation des nerfs dans l'ataxie a été reprise dans la section de médecine et discutée dans deux séances, sans que rien qui ne soit connu aux lecteurs de la *Gazette* ait été dit à ce sujet.

Le rapport entre les lésions médullaires de l'ataxie et le mal perforant du pied ont été indiqués par MM. *Ball* et *Thibierge* de la façon suivante : « 1° le mal perforant du pied, chez les ataxiques, est une conséquence directe de la maladie spinale, absolument comme dans les cas d'arthropathie des ataxiques décrits par MM. Charcot et Ball; 2° la maladie locale se rattache plus spécialement à certains phénomènes de l'ataxie locomotrice, tels que les douleurs fulgurantes, la suppression du réflexe tendineux, et les autres lésions trophiques de l'ataxie ; 3° le mal perforant peut guérir, malgré les progrès incessants de la maladie de la moelle épinière. »

A ces recherches sur l'ataxie locomotrice se rattachent les expériences de *Eulenburg* (de Greifswald) sur *la représentation graphique des réflexes tendineux*. On connaît déjà le procédé à l'aide duquel plusieurs auteurs, Brissaud notamment, ont étudié ce phénomène dans les conditions normales et pathologiques : Eulenburg procède d'une manière analogue pour comparer, dans les différents cas qu'il étudie, la durée du temps qui s'écoule entre l'instant de la percussion du ligament et celui de la réaction musculaire. Il trouve que cette période (période latente) peut être notablement réduite ou augmentée dans les cas pathologiques, et que le fait même de ces variations de durée peut présenter un véritable intérêt diagnostique.

— La discussion sur le *mal de Bright* qui a été faite en partie en présence des deux sections réunies d'anatomie pathologique et de médecine (voy. *supra*) a occupé, dans la section de médecine, un temps assez considérable, les samedi et lundi 6 et 8 août. En outre de la communication de *Rosenstein* (de Leyde) sur les différentes formes anatomiques du mal de Bright, on a entendu plusieurs mémoires intéressants de *Garred* sur l'association de l'eczéma et des maladies rénales; de *Grainger Stewart*, sur les modifications de l'urine dans les différentes formes du mal de Bright, de *G. Johnson*, sur la néphrite glomérulaire, — tous travaux qui ont fait suite à une longue communication de M. *Jules Guérin* sur la fièvre typhoïde considérée comme intoxication stercorale.

— Une étude très complète et présentant un certain attrait de nouveauté a été faite par M. *Ed. Headlam Greenhow*, sur la *maladie d'Addison*. Dans les faits étudiés par l'auteur, les phénomènes essentiels de la maladie d'Addison se sont présentés tels qu'on les décrits classiquement, mais avec quelques variantes du côté des troubles nerveux. Les symptômes constitutionnels observés sont les suivants: « Dépression nerveuse extrême, mouvements du cœur faibles, pouls filiforme, faiblesse, mouvements respiratoires peu étendus, essouflement, souvent respirations convulsives, hoquet, nausées, efforts de vomissement. Température ordinairement au-dessous de la normale. Diminution apparente dans les échanges des tissus... Mort par asthésie, quelquefois subite, d'autres fois précédée d'incohérence, de délire avec soubresauts et convulsions. » Quant à la coloration bronzée de la peau et à la constance de la lésion des capsules surrénales, l'auteur ne trouve point à modifier les idées reçues; il les complète seulement en ce qui concerne la description des lésions du tissu même des capsules. Mais, M. Greenhow ne croit pas devoir admettre un rapport de cause à effet entre la lésion capsulaire et les phénomènes constitutionnels ou la coloration de la peau. Il pense que ce n'est point à la suppression fonctionnelle des capsules surrénales elles-mêmes, mais bien à la compression ou destruction des nerfs nombreux traversant ces capsules que sont dus les troubles dont il s'agit; les branches du pneumogastrique et les plexus et ganglions nerveux du voisinage seraient le point de départ de ces perturbations. « La coloration de la peau est probablement le fait d'une lésion produite par une semblable compression des nerfs du grand sympathique ; elle peut coexister avec l'intégrité des capsules surrénales, mais ces nerfs sont enfouis dans des productions adventices et comprimés par elles. Ce fait impose à l'avenir une étude attentive des nerfs, ganglions et plexus du grand sympathique dans les cas de pigmentation cutanée. »

A la suite de cette intéressante communication, M. *Woaker* expose ses vues sur le *ganglion cervical inférieur considéré comme un centre nerveux de corrélation*. Il admet que les fibres afférentes à ce ganglion constituent la portion sensitive d'un arc réflexe dont le ganglion est le centre et les fibres afférentes la partie centrifuge. « Ainsi se trouve établie une fonction excito-vasomotrice entre les éléments afférents et efférents d'un ganglion sympathique donné... Ce principe physiologique est utilisé pour expliquer certaines maladies chroniques ou subaiguës, dont les phénomènes se passent dans des régions innervées par le ganglion cervical inférieur. Au premier rang, se trouve le vertige... Un groupe analogue de symptômes qui ne comprend pas d'habitude le vertige est attribué à une parésie de ce centre... Il comprend, entre autres phénomènes, les palpitations, l'injection du tégument palmaire, le goître mou, etc.

La même séance s'est terminée par une communication intéressante de M. *Roberts* sur la *bactérurie*. L'auteur a constaté dans l'urine, au moment de l'émission, la présence d'une quantité considérable de bactéries, et l'urine offrait un commencement de décomposition. Ce serait à la prolifération de ces bactéries (*Bacterium termo*) que seraient dues certaines formes d'irritation vésicale. Cet état pathologique diffère complètement de celui dans lequel l'urine devient (probablement sous l'influence du *vibrion urique*) ammoniacale dans la vessie.

Nous trouvons à signaler encore un certain nombre de travaux communiqués dans les dernières séances de la section de médecine, notamment le mémoire de Jon. Hutchinson, sur *le rhumatisme, la goutte et le rhumatisme goutteux*. Tout en admettant une différence complète, surtout au point de vue étiologique, entre le rhumatisme et la goutte dont l'un est causé par le froid humide, l'autre par un trouble dans l'assimilation et dans l'excrétion, M. Hutchinson reconnaît que les deux affections peuvent coexister. On trouve souvent le rhumatisme sans la goutte, mais rarement la goutte sans rhumatisme ; le plus souvent, les deux maladies se confondent, et il se produit une affection hybride, la *goutte rhumatismale*.

Mentionnons d'une manière particulière, mais en nous réservant d'en soumettre plus tard la critique à nos lecteurs, un travail très consciencieux de M. d'Espine (de Genève) sur les conditions physiologiques du *bruit de galop*. Pour M. d'Espine, la pulsation ventriculaire pouvant s'opérer en deux temps, il en résulte un bruit surajouté constituant avec les deux autres le bruit de galop, dans lequel la présystole n'entre pour rien. Indépendamment de ce point spécial, M. d'Espine expose les résultats de ses recherches de cardiographie clinique sur la forme de la pulsation du cœur dans la nephrite interstitielle aiguë, dans la néphrite interstitielle chronique et dans le rétrécissement aortique.

D'autres communications faites dans la dernière séance se rapprochent de la précédente en ce qu'elles traitent des moyens physiques de diagnostic. M. *Austin Flint* (de New-York) a traité de *l'examen physique du thorax*, et M. *Douglas Powell* (de Londres) s'est occupé de la valeur *de la pectoriloquie aphone* dans le diagnostic de l'épanchement liquide dans la plèvre. Il admet que, bien que ce signe (connu sous le nom de signe de Baccelli) présente une grande valeur quand il est associé à d'autres, il n'est en aucune façon pathognomonique.

M. Lépine a indiqué une méthode pour déterminer l'activité de la sécrétion biliaire dans différents états morbides du foie. Il s'agit de fixer la quantité de soufre incomplètement oxydé dans l'urine. Cette détermination se fait de la façon suivante: pour un spécimen d'urine, on dose l'acide sulfurique à l'état de sulfate; dans un autre spécimen, on détermine l'acide sulfurique total après oxydation au moyen du nitrate (non du chlorate) de potasse. La différence entre les deux résultats exprime la quantité de soufre incomplètement oxydé. M. Lépine applique cette méthode à la recherche de l'activité de la sécrétion biliaire, soit sous l'influence de modifications toutes physiologiques, soit dans certains cas morbides (ictère aigu, ictère chronique, affections cirrhotiques du foie, colique saturnine, etc.).

La section de médecine a terminé ses travaux le mardi 9 août, à une heure de l'après-midi, après avoir entendu la communication de M. *C. T. Williams* (de Londres) *sur le traitement de la phthisie* par la résidence dans des pays de haute altitude. Ce sujet a été récemment abordé par un de nos célèbres compatriotes, et il a été rendu compte de son ouvrage dans la *Gazette:* les conclusions de M. Williams rappellent celles de M. Jaccoud, et s'appuient sur un certain nombre de considérations physiologiques qu'il sera intéressant de consulter.

FRANÇOIS-FRANCK.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

SUR LE PARASITISME DE LA TUBERCULOSE, par M. *H. Toussaint.* — Déjà en 1880 l'auteur avait tenté quelques expériences pour prouver l'existence d'un microbe propre à la tuberculose, et l'action de ce microbe sur l'organisme. Au commencement de cette année, il essaya quelques cultures avec le poumon et les ganglions pulmonaires d'une vache; cette expérience ne donna aucun résultat concluant.

Le 1er mars, une jeune truie qui avait mangé, quatre mois auparavant, en deux jours, un poumon de vache pesant 39 kilogrammes, fut tuée; elle avait une tuberculose très développée. Le poumon renfermait une quantité énorme de tubercules, tous les ganglions étaient caséeux, surtout ceux du pharynx, des bronches et de l'intestin.

M. Toussaint recueillit du sang, de la pulpe des ganglions pharyngiens, pulmonaires et intestinaux, et ensemença sept flacons contenant du bouillon de lapin légèrement alcalin. Dès le lendemain, les bouillons étaient troubles et contenaient tous un seul et même microbe; ces cultures, poussées jusqu'à la dixième, ont conservé toute leur pureté. L'activité de la multiplication dure de dix à quinze jours; puis, après ce temps, le liquide épuisé s'éclaircit, les microbes tombent au fond du vase et forment un dépôt de couleur légèrement jaunâtre. Ce dépôt, dit l'auteur, est exclusivement composé de très petites granulations isolées, géminées, réunies par groupes de trois à dix ou en petits amas irréguliers. Dans les premiers jours de la culture, on voit des flocons blanchâtres assez consistants, qui ressemblent beaucoup aux filaments des cultures de bactéridie; lorsqu'on aspire avec un tube effilé, la plus grande partie du nuage monte dans le tube ou reste suspendue à son extrémité; elle persiste plusieurs jours dans le liquide clair sans se diluer: le microbe est donc entouré à ce moment par une atmosphère de matière gluante et assez consistante. Examinés au microscope, les points agglomérés montrent des amas extrêmement riches d'un microbe qui paraît alors immobile et répandu isolément sur toute la surface de la préparation. Dans les parties liquides, on observe, au contraire, dans les granulations isolées, géminées ou réunies en plus grand nombre, des mouvements browniens très prononcés. Plus tard, la couleur blanchâtre du liquide devient uniforme et enfin les microbes tombent au fond du liquide. Leur réfringence est beaucoup plus grande à la fin qu'au début de la culture, le diamètre a diminué : il est un peu inférieur à celui du microbe du choléra des poules, et n'offre guère que 0mm,0001 à 0mm,0002 de diamètre.

« Les premières inoculations des cultures ont été faites à des lapins, dans le tissu conjonctif sous-cutané; toutes ont été infructueuses, à l'exception d'une seule qui avait été faite avec une troisième culture. Tué accidentellement par un chien, le trente-troisième jour, ce lapin montra dans le poumon quelques tubercules dont les caractères histologiques ont été constatés. Mais il n'en a pas été de même chez le chat, lorsque l'inoculation a eu lieu dans le péritoine. Ici encore les animaux sont morts d'épuisement après un mois de captivité, pendant lequel ils ont été constamment nourris avec des viandes très cuites. Le premier chat qui mourut avait des ganglions intestinaux énormes, en certains points même caséeux; mais, à ce moment, la tuberculose n'était pas encore généralisée. Après avoir raclé avec un scalpel la coupe des ganglions, l'auteur inocula la pulpe et la sérosité à l'oreille de lapins jeunes. Tous les animaux ainsi traités, au nombre de huit, sont devenus tuberculeux. Après deux mois, l'infection était devenue générale, le poumon et la rate étaient remplis de tubercules gris. Les premiers lapins tués ont servi à l'inoculation d'une seconde série de lapins qui présentent en ce moment tous les symptômes de la tuberculose. Deux lapins de la première série seront conservés jusqu'à leur mort, afin de constater la nature des lésions finales. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les formules d'échantillons de trois médicaments présentés par M. Marchais, pharmacien à La Rochelle. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

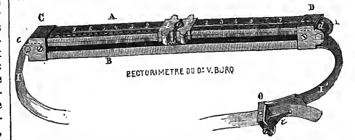
MM. les docteurs *Dartigues* (de Pujols), *Leca* (de Coggia), *Moynier* (de Paris) adressent les relevés des vaccinations et revaccinations pratiquées par eux, avec des considérations sur la variole et la vaccination. (*Commission de vaccine.*)

M. *Hervieux* dépose : 1° de la part de M. *Delamotte*, une brochure intitulée: *Revue critique de la thérapeutique du tétanos dans la médecine vétérinaire*; 2° au nom de M. le docteur *Zabé*, un ouvrage sur *la vapeur d'eau surchauffée employée comme agent thérapeutique*; 3° de la part de M. le docteur *Simonin* (de Nancy), un *Rapport sur l'assistance médicale et la vaccine dans le département de Meurthe-et-Moselle en* 1880; 4° au nom de M. le docteur *E. Vincent* (de Lyon), un mémoire imprimé sur *les plaies pénétrantes péritonéales de la vessie*; 5° de la part de M. le docteur *Wasseige* (de Liège), une brochure rendant compte d'*Essais pratiques du dernier modèle du forceps Tarnier*, et d'un anonyme, *Lettres d'un médecin praticien.*

M. *Chatin* présente un mémoire de M. le professeur *Jacquemin* (de Nancy) sur *Les nouvelles sources d'eau minérales de Soultzbach*; ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Chatin, Bourgoin et Lefort.

M. *Polaillon* offre son étude sur la *Statistique de la Maternité de Cochin de* 1873 *à* 1877.

M. *Gavarret* présente deux instruments imaginés par M. le docteur *V. Burq* et construits par M. Andriveau : le premier est un modèle perfectionné du *pulmomètre gymno-inhalateur*, reproduit dans le n° 13 de la *Gazette hebdomadaire;* le second



est un *pectorimètre* ou *thoracomètre enregistreur,* destiné à fournir un contrôle à la spirométrie.

Cet instrument est une mesure conférentielle élastique composée d'une double

courroie en cuir souple l, l', divisée en centimètres, articulée sur un frein automoteur O, à laquelle est fixée une règle rigide creuse formée de deux tubes plats A, B, séparés par un interstice; en regard de A cheminent en sens inverse deux index i, i' commandés par un curseur intérieur x, mis en tension au moyen d'une bande en caoutchouc contenue en B, d'où elle se réfléchit dans A sur un tourillon C. Les index ayant été mis sur zéro (*milieu de la règle*) par une tension convenable de l, l', pendant que la poitrine est au repos, lorsque le sujet se met à respirer, l'un, i', se porte à droite vers D dans l'inspiration, et l'autre, i, à gauche vers C dans l'expiration, et finalement l'écart entre les index donne la mesure précise dont s'est successivement agrandi et rétréci le thorax dans le sens antéro-postérieur. La règle s'applique de préférence en arrière de la poitrine, ce qui permet de surveiller la saillie des omoplates, que l'on évite en faisant porter en avant les bras écartés du tronc, et de tracer, au besoin, avec le crayon dermographique des points de repère, pour être certain d'opérer ultérieurement sur les mêmes points.

Commissions de prix pour 1881. — Ces commissions sont ainsi composées à l'élection :

Prix de l'Académie. — MM. Guyon, H. Bouley, J. Guérin, A. Guérin, Polaillon.

Prix Portal. — MM. Depaul, Tarnier, Bernutz, Bourdon, Lancereaux.

Prix Civrieux. — MM. Charcot, Briquet, Hérard, Vulpian, Hardy.

Prix Capuron. — MM. Pidoux, Oulmont, C. Paul, Guéniot, H. Blot.

Prix Barbier. — MM. Robin, Barthez, Hervieux, Fauvel, H. Gueneau de Mussy.

Prix Godard. — MM. Richet, Verneuil, Panas, L. Le Fort, G. Rochard.

Prix Desportes. — MM. N. Gueneau de Mussy, Besnier, Marrotte, Peter, Dujardin-Beaumetz.

Prix Buignet. — MM. Bouchardat, Gavarret, Caventou, Jungfleisch, J. Lefort.

Prix Daudet. — MM. Sée (Marc), Legouest, Larrey, Sappey, Duplay.

Prix Amussat. — MM. Marjolin, Trélat, Cusco, Perrin (Maurice), Devilliers.

Prix Lefèvre. — MM. Leroy de Méricourt, Empis, Dechambre, Chéreau, Parrot.

Prix Argenteuil. — MM. Gosselin, Ricord, Fournier, L. Labbé, Tillaux.

Prix Alfaro. — MM. Baillarger, Blanche, Brouardel, Lasègue, Luys.

Prix Saint-Paul. — MM. G. Sée, Roger, Woillez, Bergeron, Jaccoud.

Tétanos électrique. — On peut, par des excitations électriques fortes et répétées, provoquer chez le lapin et le chien un tétanos comparable par ses effets au tétanos pathologique. M. *Ch. Richet* établit que l'étude analytique des causes de la mort qui survient alors permet de connaître les causes de la mort dans le tétanos traumatique. En général, dit-il, les lapins meurent par asphyxie et les chiens par hyperthermie : chez les premiers, les excitations électriques fortes contracturent le thorax, empêchent l'inspiration de se faire et la respiration artificielle prévient alors la mort par l'électrisation générale; de plus, la mort par asphyxie dans le tétanos survient beaucoup plus vite que la mort par asphyxie après oblitération de la trachée, ce qui tient à l'absorption considérable d'oxygène et à la production exagérée d'acide carbonique dans le tétanos musculaire généralisé. Chez les chiens, les courants électriques employés n'étant pas assez forts pour arrêter la respiration, la mort est due à l'augmentation de la température; celle-ci s'élève, en effet, très vite de 0°,3 par minute dans quelques cas, et en moins d'une demi-heure la température mortelle peut être atteinte. Cette ascension thermique est uniquement due aux muscles et non au système nerveux, et c'est bien elle qui fait périr l'animal, car s'il est artificiellement reproduit, il peut supporter assez longtemps des courants électriques produisant même un tétanos convulsif; c'est dans le muscle lui-même que paraît résider la substance qui produit la chaleur, substance qui ne disparaît pas après une électrisation prolongée.

M. Richet a pu observer dans le tétanos électrique les températures de 44°,7, 44°,8, 44°,9 et même 45°,2; mais il pense que la température immédiatement mortelle est environ 44°,5 et que c'est aux abords de 43°,5 que se trouve la limite de température qui détermine la mort plus ou moins prompte. Ayant enfin remarqué que ce n'est pas l'électrisation, mais l'hyperthermie qui accélère la respiration, il en conclut qu'on peut espérer, en remédiant, soit à l'asphyxie, soit à l'hyperthermie, arriver à empêcher les conséquences mortelles du tétanos. — Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Gavarret, Parrot et Vulpian.

Inoculation du tubercule sur le singe. — M. *Krishaber*, au nom de M. *Dieulafoy* et au sien, donne lecture d'une note sur l'inoculation du tubercule sur le singe. Après avoir rappelé les premières expériences de M. Villemin sur l'inoculation des tubercules, et les critiques dont elles avaient été l'objet, ils montrent que les apparentes contradictions dans les résultats obtenus tiennent à cette circonstance que les expérimentateurs ne se sont pas tous placés sur le même terrain, plusieurs d'entre eux ayant jugé la question au point de vue purement anatomique du tubercule et ayant pris pour critérium l'examen microscopique du produit de l'inoculation, tandis que d'autres expérimentateurs, notamment M. H. Martin, estimant que l'élément anatomique du tubercule n'est pas encore défini, avaient apprécié les résultats de leurs recherches d'après les phénomènes morbides provoqués par l'inoculation. Afin d'écarter autant que possible les causes d'erreur, MM. Dieulafoy et Krishaber ont expérimenté sur les animaux qui se rapprochent le plus de l'homme et qui, comme lui, sont atteints de tuberculose spontanée. Toutefois, les renseignements qu'ils ont pu recueillir auprès des directeurs des principaux jardins zoologiques de l'Europe et des particuliers propriétaires de singeries leur ont permis de s'assurer que la croyance populaire selon laquelle dans nos contrées tous les singes meurent phthisiques n'est pas exacte. La proportion de ces derniers serait même assez peu considérable et varierait du reste avec la dose de bien-être qu'on leur procure.

MM. Dieulafoy et Krishaber font ensuite connaître l'installation de leur propre singerie et les conditions dans lesquelles ils avaient placé leurs sujets en expérience, le régime alimentaire auquel ils étaient soumis et les soins qu'ils avaient reçus. Leurs expériences ont porté sur 40 singes dont 16 ont été inoculés et 24 ont été conservés pour servir de terme de comparaison. Les 16 singes inoculés ont été répartis en quatre groupes. Sur les trois constituant le premier groupe, le premier est mort avec des ganglions caséeux, les deux autres ont survécu, et l'un d'eux a résisté à deux autres inoculations. Les treize autres singes renfermés dans les trois autres groupes, à l'exception de deux, morts accidentellement immédiatement après l'inoculation, ont tous succombé à la tuberculose dans un laps de temps qui varie de 34 à 218 jours. Les inoculations ont été faites dans chaque groupe avec des produits tuberculeux différents (granulations grises), parenchyme pulmonaire infiltré de tubercules gris, foyers caséeux. Les résultats les plus rapides ont été obtenus à l'aide des granulations grises. Sur quatre animaux inoculés en même temps, trois sont morts le même jour. Le même phénomène s'est produit pour deux autres singes du deuxième groupe. En résumé, sur 16 singes inoculés, dont 2 ne peuvent entrer en ligne de compte, puisqu'ils sont morts accidentellement, 12 sont morts tuberculeux, ce qui constitue une proportion de 86 pour 100. Tandis que sur les 24 singes non inoculés, 5 seulement sont morts spontanément tuberculeux, ce qui constitue une proportion de 21 pour 100. De ces expériences ils se croient autorisés à conclure que :

1° Le tubercule de l'homme inoculé aux singes a fait mourir les animaux sur lesquels ils ont expérimenté, environ neuf fois sur dix, avec des lésions analogues à celles de l'espèce humaine.

2° Le degré de nocuité des inoculations a été variable selon la matière qui a servi à l'expérience, c'est la granulation tuberculeuse qui a paru le plus rapidement transmissible, tandis que le parenchyme pulmonaire a été moins infectant.

3° Il s'est trouvé deux individus réfractaires à l'inoculation, qui sur l'un d'eux a été plusieurs fois répétée.

4° Le tubercule inoculé a tué quatre fois plus de singes que la tuberculose spontanée. — Dans une seconde communication, MM. Dieulafoy et Krishaber se proposent de faire connaître à l'Académie le résultat des inoculations sur le singe avec des matières non tuberculeuses. — Cette note est renvoyée à la commission autrefois nommée pour examiner les communications de M. Metzquer sur l'inoculation de la tuberculose, commission composée de MM. Villemin, Hérard, Colin (d'Alfort), Roger, Peter, Empis et Jules Guérin, rapporteur.

Vaccination animale. — Une discussion très vive s'élève entre MM. *Hervieux* et *Jules Guérin* à propos de l'interprétation des termes d'une conversation que ce dernier déclarait avoir eue récemment avec M. le docteur Warlomont (de Bruxelles), et dans laquelle il avait été question de la vaccination animale. Ce pénible débat n'a rien eu de scientifique; il a seulement montré que M. Warlomont n'a pas cessé d'être « un partisan déterminé de la vaccination par les génisses », ainsi qu'il l'écrit à M. Hervieux.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par M. J. C. Félix Guyon. In-8 de 998 pages. — Paris, 1881. J. B. Baillière et fils.

Il y a longtemps que nous désirions cette publication, où des préceptes déjà devenus classiques, grâce aux publications monographiques des élèves de M. Guyon, devaient être présentés dans leur ensemble et sous la forme originale que permet la rédaction de leçons cliniques. Notre attente n'a pas été trompée, et le professeur a pu dire avec raison que ce qu'il entreprenait n'avait pas encore été tenté; en effet, nous ne possédions pas en France d'exposé sémiologique et thérapeutique aussi complet que celui-ci pour son sujet particulier.

M. Guyon a voulu nous faire profiter d'une expérience clinique qui a été depuis bien des années appréciée par ceux qui suivaient l'enseignement spécial fait à l'hôpital Necker, et de prime abord il est intéressant de constater le résultat général de la spécialisation d'un service d'hôpital qui, créé en quelqusorte pour le spécialiste Civiale, a trouvé dans un profeseur de la Faculté non seulement un continuateur, mais aussi un opérateur émérite, et par dessus tout, un clinicien profondément attentif.

Son livre est un exemple des plus remarquables que nous puissions invoquer en faveur de la spécialisation clinique ou pratique, lorsque celle-ci ne se produit qu'à la suite d'études de médecine ou de chirurgie aussi approfondies que l'exige la préparation des concours de la Faculté ou des hôpitaux. Et, en effet, les leçons de M. Guyon appartiennent à la fois à la pathologie générale sous plus d'un rapport, comme, par exemple, lorsqu'il fait l'histoire de l'intoxication urineuse, l'étude sémiologique des modifications fonctionnelles, ou des signes physiques; elles tiennent aussi bien à la thérapeutique la plus spéciale; or, c'est la clinique qui sert de lien entre ces questions d'ordre si varié; en d'autres termes, c'est le praticien appuyé sur la science, qui transmet les préceptes de son expérience sur les questions les plus importantes de la pathologie urinaire.

C'est en prenant la sémiotique comme base de ses leçons que M. Guyon passe en revue les difficultés de diagnostic, de pronostic et d'intervention chirurgicale; et l'étude approfondie des lésions est le résultat d'une enquête médico-chirurgicale qui comporte, non seulement l'étude des signes physiques, mais aussi celle non moins importante des signes fonctionnels. De plus, si le diagnostic mène directement à l'intervention, il peut lui-même réclamer l'exploration, c'est-à-dire un acte chirurgical qui peut, alors même qu'il conduirait à l'abstention, devenir la cause d'accidents et provoquer cet empoisonnement urineux, avec son cortège toujours terrifiant, sinon constamment redoutable.

C'est donc une étude de pathologie générale réduite, ou appliquée au groupe spécial des maladies des voies urinaires, qui est constituée par l'ensemble de ces leçons. La division en quatre parties est des plus naturelles et se résume en quatre titres : 1° troubles de la miction; 2° modifications des urines dans les maladies des voies urinaires; 3° étude de l'empoisonnement urineux; 4° signes physiques et exploration dans chacune de ces parties. En dehors de la forme originale, quelquefois pittoresque de l'enseignement, nous signalerons des préceptes sur l'importance desquels il y a lieu d'appeler l'attention, d'autant plus qu'ils sont la caractéristique de la pratique personnelle de M. Guyon. Nous passerons plus rapidement sur un certain nombre de sujets, sans oublier, comme le dit le professeur, que, si dans presque tous les cas il y a un symptôme dominant qui fixe l'attention, ce n'est que par la connaissance des moindres détails qu'on peut diriger le diagnostic avec la précision que nous ont assurée les progrès de la chirurgie urinaire.

L'étude des symptômes fonctionnels est au moins aussi utile aux médecins qui sont le plus disposés à s'en remettre à des confrères plus spécialement habiles dans des explorations complémentaires du diagnostic qu'à ceux qui pratiquent la chirurgie ou même la petite chirurgie; et c'est avec grande raison que le professeur consacre à cette étude plus de la moitié de ses leçons.

Ces signes fonctionnels comportant d'abord les commémoratifs, et bien entendu la blennorrhagie au premier rang, peuvent être ramenés à un petit nombre de symptômes principaux : les troubles de la miction, la rétention d'urine, l'incontinence d'urine.

« Ce qui domine habituellement la scène pour le sujet, dit l'auteur, ce qui doit dominer aussi l'interrogatoire, ce sont les modifications de la miction. Comment se fait la miction? tel est le premier renseignement qu'il faut se faire donner par le malade... Lorsqu'elle se modifie, la miction peut devenir fréquente, difficile, douloureuse, involontaire, impossible. L'étude attentive de la physiologie pathologique de ces points principaux devra donc nous préoccuper avant tout. »

Dans cet examen, les moindres détails sont importants, et les exemples sont facilement trouvés. C'est ainsi que la fréquence de la miction pendant la nuit, l'influence des mouvements, du repos, des divers modes de locomotion, tels que le chemin de fer, la voiture ou l'omnibus, donnent une première esquisse du tableau symptomatique, ainsi qu'on en jugera par les extraits suivants :

« Si vous êtes consultés par un homme ayant dépassé la cinquantaine, se plaignant d'uriner fréquemment la nuit, tandis que ses journées sont bonnes et d'autant meilleures qu'il reste moins stationnaire; si, en un mot, le repos favorise la répétition des besoins d'uriner, tandis que la veille, la promenade les atténuent ou les font cesser, vous avez tout lieu de croire à une hypertrophie de la prostate. Si la fréquence ne s'associe pas à quelque autre trouble de la miction et constitue le symptôme dominant, l'examen d'ensemble du malade vous donnera la preuve que les indications fournies par l'étude comparée de la miction du jour et de la nuit vous avaient permis de faire un diagnostic exact... »

« Dans d'autres cas, le contraste est frappant, la position debout, la marche, éveillent des besoins impérieux et répétés, bien plus marqués encore si le malade veut courir, ou même simplement hâter le pas; mais qu'il s'asseye, et le calme

commence; qu'il se couche, et c'est à peine s'il prendra l'urinoir toutes les trois ou quatre heures. Or, vous le savez, messieurs, ce malade est un calculeux... »

Nous ne voudrions pas multiplier nos citations sur l'importance de l'étude du jet d'urine, de la douleur; mais on nous en permettra encore une, qui montre quelle peut être l'importance des moindres détails de séméiologie; il s'agit des signes douloureux perçus dans les divers modes de locomotion. « La voiture à deux ou quatre roues, alors même qu'elle est construite dans les meilleures conditions, est toujours fort mal supportée par les calculeux. La douleur se produit dès les premiers ébranlements, et, pour peu que le pavé soit mauvais, ce mode de transport devient intolérable. A ce point de vue, la voiture peut être utilisée comme moyen de diagnostic, car il est bien peu de calculeux qui n'en souffrent pas. Il n'en est plus de même du chemin de fer, qui souvent est facilement supporté. Ce mode de locomotion offre cependant bien plus d'inconvénients que l'omnibus. Chose véritablement imprévue, l'effet de ce véhicule est souvent absolument nul au point de vue de la production de la douleur. Tel calculeux qui ne peut se promener dans l'équipage le mieux suspendu, circule en omnibus, et s'il lui arrive de voyager sur l'impériale, il s'y trouve encore plus complètement à l'aise que dans l'intérieur de la voiture, etc. »

La rétention d'urine et l'incontinence sont depuis longtemps des symptômes étudiés avec grand soin par les médecins et par les spécialistes; mais ici encore M. Guyon sait être original, en insistant sur cette forme si insidieuse de la *rétention chronique incomplète avec distension*. Cette forme se présente chez les *prostatiques;* elle peut être méconnue, car elle peut s'accompagner de polyurie et de fréquence de la miction; elle offre un pronostic d'une gravité exceptionnelle; nous avons eu nous-même l'occasion d'en observer un exemple, et nous avons été vivement impressionné de la marche si rapidement fatale de l'affection qui est la cause de ce symptôme. C'est la distension de ce réservoir et de l'appareil urinaire qui est le trait principal de cette affection, et ce n'est qu'un examen approfondi qui permet le diagnostic; en effet, le palper abdominal et le toucher rectal démontrent facilement la distension de la vessie; la condition nécessaire est que le médecin pense à faire cet examen. On a si souvent dit que l'incontinence peut être due à une rétention, qu'il est utile de montrer davantage, c'est-à-dire que la rétention peut être chronique, incomplète, et qu'il faut veiller au développement, à la distension vésicale, dans les troubles chroniques incomplets comme dans les troubles aigus. Et, en effet, dans cet état particulier, ce sont les fonctions digestives qui souffrent, et ce sont ces maladies qui fournissent les types de ces dyspepsies liées à des troubles de la fonction urinaire, et qui malheureusement restent quelquefois longtemps méconnues quant à leur cause. C'est à propos de la rétention que le professeur donne, sur l'emploi du cathétérisme évacuateur, sur l'usage de la sonde à demeure, et sur les divers modes d'exploration, des conseils très pratiques et très précis.

Nous n'insisterons pas sur les chapitres consacrés aux modifications de l'urine; il nous suffit de dire qu'ils sont parfaitement au courant de l'état de la science, et nous signalons plus particulièrement l'étude des dépôts de l'urine, où l'auteur fait bonne justice des anciennes expressions de *mucus* et *muco-pus*.

Nous arrivons à l'un des sujets qui offrent la plus haute importance en pathologie urinaire, c'est-à-dire l'empoisonnement urineux, titre sous lequel M. Guyon réunit les diverses formes de fièvre urineuse. La classification est surtout clinique; en effet, il décrit, d'une part, une forme aiguë présentant un premier type à accès franc et intense, à évolution rapide, généralement unique; un second type à accès prolongés ou répétés, souvent intenses, avec ou sans rémissions; d'autre part, une forme chronique ou lente, avec fièvre continue plus ou moins marquée, à durée indéterminée, avec ou sans accès intercurrents. C'est au moyen de l'étude des conditions dans lesquelles se produisent les diverses formes d'empoisonnement urineux que M. Guyon examine et discute les diverses théories de l'intoxication urineuse, et arrive à des conclusions qui demandent à être reproduites :

« Pour nous, dit-il, nous n'hésitons plus; depuis longtemps déjà nous avons acquis la conviction que la fièvre urineuse ne saurait être interprétée dans ses diverses manifestations si l'on repoussait de parti pris la théorie de l'absorption directe de l'urine toute formée à travers une plaie ou une muqueuse dépouillée de son épithélium, ou la théorie non moins exacte de la rétention des matériaux de l'urine dans le sang sous l'influence des lésions rénales. En concluant ainsi, nous n'entendons pas faire de l'éclectisme, notre conviction n'a rien de philosophique, elle est entièrement et purement clinique. » Ajoutons que M. Guyon reconnaît lui-même qu'il y a encore plus d'un point à élucider dans les symptômes complexes de l'empoisonnement urineux : telle est la production des accidents nerveux sur lesquels la théorie nerveuse appelle l'attention, et la cause et la marche de la fièvre dans l'accès unique sans lésion de l'urèthre; enfin la question de la fermentation et de l'alcalinité de l'urine, que les travaux de Pasteur n'ont pu encore mettre en dehors de controverses vivement soutenues de part et d'autre. Envisagée ainsi au point de vue clinique, l'histoire de l'empoisonnement urineux ne forme pas une théorie complète dans le sens propre de ce mot, mais elle renferme un classement suffisamment méthodique pour qu'on en puisse tirer les conclusions de thérapeutique et de pronostic que réclame la clinique, et aussi pour qu'on puisse approfondir l'étude des conditions variées de ces symptômes si complexes.

Il nous reste à analyser la quatrième partie, qui traite des signes physiques, c'est-à-dire de l'examen direct par le palper, le toucher, la percussion, et enfin le cathétérisme employé comme moyen explorateur de l'urèthre et de la vessie ou comme moyen thérapeutique. C'est, pour ainsi dire, chapitre par chapitre que nous pourrions retrouver des indications minutieusement étudiées, et décrites avec la même précision que celle que M. Guyon apporte dans ses explorations ou ses opérations; on retrouve dans ses leçons toutes ses qualités personnelles, et personne ne sera étonné de lire ses descriptions méticuleuses, avec raison, des soins à donner au malade, soit dans sa position, soit dans la préparation aux manœuvres exploratrices; il faut lire les conseils sur le toucher rectal, sur la palpation abdominale antérieure et postérieure, pour comprendre combien est nécessaire cette sorte d'entraînement ou plutôt d'éducation qui donne à la main du chirurgien autant de douceur que de précision, et développe à un degré si élevé la perfection du toucher, qui doit en toutes circonstances être « la sauvegarde des malades ». Ces descriptions ne s'analysent pas, elles doivent être méditées avec attention. Cependant nous ne saurions terminer cette revue bibliographique sans signaler les leçons consacrées aux considérations anatomiques et physiologiques sur l'urèthre de l'homme.

L'anatomie et la physiologie doivent, en quelque sorte, dominer les manœuvres du cathétérisme; il est indispensable de « procéder anatomiquement lorsqu'un instrument parcourt l'urèthre ». Cependant il faut choisir parmi les notions anatomiques, et le professeur nous met en garde contre des mensurations qui n'ont de précis que l'évaluation numérique. Il est d'autres conditions anatomiques, telles que la connaissance des régions, de la texture de ces régions, et du rôle de l'appareil musculaire annexé, et de la possibilité d'extension plus ou moins grande; toutes ces particularités ont la plus grande importance; c'est ce que M. Guyon appelle de l'anatomie et de la physiologie cliniques, et il en démontre sans peine les applications. En effet, le calibre normal des diverses parties de l'urèthre peut être mesuré avec soin, comme l'a fait M. Sappey; mais ces mesures ne sont qu'ap-

proximatives, parce qu'il s'agit, non d'un canal à parois homogènes et également résistantes, mais de tissus complexes dont l'élasticité peut être plus ou moins facilement mise en jeu. C'est surtout cette élasticité qu'il importe de connaître, et M. Guyon a cherché à résoudre ce problème. En tenant compte des mesures données par M. Sappey, par M. Otis et par d'autres, on voit que la moyenne de la circonférence de l'urèthre varie de 15 à 18 millimètres pour Sappey, de 28 à 40 millimètres suivant Otis, de sorte que, suivant celui-ci, on peut introduire une sonde de 9 à 12 millimètres de diamètre; tandis que, suivant M. Sappey, c'est une sonde de 5 millimètres qu'on peut introduire sans utiliser la dilatabilité de l'urèthre.

M. Guyon admet qu'une sonde métallique de 7 et 8 millimètres peut pénétrer facilement avec une pression insignifiante; mais ordinairement, c'est avec des sondes de 5 à 6 millimètres qu'on n'obtient que la sensation de contact. Voilà ce que la clinique démontrait, mais les expériences faites par M. Guyon et M. Campenon permettent de fixer plus complètement la dilatabilité de l'urèthre. Leurs conclusions peuvent se résumer en ces deux formules : 1° Le plus grand nombre des urèthres pathologiques peut être élargi au-dessus de 7 millimètres, et amené sans trop de difficulté ni de temps à 8 millimètres; au-dessus de ce chiffre, il devient, dans la majorité des cas, difficile d'avancer sans inconvénient ou sans danger; 2° L'urèthre normal, lorsqu'on le rencontre, offre une dilatabilité supérieure; il peut assez aisément être conduit à 9 millimètres, et on peut même arriver à près de 10 millimètres.

Telles sont les mensurations qu'on ne saurait perdre de vue dans toutes les opérations sur l'urèthre; il faut, en outre, y ajouter des notions de topographie, qui, en clinique, ne sont pas envisagées d'une manière aussi rigoureuse qu'en anatomie descriptive. C'est ainsi que M. Guyon insiste avec raison sur les avantages qu'il y a à diviser l'urèthre en deux régions, l'urèthre antérieur et l'urèthre profond; il y a au point de vue physiologique et anatomique, comme au point de vue clinique, une différence complète dans la structure, le rôle et les affections de *ces deux urèthres :* le premier s'étend du méat au pubis, le second du pubis au col de la vessie, et ce dernier est caractérisé par la présence du sphincter membraneux, qui complète l'appareil sphinctérien de la vessie en ce sens que c'est lui qui sert d'antagoniste à la contraction vésicale, et veille, alors que nous dormons, pour tempérer les contractions de la vessie, et s'opposer, comme le dit M. Guyon, « aux sommations trop matinales de la vessie ».

Nous devons terminer cette analyse; ainsi que le lecteur d'un bon livre, nous avons cité à nos amis les passages qui nous ont laissé des souvenirs, nous leur en avons fait lire des extraits, et après avoir cherché à leur communiquer notre impression, nous ne pouvons mieux faire que de leur recommander la lecture et l'étude.

Albert Hénocque.

VARIÉTÉS

LA PESTE

Nous recevons d'un de nos correspondants les renseignements qui suivent sur la dernière épidémie dont nous avons, à plusieurs reprises, rendu compte :

Le dernier décès de peste a eu lieu à Djaara, le 27 juin (c'est donc par erreur que Djaara avait été donné comme ayant vu cesser la maladie vers la fin de mai). Depuis le 27 juin, on n'a plus observé un seul cas nouveau de perte dans l'Irak-Arabi. Il faut ajouter que les mesures prises ont été sérieuses. Dans la première quinzaine de juillet, on a brûlé plus de 200 huttes où il y avait eu des cas de peste. La ville de Nedjeff a été blanchie, purifiée, désinfectée de toutes les manières possibles. Si l'on a levé les cordons isolant les villes *indemnes* de toute peste dans cette épidémie et qui en étaient protégées (Kerbella, Samowa, Divanich, Hillé, Hindié, etc.), par contre on a formé tout autour de l'ensemble des localités ayant eu la peste un cordon militaire infranchissable, ayant surtout pour but de couper les communications entre les lieux suspects et le désert arabique. Ceci a été décidé pour intercepter toute relation entre les villes saintes du Nedjaj (Médine et La Mecque) à l'occasion du prochain pèlerinage. La route des caravanes de Nedjeff à Médine à travers l'Arabie est spécialement surveillée par deux ou trois compagnies de piétons et de cavaliers. De plus, une deuxième ligne excentrique comprend les postes sanitaires et les lazarets de Kerbella, etc., et les postes de la rive gauche de l'Euphrate, Samowa, etc. La quarantaine attend là les individus sortant des localités situées même en dehors des populations malades.

Les quarantaines dites extérieures ou de précautions (à Bassorah, Tékrit, Salahié au sud de Bagdad, à Damas, à Alep) ont été d'abord réduites à huit jours au lieu de quinze, puis levées définitivement dans les premiers jours d'août. De même, le conseil sanitaire d'Egypte (Alexandrie) a d'abord rendu la libre pratique aux provenances de la Syrie, puis à celles de la mer Rouge et, enfin, tout récemment, à celles du golfe Persique. Les personnes venant de la Mésopotamie, par n'importe quelle voie, entrent librement en Egypte. Mais les marchandises dites susceptibles (laines, chiffons, etc.), sont absolument repoussées.

Telle est la situation à la date du 15 août.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un concours vient d'avoir lieu à l'hôpital Saint-André, pour la nomination d'un médecin des hôpitaux. Deux agrégés de la Faculté, récemment nommés au concours, ont pris part à cette lutte, qui s'est terminée par le succès de M. le docteur Arnozan. Le jury a vivement félicité M. Rondot des qualités sérieuses qu'il a montrées dans toutes les épreuves, et qui fait regretter qu'une seule place ait été vacante.

Thérapeutique médicale. — Le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours préparatoires au 1er examen du doctorat (nouveau régime) et aux 3e et 4e examens (ancien régime) le lundi 12 septembre, à une heure, boulevard Saint-Germain, 63. Les cours seront terminés dans la première quinzaine de novembre.

Mortalité a Paris (33e semaine, du vendredi 12 au jeudi 18 août 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1024, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 50. — Variole, 14. — Rougeole, 10. — Scarlatine 14. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 44. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 34. — Phthisie pulmonaire, 157. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchite aiguë, 17. — Pneumonie, 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 112; au sein et mixte, 74; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 69; de l'appareil circulatoire, 57; de l'appareil respiratoire, 61; de l'appareil digestif, 39; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 8; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 21. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 33e semaine. — Pendant la semaine qui vient de s'écouler, le nombre des décès est descendu à 1024. C'est une diminution de 114 décès sur le chiffre de la 32e semaine, mais il faut reconnaître que les affections épidémiques, dans leur ensemble, n'ont pas contribué à cet abaissement de la mortalité générale. Si on a compté moins de décès varioliques et rubéoliques, par contre le nombre des décès par Fièvre typhoïde, par Scarlatine et par Diphthérie a sensiblement augmenté.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 1er septembre 1881.

Académie de médecine : RÉFUTATION DU MÉMOIRE DE M. DELTHIL SUR L'ACTION TOXIQUE DES SELS DE CUIVRE EN CONTACT AVEC L'ALUN. — TRAITEMENT DE LA VARIOLE.

Sur l'action toxique des sels de cuivre en contact avec l'alun. — Traitement de la variole.

Nous avions bien prévu que les conclusions du mémoire présenté il y a quinze jours par M. le docteur Delthil seraient contredites, avant même que la commission académique chargée d'en apprécier la portée ait pu être réunie. Voici, en effet, que M. le docteur Galippe qui, on le sait, nie formellement et depuis longtemps l'action toxique du cuivre et de ses composés, vient de réfuter points par points le travail de notre confrère de Nogent. M. Delthil avait déclaré que la crème des gâteaux dits Saint-Honoré était faite avec des blancs d'œufs battus sans eau dans une bassine de cuivre, que tous les pâtissiers y ajoutaient de l'alun et qu'ils provoquaient ainsi la formation de sulfate de cuivre, « l'un des agents émétiques les plus énergiques ». M. Galippe conteste tout à la fois la valeur des expériences faites par M. Delthil et les conclusions qu'il en déduit. Il n'a pas de peine à démontrer que les chiffres cités par M. Delthil sont absolument inadmissibles (1 gramme d'alun pour 2 blancs d'œufs), que le sulfate de cuivre ammoniacal est très reconnaissable par sa saveur lorsqu'on l'ingère à des doses bien inférieures à celles qui peuvent être considérées comme toxiques, enfin que les accidents observés par M. Delthil ne confirment nullement l'idée d'un empoisonnement par de très faibles doses d'un composé minéral ; que par conséquent on ne peut admettre que le cuivre retrouvé dans les analyses faites par M. Bidet ait été la cause de ces accidents. La note lue par M. Galippe est très précise ; elle s'appuie sur des expériences sérieusement faites, et nous doutons que M. Delthil puisse maintenir le bien fondé de ses interprétations.

La médication recommandée par M. Du Castel pour combattre la variole lui a donné des résultats si encourageants qu'elle mérite d'être signalée. Sans doute, elle n'est point nouvelle dans toutes ses parties. Depuis Sydenham on connaît les effets de l'opium administré à hautes doses pour combattre les accidents nerveux des pyrexies graves, et l'on sait aussi que, dans la plupart des hôpitaux d'Allemagne, on associe les injections sous-cutanées d'éther à la médication interne dans le traitement du typhus et de la variole. Mais si, dans certains cas, on a signalé, soit après l'administration de potions éthérées et opiacées, soit à la suite de piqûres d'éther, un amendement des symptômes de la maladie, jamais, nous le croyons du moins, on n'avait vu, comme le dit M. Du Castel, une variole grave à ses débuts avorter, pour ainsi dire, et guérir avant la période de suppuration dans le plus grand nombre des cas. Il faut donc souhaiter que cette médication, d'ailleurs inoffensive, si les piqûres d'éther sont faites avec soin et si le médicament lui-même a été bien choisi, soit recommandée à tous les médecins d'hôpital. Il faudra opérer comme l'a fait M. Du Castel, car c'est par le procédé opératoire qu'il se distingue de ses devanciers, pour voir si la méthode thérapeutique qu'il préconise réussit dans toutes les épidémies. Mais, quoi qu'il en soit pour l'avenir, on ne saurait trop féliciter notre confrère des résultats qu'il a obtenus dans l'épidémie qu'il a observée.

HISTOIRE ET CRITIQUE

Pessaires à antéversion.

S'il était possible d'écrire l'histoire du pessaire, il est probable qu'on verrait ce moyen thérapeutique subir d'époque en époque les mêmes fluctuations : être vanté par les uns, condamné par les autres comme détestable ou dangereux ; jouir pendant un temps d'une grande vogue, et plus tard tomber dans l'oubli.

Le plus souvent, c'est en désespoir de cause que, ce mode de traitement étant presque oublié, quelques médecins, parfois même des malades abandonnées s'en sont servi. Dans quelques cas, le soulagement a été si marqué et si immédiat, que l'usage s'en est vite généralisé, puis à l'usage a succédé

'abus. Les formes du pessaire étaient alors lourdes et défectueuses, les malades négligeaient des soins indispensables, les accidents ne tardaient pas à être signalés. De là, une réaction et le discrédit dans lequel il tombait. Puis des médecins plus hardis ou comme honteux de leur impuissance s'en servaient de nouveau et ainsi de suite indéfiniment.

Est-ce à dire que, tout bien pesé, les inconvénients et les avantages se balançant, il serait sage de laisser ce moyen tomber définitivement dans l'oubli? On sait que la question souvent posée ainsi a été résolue dans ce sens par des médecins et par des gynécologistes distingués. Je la crois passible d'une autre solution. Et tant que nous n'aurons pas la preuve que d'autres agents peuvent redresser l'utérus, le pessaire restera comme un moyen indispensable. S'il est si souvent tombé en discrédit, c'est que les formes employées étaient alors défectueuses. Depuis que Hodge et Meiggs ont introduit dans la pratique l'*anneau américain*, on peut dire que c'est là une question jugée et que la forme du pessaire à rétroversion est définitivement acquise.

L'anneau américain, qu'on lui donne la forme d'un rectangle ou d'un triangle à angles arrondis, légèrement recourbé en *S* italique, est parfaitement approprié au traitement de la rétroversion.

Le point d'appui qu'il prend sur le pubis par son segment inférieur, sans exercer de pression fâcheuse, peut transmettre à son segment supérieur une force capable de maintenir l'utérus redressé au niveau de l'isthme à travers le cul-de-sac postérieur. Le redressement, bien qu'il ne soit pas complet, suffit le plus souvent.

L'utérus, étayé et ramené presque dans l'axe du détroit, continue à suivre les mouvements d'inspiration et d'expiration communiqués par la masse intestinale. L'utérus (et c'est là un point capital) conserve en grande partie sa mobilité.

L'anneau de Hodge peut être conservé sans danger pendant la menstruation; il n'apporte aucune gêne au coït; grâce à lui l'orifice cervical extérieur est suffisamment ramené dans l'axe pour qu'il n'y ait de ce fait aucun obstacle à la fécondation. Il est en général bien supporté, et présente cet avantage, qu'à la moindre douleur, à la moindre gêne, la patiente elle-même peut l'enlever sans grande difficulté.

La question semble donc résolue, et il est probable que l'anneau américain restera définitivement le pessaire de la rétroversion.

Lorsqu'il s'agit de l'antéversion, on est un peu plus embarrassé, non pas que les pessaires à antéversion fassent défaut, il y en a beaucoup; mais on ne sait trop quel choix faire au milieu de ces formes lourdes ou bizarres.

C'est qu'en effet, le point d'appui à la face postérieure du pubis restant le même, il faudrait que le segment supérieur de l'anneau-levier soulevât l'utérus à travers le cul-de-sac antérieur au niveau de l'isthme. Or, il est impossible qu'un anneau de la forme de celui de Hodge puisse rester fixé dans cette position presque verticale. Il a donc fallu, pour vaincre cette difficulté, imaginer d'autres formes: de là cette quantité de pessaires lourds ou compliqués, difficiles à placer, à retirer ou à entretenir, et le plus souvent mal supportés.

De guerre lasse, beaucoup de médecins et de gynécologistes ont tourné la difficulté en renonçant au pessaire à antéversion, et en se servant dans tous les cas de l'anneau américain; en fait, la difficulté de trouver un bon pessaire à antéversion, le soulagement apporté dans l'antéversion par l'anneau américain dans près de moitié des cas, justifie cette pratique. Il est d'ailleurs facile de se rendre compte du mode d'action de l'anneau américain dans certains cas d'antéversion.

L'antéversion peut exister sans le plus léger degré d'abaissement. Le déplacement consiste alors en un mouvement de bascule qui a amené le fond de l'utérus vers le pubis et porté le col en arrière. Le plus souvent l'antéversion s'accompagne d'un certain degré d'abaissement.

Dans ce cas si on pratique le toucher, la malade étant debout, on sent l'utérus céder et se porter en haut, et, si le doigt continue à servir de soutien à l'utérus pendant quelques secondes, presque toujours la patiente accusera un soulagement marqué: c'est dans ce cas que, en étayant l'utérus par quelque moyen que ce soit, fût-ce même par un simple tampon d'ouate ou de charpie, on fait cesser ou tout au moins on diminue les sensations de tiraillements et de pesanteur, et, lorsqu'ils existent, les troubles de la miction et de la locomotion. Il est évident que, dans le cas d'antéversion avec abaissement, l'anneau américain donnera un résultat satisfaisant, et nous nous rendons bien compte que, sans redresser l'utérus, il le soulève et lui sert d'étai et de soutien. Bien qu'on n'ait pas rendu à l'axe utérin sa direction normale, le soulagement est tel, qu'on comprend que malades et médecins se contentent de ce résultat.

Lorsque, au contraire, l'utérus est antéversé sans être abaissé, il arrive que l'anneau américain n'apporte aucun soulagement, et que parfois même il accentue le malaise et les troubles de la miction. On se rend compte de ce résultat, singulier en apparence, en cherchant la direction de l'axe utérin, l'anneau étant en place. On trouve alors que l'anneau, en portant en haut le cul-de-sac postérieur a accentué le déplacement: le col de l'utérus a été reporté en haut et le fond vient peser davantage encore sur la vessie.

On comprend donc les efforts des gynécologistes pour trouver mieux et imaginer une forme qui dans l'antéversion simple redresse l'utérus. On en a imaginé beaucoup; la forme qu'on trouve le plus habituellement est celle d'un anneau américain à la face antérieure duquel on a ajouté, au moyen de charnières, un demi-anneau mobile destiné à se loger dans le cul-de-sac antérieur.

Cet instrument immobilise l'utérus; le col se trouve serré, le demi-anneau mobile exerce sur le cul-de-sac antérieur une pression qui est mal supporté. L'appareil assez compliqué est difficile à poser, difficile à enlever, il s'encroûte volontiers de sels calcaires, il est d'autant plus dangereux que les malades ne peuvent pas le retirer elles-mêmes. Pour ma part, depuis longtemps je ne m'en sers plus.

Les gynécologistes allemands se servent volontiers d'un anneau de laiton recouvert de gutta-percha, assez flexible pour qu'on puisse le façonner et lui donner la forme voulue, assez rigide cependant pour que cette forme puisse être conservée.

Ils forment avec cet anneau une sorte de huit de chiffre, comme si l'on avait deux anneaux juxtaposés. On fléchit un de ces anneaux sur l'autre sous un angle aigu, puis chacun des anneaux est recourbé sur le plat, les deux convexités se regardant.

L'appareil en place, un des anneaux s'appuie à la face postérieure de la symphyse et sa direction est presque verticale. L'autre anneau, à direction presque horizontale, recevra le col et se logera dans le cul-de-sac.

L'anneau vertical qui sert de point d'appui s'adossant à des surfaces étendues, la pression exercée sera réduite à son minimum; l'anneau horizontal qui sert de soutien étayera

l'utérus par toute l'étendue du cul-de-sac. Il est évident qu'avec cet appareil on réduira les pressions à leur minimum; c'est un avantage considérable, mais ce n'est pas tout ; l'anneau horizontal pourra être modifié de telle façon que, quelle que soit la version, il pourra servir à redresser l'utérus. C'est ainsi que, quand on aura affaire à une rétroversion, il suffira de relever fortement le segment postérieur pour avoir un pessaire à rétroversion; s'il s'agit d'une antéversion, c'est la partie antérieure qui devra être la plus saillante; enfin en relevant le segment latéral droit ou gauche on aura un pessaire à latéroversion droite ou gauche.

Cet appareil, très simple, très ingénieux, qui mérite vraiment le nom de pessaire universel, prête cependant le flanc à quelques critiques. La forme n'est pas suffisamment stable, elle s'altère déjà pendant le temps de l'introduction, elle se modifie encore sous l'influence des pressions et de la chaleur de la cavité vaginale. Il arrive un peu ici ce qui arrive pour les anneaux circulaires de caoutchouc durci, qu'on façonne après un court séjour dans l'eau bouillante. On donne à ces anneaux la forme de l'anneau américain, et on est tout étonné de retirer un ou deux mois après un anneau ayant la forme d'un cercle; sous l'influence de la chaleur le caoutchouc a repris sa forme première.

Lorsqu'avec le pessaire allemand on fait un pessaire à antéversion, le poids de l'utérus porte à travers le cul-de-sac antérieur sur les deux saillies qui se trouvent à l'angle de réunion des anneaux. Cette pression est souvent assez mal supportée par le cul-de-sac antérieur ; c'est pour ces motifs sans doute qu'un gynécologiste anglais, Graily-Hewit a modifié le pessaire allemand en donnant à cet appareil une forme fixe et en réunissant les anneaux par une plaque lisse, légèrement convexe, qui se loge dans le cul-de-sac antérieur, sert de point d'appui à l'utérus et n'exerce pas de pression fâcheuse.

Ce pessaire en caoutchouc durci provoque moins de sécrétion que l'anneau de laiton recouvert de gutta, et il ne s'encroûte pas de sels calcaires comme les anneaux d'aluminium. Depuis deux ans que j'en fais usage, il m'a paru être au moins aussi bien supporté que l'anneau américain. Il n'est d'ailleurs pas douteux que les anneaux qui ont une forme inaltérable sont supérieurs au pessaire universel des Allemands.

La pose du pessaire de Hewit n'offre pas plus de difficultés que celle de l'anneau américain. On présente un des anneaux perpendiculairement à la vulve, et la plaque regardant en haut en déprime fortement la commissure; l'anneau introduit suit la paroi postérieure jusqu'au cul-de-sac. Alors, par un léger mouvement de bascule, l'anneau vertical se rapproche du pubis et s'y appuie, tandis que la plaque s'engage dans le cul-de-sac postérieur, soulève l'utérus et le redresse. Lorsqu'on a choisi un numéro approprié, la plaque, quoique formant une saillie prononcée, franchit l'anneau vulvaire sans douleur et sans difficulté. L'instrument étant en place, si on va à la recherche du col, on le trouve engagé dans l'anneau, sur un plan un peu postérieur, mais dans la direction de l'axe du détroit. Si l'on prend soin de ne placer ces anneaux que quand le toucher pratiqué avec soin ne réveille aucune douleur, ni sur le museau de tanche, ni dans les culs-de-sac; si l'on prend soin de les enlever dès qu'ils causent soit un peu de gêne, soit une sécrétion vaginale plus abondante, il me paraît difficile qu'on puisse avoir à regretter quelque accident. Il est prudent d'ailleurs d'apprendre aux malades à retirer elles-mêmes cet anneau, et elles y arrivent assez facilement.

II

On a souvent dit que les déplacements utérins ne donnant lieu à aucun symptôme qui leur soient propres ne devaient pas être considérés comme des maladies ; qu'on peut en quelque sorte n'en pas tenir compte, car les troubles qui leur sont faussement attribués sont dus uniquement à l'augmentation de poids et de volume de l'utérus. Le déplacement par lui-même n'est rien, l'élément inflammatoire et hyperplasique constitue toute la maladie. C'est donc l'élément inflammatoire seul et l'hyperplasie consécutive que la thérapeutique doit viser. C'est cette argumentation paradoxale qui a servi de prétexte pour abandonner à eux-mêmes les déplacements utérins. Que la question soit difficile parce qu'elle est fort complexe, je n'en disconviens pas, mais que l'argumentation précédente soit erronée, c'est ce que l'observation clinique et la thérapeutique prouvent surabondamment.

Les déplacements constituent un groupe morbide à part et ils ne s'accompagnent pas toujours, même pendant de très longues périodes, de phénomènes douloureux. Est-il nécessaire de rappeler que beaucoup de malades atteints de hernies abdominales ne s'en trouvent pas incommodés. Il n'est pas de médecins cependant qui, sous prétexte que cette hernie ne cause aucune gêne, ne conseillera de la maintenir réduite. C'est que nous savons que cette hernie, qui ne cause maintenant ni gêne ni douleur, amènera plus tard des troubles digestifs et pourra devenir le siège de poussées inflammatoires ou d'autres accidents sérieux.

Toute proportion gardée, il en est un peu ainsi de certains déplacements utérins qui ne donnent d'abord lieu à aucun trouble ; mais l'utérus versé étant immobilisé dans cette nouvelle direction, les troubles de la circulation de retour ne tardent pas à se manifester, et il se fait des stases locales qui engendrent des hyperplasies. On le voit, le déplacement lui-même devient la source et l'origine de stases veineuse et lymphatique et d'hyperplasies locales. Et il va de soi qu'on ne fera cesser ces troubles de nutrition qu'en rendant à l'utérus sa direction et sa mobilité.

C'est d'ailleurs une erreur de croire qu'une augmentation de poids et de volume soient nécessaires pour que l'utérus déplacé devienne la cause de trouble et de gêne; chez beaucoup de femmes nullipares, l'utérus versé cause des troubles marqués, bien qu'à nos moyens d'investigation l'augmentation de poids et de volume ne soient pas appréciables.

On voit combien la question présente de faces à étudier et combien l'argumentation des adversaires du pessaire est défectueuse. Mais admettons pour un instant que ces gynécologistes aient raison, que le déplacement utérin n'est rien par lui-même, que l'élément inflammatoire et hyperplasique est la seule cause des troubles.

Nous commençons, et c'est toujours par là qu'il faut commencer, par faire disparaître l'élément inflammatoire, pour diminuer le poids et le volume de l'utérus. Il est exact que dans un tiers des cas, l'utérus allégé se redressera, ou bien quoique versé, il ne causera plus de gêne ni de troubles. Mais dans les deux autres tiers, nos moyens, assez limités en réalité, échoueront complètement; c'est alors que nous avons recours au pessaire, tandis que les adversaires de ce moyen thérapeutique sont forcés à un aveu d'impuissance.

C'est chez les malades atteintes d'antéversion et traitées auparavant par l'anneau américain qu'on peut bien apprécier les avantages du pessaire de Hewit. Chez une des malades, il s'agissait d'une antéversion au second degré avec

endométrite cervicale. L'utérus n'était nullement abaissé. L'endométrite était entretenue par le frottement du museau de tanche sur la paroi vaginale postérieure, et la sécrétion chez cette jeune femme lymphatique était parfois purulente et tellement abondante qu'elle avait causé des uréthrites au mari. Bien que l'utérus fût notablement augmenté de volume, il n'y avait ni troubles de la miction, ni troubles de la locomotion, et les symptômes consistaient uniquement en une douleur continuelle et fort gênante dans la région lombo-sacrée, et une sensation particulière de frottement (frottement du col sur la paroi postérieure du vagin) chaque fois que la malade s'asseyait ou se levait. L'endométrite cervicale soignée par différents médecins avait toujours reparu, et je prévins la malade qu'il n'y avait guère de chances de guérison tant qu'on n'empêcherait pas le frottement du col au moyen d'un anneau; j'ajoutai que l'anneau américain n'était pas celui qui convenait. Cette dame consulta auparavant un chirurgien qui conseilla un anneau de Hodge. Il y avait chez elle une disposition anatomique qui n'est pas extrêmement rare, je veux parler de l'absence presque complète du cul-de-sac postérieur. L'anneau dès lors ne peut se loger dans le cul-de-sac; il oscille, se met à cheval sur le col et devient plutôt une cause d'irritation. C'est ce qui arriva chez cette malade, et on fut obligé d'enlever l'anneau américain. Le pessaire de Hewit en redressant l'utérus et en empêchant le frottement qui entretenait l'endométrite fit cesser en même temps et la sécrétion et la douleur lombaire.

Il y a de cela deux ans. Lorsqu'on ôte le pessaire, l'amélioration se continue deux ou trois mois, et il suffit de remettre l'anneau quinze jours ou trois semaines pour faire disparaître la leucorrhée et la douleur lombaire, et obtenir une période de bien être assez longue comme on le voit.

Dans le fait suivant, l'antéversion au second degré s'accompagnait de la sensation de pesanteur, de troubles de la miction et de la locomotion. Avec l'antéversion, il y avait un peu d'abaissement, de l'hyperplasie du col, de l'endométrite cervicale: douleur, ulcération et sécrétion abondante.

Le traitement dirigé contre la métrite fit diminuer la douleur, l'écoulement et la sensation de pesanteur, mais il ne fit diminuer ni les troubles de la miction, ni les troubles de la locomotion. Le pessaire américain donna du soulagement; la douleur de la hanche gauche qui rendait la marche presque impossible diminua, la miction fut moins fréquente et moins douloureuse. Mais outre que le pessaire était assez mal supporté, l'amélioration ne continua pas, et au bout d'un mois les troubles reparurent. C'est alors que je me décidai à placer un pessaire de Hewit. La fréquence des envies d'uriner et l'ardeur en urinant disparurent presque immédiatement; la douleur de la hanche gauche qui incommodait la malade plus que la fréquence de la miction, ne céda que le troisième ou le quatrième jour. Les pessaires ont souvent l'inconvénient de causer de la constipation, chez cette malade le pessaire de Hewit fit cesser une constipation qui remontait à plusieurs années. Il y a un an et demi que cette dame porte ce pessaire, et depuis cette époque les troubles qui l'avaient tant tourmentée n'ont pas reparu même à un faible degré.

C'est lorsque l'antéversion s'accompagne de troubles marqués de la miction et de la locomotion qu'on peut se convaincre de la valeur d'un pessaire approprié. C'est dans ce cas que le redressement de l'utérus vient en quelque sorte assurer le diagnostic. Qu'était-ce, en effet, que cette douleur de la hanche gauche? On pouvait hésiter. L'utérus redressé et étayé, la douleur disparaissait; elle était donc due au tiraillement exercé sur les plexus nerveux par le déplacement de l'utérus. On se rend bien compte aussi de la nature des troubles de la miction. Lorsque ces troubles sont récents, ils disparaissent à l'instant où on redresse l'utérus. Ces mictions si fréquentes et si douloureuses, et qui peuvent faire croire à une maladie inflammatoire, cessent dès que la vessie et l'urèthre ont repris leur place et leur direction physiologique. On s'explique aussi comment, dans le prolapsus utérin au deuxième degré avec cystocèle, rectocèle et trouble de la miction, tandis que l'anneau américain ne donne qu'un résultat incomplet, celui de Hewit assure le succès. Chez deux malades atteints de cystocèle et de rectocèle, j'en ai obtenu des résultats inespérés.

Enfin il est un autre ordre de faits où ce pessaire peut rendre service. C'est chez les jeunes femmes où l'antéversion s'accompagnant de stérilité en est souvent la cause. Dernièrement encore j'étais consulté pour un cas de ce genre. Cette dame avait consulté auparavant une sage-femme qui lui avait promis de redresser l'utérus en quatre mois, à raison de deux séances chaque jour. Il y avait, outre l'antéversion au deuxième degré, une sténose si prononcée de l'orifice externe, qu'un fin stylet ne franchissait que difficilement cet orifice; cette sténose allait en augmentant et les deux dernières époques menstruelles s'étaient accompagnées de dysménorrhée dont la malade n'avait jamais souffert avant; cette étroiture était acquise et due au traitement de l'endométrite par le crayon de nitrate. Ce résultat n'est pas très rare; quand il y a une ulcération circulaire, il se fait du tissu de cicatrice qui diminue rapidement le diamètre de l'orifice. Je dis à cette dame que s'il ne s'agissait que de redresser l'utérus, c'était facile à obtenir, et je lui fis comprendre qu'il fallait en outre agrandir et maintenir l'orifice cervical externe. L'anneau de Hewit ramena l'utérus dans l'axe. Avec cette antéversion au deuxième degré il m'avait paru étonnant qu'il n'y eut ni pesanteur ni gêne d'aucune sorte. A quelques jours de là cette dame vint me dire qu'elle éprouvait du soulagement, et qu'elle comprenait maintenant le sens des questions posées par moi, qu'elle avait auparavant, sans s'en douter, une sensation de pesanteur et de gêne, mais que cette sensation n'était devenue appréciable que par comparaison, et alors que le pessaire l'avait fait disparaître. C'est là un fait qui n'est pas très rare et dont il faut savoir tenir compte.

En citant ces quelques exemples je n'ai pas eu l'intention d'étudier complètement le rôle des pessaires à antéversion; je n'ai voulu citer que quelques types d'antéversion qu'on trouvera dans la pratique journalière, et au traitement desquels le pessaire que je préconise m'a paru parfaitement approprié.

Je voudrais en terminant dire deux mots du défaut de tolérance chez quelques personnes pour cet anneau, et du redressement permanent et définitif de l'utérus sous son influence.

En général les malades tolèrent moins le pessaire de Hewit que l'anneau américain. Cependant deux malades qui portaient depuis longtemps un anneau de Hodge ne purent supporter le pessaire de Hewit, bien qu'il parût très indiqué, et je ne pus pas me rendre compte de la cause de cette intolérance.

La seconde question est plus intéressante. Peut-on espérer au moyen de ce pessaire un redressement définitif?

Il est prudent d'enlever cet anneau tous les deux mois et de s'assurer de l'état des parties et de la direction de l'axe utérin. Le plus souvent, quand il n'y a pas d'abaissement,

l'utérus, après l'ablation du pessaire reste redressé un temps variant entre quelques heures et quelques jours. Je l'ai vu chez une malade persister quatre mois et je croyais déjà à une guérison définitive quand un dernier examen me fit constater que l'antéversion s'était reproduite et au même degré qu'auparavant. Lorsque le redressement ne persiste que quelques heures ou quelques jours, c'est que les tissus et les ligaments ayant repris un peu de leur élasticité, résistent momentanément au poids de l'utérus. Quand le redressement persiste des mois, on a invoqué et probablement avec raison, l'interposition d'une anse intestinale, et c'est dans ce cas qu'on est en droit d'espérer la guérison.

J'ai essayé de montrer comment agit le pessaire de Hewit et quels sont ses avantages. J'ai aussi essayé de montrer combien, dans ces questions d'orthothérapie utérine, la forme des pessaires est importante. Tant qu'on n'aura pas démontré jusqu'à l'évidence qu'on peut, au moyen de l'électricité redresser l'utérus et le maintenir dans l'axe ; tant qu'on n'aura pas donné de nombreuses preuves que par des sections de faisceaux musculaires on redresse définitivement l'utérus sans l'immobiliser et causer de flexion, il faudra bien malgré leurs inconvénients avoir recours aux pessaires.

THÉVENOT.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'étude du myxœdème. Du myxœdème en basse Bretagne, par le docteur Morvan, de Lannilis.

(Suite. — Voir le numéro 34).

Nous ne terminerons pas sans établir un rapprochement entre ce cas et celui de la veuve Tanguy, sa parente, que nous trouverons plus loin (obs. VI).

Obs. IV. — Marie-Anne Le Gall, âgée de cinquante ans, fermière, se présente à notre consultation en mars 1875. Elle est réglée depuis l'âge de quinze ans, mais l'a été assez mal pendant les premières années. Mariée à trente ans, elle a eu neuf enfants. Elle a été atteinte de métrite après la naissance de son huitième enfant, à l'âge de quarante-deux ans; mais sa neuvième et dernière grossesse s'est terminée sans accident. Depuis lors jusqu'à l'âge de quarante-huit ans, c'est-à-dire pendant un laps de quatre ans, elle s'est bien portée.

Il y a deux ans, il s'est manifesté chez elle une infiltration de la face, des jambes, des pieds et des mains, sans qu'elle puisse l'attribuer ni à la ménopause, survenue seulement un an après l'apparition de l'anasarque, ni à une autre cause quelconque. Cet œdème est dur, et c'est à peine si la pression du doigt laisse une empreinte au niveau du tibia. Tous les traits sont grossis, la face élargie. En même temps la parole s'est modifiée; il y a raucité de la voix, et le parler est devenu lent, comme si la langue, participant à l'infiltration, s'était épaissie et avait de la peine à se mouvoir. Mais ce n'est là qu'une supposition : la langue et tout l'intérieur de la bouche, examinés avec grand soin, offrent l'aspect normal. D'ailleurs la prononciation est bonne; tous les mots, toutes les syllabes sont prononcées correctement, mais lentement. Une certaine parésie des cordes vocales et l'affaiblissement des muscles de la langue me paraissent devoir donner seuls l'explication du phénomène. Le timbre de la voix ne rappelle en aucune façon le ton nasonné de la paralysie du voile du palais.

Les membres sont comme saisis par le froid, et ici se présente l'ensemble des symptômes décrits précédemment, et tenant à un affaiblissement de l'appareil musculaire : défaut d'agilité, lenteur dans les mouvements. Les contractions musculaires ne peuvent se succéder qu'à intervalles assez éloignés, et leur répétition ne tarde pas à se traduire par une véritable lassitude. On marche encore assez bien quand on va doucement; mais qu'on presse le pas, et il y a fatigue, essoufflement. Tous ces phénomènes augmentent en hiver.

Rien au cœur ni aux reins; pas d'albumine dans les urines; ni battements ni bruits anormaux au cœur; pouls à 60, régulier, dépressible; santé générale bonne; toutes les fonctions s'accomplissent bien.

Cette femme, que nous voyons trois fois à intervalles d'un mois, fut soumise pendant ce temps à un traitement par l'extrait de noix vomique, sans qu'il se produisît la moindre amélioration dans son état.

Obs. V. — Marie-Joséphine Alégoet, fermière, petite, mais grosse et forte en couleur, était d'une bonne santé habituelle. Mariée à l'âge de vingt ans, elle est devenue mère de sept enfants. Elle eut le dernier à l'âge de trente-cinq ans, et le garda au sein pendant deux ans. Un allaitement aussi prolongé ruina sa santé en la jetant dans un état d'anémie dont elle ne se releva pas. Ses règles, qu'elle s'attendait à voir d'un jour à l'autre, ne reparurent plus. C'est à cette époque (1855) et à cette cause qu'elle fait remonter la bouffissure de la face et l'affaiblissement musculaire dont elle fut atteinte, et qui ne la quittèrent plus jusqu'à sa mort, arrivée à l'âge de cinquante-deux ans, c'est-à-dire dix-sept ans après le début du mal.

Ici encore nous aurons à signaler cette bouffissure de la face, ce parler lent coïncidant avec la raucité de la voix, cette paralysie générale incomplète qui se traduit moins encore par l'affaiblissement que par le ralentissement des contractions musculaires, cette paralysie enfin qui atteint le mouvement sans s'étendre à la sensibilité.

M. J. A... habitait notre commune, et nous avons eu occasion de la voir bien souvent dans un espace de dix-sept ans, avec des alternatives de mieux et de pis en rapport avec la saison. Elle était toujours transie, même en été, mais l'hiver lui était particulièrement pénible; on eût dit d'un animal hibernant. Pendant l'hiver les traits grossissaient, les yeux devenaient larmoyants, l'œdème des extrémités augmentait, et la malade était prise de cette espèce d'engourdissement qui étreignait tous les membres. La voix s'enrouait encore et la langue s'empâtait.

En toute saison, le travail était devenu une fatigue pour cette pauvre femme, jusque-là si forte et si active. Il lui était impossible de se hâter en quoi que ce fût. Elle marchait, pouvait même faire quelques kilomètres à pied jusqu'à sa mort, mais lentement et à pas comptés, en se laissant dépasser par tout le monde.

A cela près, la santé n'était pas mauvaise; nulle souffrance, bon appétit et bon sommeil; l'embonpoint, qui avait été toujours assez prononcé, s'était conservé.

L'examen du cœur et des reins est négatif; pas d'albumine dans les urines.

M. J. A... mourut d'une pneumonie en avril 1872.

Obs. VI. — La veuve Tanguy, fermière, est une femme énorme, d'un embonpoint excessif, mère de quatre enfants, peu intelligente. Quand nous la vîmes pour la première fois, elle avait une cinquantaine d'années, et elle était atteinte depuis assez longtemps, depuis un temps qu'elle ne pouvait préciser, d'un œdème dur de la face et des extrémités, d'une anasarque avec parler lent et raucité de la voix, véritable voix de rogomme. Sa figure n'était pas une figure humaine, c'était une lune, aux traits grossis, sans expression dans leur immobilité : paupières infiltrées, transparentes, plissées, à moitié fermées; yeux chassieux, larmoyants; nez épaté, comme écrasé, avec un écoulement séreux abondant; lèvres épaisses, congestionnées, couleur lie-de-vin comme le reste de la face. Peau sèche, rugueuse. Des battoirs pour mains et des poteaux pour jambes. Ajoutez à cela des mouvements lents en tout, et vous aurez l'ensemble des symptômes que nous avons déjà décrit plusieurs fois.

Nous auscultâmes, percutâmes avec soin la région du cœur, et nous analysâmes les urines, mais sans rien trouver ni d'un côté ni de l'autre.

La santé générale était bonne. Ayant eu par la suite occasion de revoir cette femme à diverses reprises, nous avons su qu'elle avait des habitudes d'intempérance, qu'elle s'enivrait tous les jours.

Depuis l'âge de cinquante ans jusqu'à celui de soixante, époque de sa mort, son état d'anasarque et de paralysie n'avait pas sensiblement empiré. Elle a succombé à un catarrhe bronchique.

Obs. VII. — Marie-Louise Tanguy, fermière, de forte stature riche en couleur, se marie à l'âge de dix-sept ans. Elle s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. A cette époque huit jours seulement après la naissance de son deuxième enfant, elle est invitée à une noce de campagne. En basse Bretagne, ces

sortes de noces se donnent sous une vaste tente en toile ouverte à tous les vents. C'était en hiver, et elle eut froid. Le lendemain elle était enflée, et à partir de ce moment jusqu'à l'heure de sa mort, qui eut lieu des suites d'une pneumonie, à l'âge de quarante-neuf ans (1860), elle fut atteinte de cette espèce d'anasarque avec parler lent, raucité de la voix et affaiblissement de tout l'appareil musculaire : ensemble trilogique de symptômes que nous avons déjà décrit, et qu'il nous paraît inutile de répéter ici.

M. L. T... eut-elle, au point de départ, une albuminurie *a frigore?* C'est possible; mais ce que nous pûmes constater plusieurs années ensuite, c'est que les urines n'étaient point albumineuses. Rien donc aux reins; rien non plus au cœur.

L'appétit était conservé, mais la santé générale s'altéra profondément, et l'on dut garder fréquemment le lit; constipation opiniâtre.

Elle n'en eut pas moins trois enfants par la suite, à intervalles de quatre, de trois et de six ans. Elle eut le dernier à l'âge de trente-cinq ans. Il ne survint pas de nouvelle grossesse, malgré la persistance des règles, qui se montrèrent pendant plusieurs années encore.

Obs. VIII. — Anne Creff, âgée de quarante-six ans, se présente à notre consultation en janvier 1876. Réglée à seize ans, elle s'est mariée aussitôt. Elle a eu six enfants, dont le premier à dix-sept ans et le dernier à trente-neuf ans. Ce dernier n'avait que huit mois lorsqu'elle dut le sevrer pour subir une opération (hygroma du genou). L'opération fut accompagnée d'une certaine perte de sang.

La santé, qui avait été bonne jusque-là, s'altéra. Il lui survint de la bouffissure à la face, de l'œdème aux extrémités; parler lent avec raucité de la voix; affaiblissement musculaire. On ne peut hâter le pas sans fatigue, sans essoufflement; mais la marche, et une marche assez longue, est encore possible : la malade a fait 12 kilomètres pour venir nous consulter, et elle les a faits en moins de quatre heures. Elle marche donc assez bien; mais elle bute fréquemment, la pointe du pied rencontrant le sol avant que les extenseurs aient eu le temps de la relever. L'engourdissement des doigts n'est pas tel qu'elle ne puisse encore filer; mais, par suite de fatigues qui lui surviennent, elle doit suspendre son travail de cinq en cinq minutes.

Santé générale passable, peu d'appétit, mais on digère bien.

La bouffissure de la face s'accompagne de rougeur des yeux et de larmoiement.

Rien au cœur ni aux reins; pas d'albumine dans les urines, ni battements ni bruits anormaux à la région du cœur. Pouls faible, dépressible, à 60; trois mois auparavant, étant chez la malade, je n'avais trouvé que 56 pulsations. L'augmentation dans le nombre des pulsations tient-elle à la fatigue du voyage?

Il n'est pas survenu de nouvelle grossesse depuis l'âge de trente-neuf ans, c'est-à-dire depuis l'apparition des phénomènes signalés plus haut, quoique la menstruation ait continué jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans régulière et abondante comme par le passé.

Obs. IX. — Marie-Louise Le Borgne, âgée de quarante ans, forte femme, haute en couleur, vient nous consulter le 26 juillet 1876. Elle est atteinte d'un léger embarras de la parole (parler lent) et d'une très légère raucité de la voix. C'est à peine s'il existe un peu d'œdème aux paupières; infiltration plus marquée aux jambes. Il y a de la lenteur dans les mouvements, peu marquée au moment de l'examen, nous fait observer la malade, parce que nous sommes en été et qu'il fait chaud, mais assez prononcée en hiver. Cette parésie légère date de trois ans et s'est plutôt améliorée qu'elle n'a empiré.

Bonne santé générale, moins d'appétit cependant; constipation assez tenace depuis l'apparition des premiers symptômes. Embonpoint. Le pouls est régulier, peu développé, à 56; rien au cœur, rien aux reins (urines non albumineuses).

Elle a été réglée de bonne heure, s'est mariée à vingt-quatre ans et a eu sept enfants, dont le dernier à trente-cinq ans. Elle est veuve depuis cinq ans. Elle a cessé d'être réglée du jour où elle s'est aperçue qu'elle était enflée.

Traitement sans résultat par l'extrait de noix vomique.

Obs. X. — Nous avons vu en 1855 une femme Roudaut, de Plouguerneau, fermière, mère de plusieurs enfants, qui avait alors une quarantaine d'années. Elle avait cette bouffissure de la face, cet œdème dur des extrémités coïncidant avec un parler lent et une certaine raucité de la voix, dont nous avons cité plusieurs exemples. Quand nous l'avons revue, elle avait soixante et quelques années. Son état ne s'était pas amélioré, au contraire; mais enfin elle avait vécu, et vécu avec son mal pendant plus de vingt ans.

Obs. XI. — Marguerite Balcon, de Tréflez, âgée de quarante-six ans, forte constitution, réglée à seize ans, mariée à vingt-deux ans, mère de sept enfants, dont le dernier lui est venu à l'âge de quarante-trois ans. Elle n'a plus été réglée depuis la naissance de cet enfant. Sa santé s'était alors altérée : bouffissure de la face, œdème dur au bas des jambes, pas d'ascite. En même temps elle s'est comme engourdie, sa parole est devenue lente, traînante et comme enrouée; moins d'agilité dans les doigts, dans les membres, qui ne peuvent plus se mouvoir qu'avec une certaine lenteur. Cet état d'engourdissement est surtout prononcé en hiver : extrémités toujours glacées.

La santé générale n'est pas mauvaise, bien que l'appétit ait diminué.

Rien au cœur ni aux reins; pas d'albumine dans les urines.

Marguerite Balcon se rappelle avoir été déjà enflée pendant plusieurs mois après son troisième enfant; mais elle s'était complètement rétablie.

Cette femme, qui nous a consulté en 1877, ne nous est venu voir que deux fois, à intervalle d'un mois. Elle a cessé de venir nous voir parce que le traitement prescrit (extrait de noix vomique) n'avait donné aucun résultat.

Obs. XII. — Françoise Perrot, âgée de quarante-trois ans, fermière, de grande stature, forte, nous consulte en juin 1877 pour une bouffissure de la face et un œdème s'étendant aux quatre membres. Tout en parlant avec elle, nous constatons cet embarras de la parole, ce parler lent tout particulier coïncidant avec la raucité de la voix, que nous avons eu déjà occasion de signaler à diverses reprises.

Elle nous raconte alors qu'elle a été réglée tard, mais toujours régulièrement; que mariée à vingt-six ans, elle a eu trois enfants, dont le dernier à l'âge de trente-trois ans; qu'elle les a tous nourris, et le dernier pendant plus de deux ans, par conséquent jusqu'à l'âge de trente-cinq ans, et que depuis lors, elle n'a pas été réglée.

Ce n'est que trois ou quatre ans après, au milieu d'une santé excellente, qu'elle a été prise de l'affection actuelle. Elle se plaint surtout de la fatigue qu'elle éprouve au moindre mouvement; elle se fatigue vite, même en parlant. Chez elle tous les mouvements sont lents; elle ne peut suivre les autres à la marche, bien que cependant elle soit en état d'aller assez loin. Elle ne peut plus filer, a les mains engourdies au moindre froid. Comme elle nous consulte au milieu des chaleurs de l'été, elle nous fait observer qu'elle parle plus facilement, et que nous ne saurions juger aujourd'hui de l'embarras de sa parole pendant l'hiver.

Elle nous apprend aussi que, pendant l'hiver, la bouffissure de la face est beaucoup plus prononcée; qu'alors elle a les paupières rougies, les yeux chassieux et larmoyants, le nez qui coule, et, circonstance particulière, la bouche qui bave abondamment dès qu'il fait froid, surtout en dormant. Elle se porte bien d'ailleurs; elle mange et dort comme en santé, n'est point altérée, mais est affectée d'une constipation habituelle qui lui était inconnue avant sa maladie, et d'un état de somnolence dès qu'elle rend seulement la moitié d'un travail ordinaire.

Rien au cœur, ni aux reins, ni au foie. Pouls à 64, régulier; urines normales.

Obs. XIII. — En 1879, dans une visite que nous fîmes chez la femme Quélennec, fermière, nous fûmes frappé de son aspect et de son parler, qui nous rappelaient la maladie décrite dans les précédentes observations. Elle avait alors cinquante-six ans, et jusque-là n'avait demandé de consultation à personne, bien qu'elle fût atteinte de cette affection depuis l'âge de trente-neuf ans. Elle avait, outre la bouffissure de la face et l'œdème des membres, cet embarras de la parole, cette raucité de la voix et cette lenteur dans les mouvements qui sont caractéristiques. Comme toujours, la bouffissure, l'embarras de la parole et la lenteur dans les mouvements sont augmentés par le froid et s'accentuent de plus en plus en hiver.

Elle est essoufflée au moindre effort; elle s'essouffle rien que pour répondre à la prière du soir. Malgré cela, rien au cœur ni aux reins. La santé générale est même bonne, l'appétit est conservé.

Elle avait eu six grossesses, dont une gémellaire, qu'elle avait menées à bien, avant l'apparition des premiers symptômes. Depuis elle n'a été réglée qu'une fois et n'a pas eu de nouvelle grossesse.

Obs. XIV. — Louise Berder, femme Chapalain, fermière, a eu sept enfants, dont le dernier à l'âge de quarante-trois ans. Elle les a tous nourris, comme c'est l'habitude dans nos campagnes. Elle n'a pas été réglée depuis sa dernière grossesse. Elle a au-

jourd'hui (février 1880) soixante-huit ans. Quand elle se présente à notre consultation, elle offre cette trilogie caractéristique déjà signalée plusieurs fois : anasarque, parler lent et raucité de la voix. Elle n'est malade que depuis un an; son affection a commencé pendant les froids de l'hiver précédent. Elle a pu vaquer aux travaux de la ferme pendant les six premiers mois; mais la lenteur dans les mouvements et la fatigue au moindre effort ont fait des progrès incessants, et depuis le mois d'août 1879 elle a dû cesser tout travail.

Rien au cœur ni aux reins; pouls à 68, régulier; urines normales. Bonne santé générale; on mange bien.

Obs. XV. — Poullaouec (François), fermier, âgé de cinquante ans, de forte constitution, intelligent, vient nous consulter en juillet 1879 pour une bouffissure de la face, un état d'anasarque qui remonte à trois ans. Les traits de la face sont élargis, le nez épaté, les paupières boursouflées; œdème dur au bas des jambes et aux poignets; les doigts eux-mêmes ont grossi, au dire du malade. Il ne sait à quelle cause attribuer son affection, n'a jamais fait de maladie jusque-là.

Quand on cause avec lui, on est frappé de cet embarras de la parole, de ce parler lent, de cette espèce d'empâtement de la langue coïncidant avec une raucité toute particulière de la voix, qui est vraiment pathognomonique. Et, bien que nous n'ayons encore rien rencontré de semblable chez l'homme, nous sommes de suite conduit à faire un rapprochement avec les cas analogues et aujourd'hui assez nombreux que nous avons observés chez la femme. Aussi nous hâtons-nous de voir si cette hydropisie générale ne trouverait pas son origine dans une affection du cœur, des reins ou du foie. Mais rien de ce côté; urines claires, abondantes, point albumineuses; pas de bruit de souffle au cœur, pas de matité précordiale; pouls régulier, point fort, à 54 seulement.

Le malade m'apprend que les mouvements tendent à devenir de plus en plus lents; cette lenteur est surtout marquée pendant les froids de l'hiver. Il est alors comme engourdi. En été comme en hiver, il lui est impossible de suivre une personne marchant du pas ordinaire. Il est pris d'étourdissements dans la marche dès que la fatigue se montre. Il n'en travaille pas moins en toute saison, seulement le travail lui est autrement pénible en hiver.

La peau est sèche, rugueuse. La main est glacée, bien que nous soyons en été. Poullaouec est toujours gelé et s'enrhume facilement; au moindre froid, il est pris de coryza avec larmoiement et gonflement des paupières.

La santé générale est bonne. L'appétit est conservé, on mange cependant moins qu'auparavant; il est vrai aussi que l'on produit beaucoup moins de travail. Constipation habituelle depuis un an; on reste souvent plusieurs jours sans évacuer. Intelligence restée intacte.

Détail assez curieux : Poullaouec n'avait pas des habitudes d'intempérance, mais aujourd'hui il boit moins encore, parce qu'un rien l'enivre. Faut-il rapprocher ces vertiges alcooliques des étourdissements qu'il éprouve dans une marche qui le fatigue?

Toujours frappé de cette espèce de parésie, nous soumîmes Poullaouec à l'usage de la strychnine, qui, une fois, nous avait donné un semblant de succès. Il est probable que son état ne s'est pas amélioré; nous ne l'avons pas revu.

Le tableau que nous ferions de la maladie d'après nos observations serait moins sombre que le tableau tracé par nos devanciers: celui-ci est véritablement poussé au noir. Dans les quinze observations que nous possédons, nous n'en trouvons qu'une, la sixième, où nous soyons d'accord avec la description faite jusqu'à présent. Là, en effet, nous rencontrons aussi cette face élargie, arrondie, monstrueusement déformée par l'œdème, cette main en forme de bêche dont parle le docteur Gull, ces colonnes dures, massives, cylindriques, ressemblant aux extrémités d'un pachyderme (docteur Charcot), et nous exprimions tout cela en disant que la veuve T... n'a pas figure humaine, qu'elle a pour face une lune, des battoirs pour mains et des poteaux pour jambes. Mais ce n'est là qu'une exception, et afin de rester dans la vérité pour l'ensemble des faits, nous répéterons ce que nous écrivions à M. Charcot : « l'anasarque est surtout marquée, sans être jamais extrême, à la face, aux poignets et aux jambes; elle ne disparaît jamais, mais elle est fort variable surtout à la face, dont elle grossit plus ou moins les traits ». Ces variations sont en rapport avec la température : l'anasarque, prononcée en hiver, l'est beaucoup moins en été.

Nous n'aurons plus grand'chose à ajouter quand nous aurons dit que l'œdème est dur, résistant, qu'il ne reçoit l'empreinte du doigt ni aux paupières ni sur le devant du tibia.

A quoi tient donc la différence si grande d'aspect qu'offrent les malades observés en basse Bretagne et ceux observés tant à Londres qu'à Paris? A deux circonstances, au climat d'une part, et d'autre part au degré plus ou moins avancé de la maladie, à l'état plus ou moins cachectique des malades. Nous sommes tout d'abord très frappé de l'état cachectique, crétinoïde où sont tombés les malades tant des docteurs Gull et Ord que du docteur Charcot, et tout cela dans l'espace de quelques années.

Nous ne rencontrons ce dépérissement que dans notre première observation, et là, il s'agit d'une personne malade depuis douze ans et arrivée à l'âge de soixante-sept ans. Nous voyons au contraire d'autres femmes malades, l'une depuis dix ans (obs. II), une autre depuis dix-sept ans (obs. XIII) et une autre depuis vingt ans (obs. III), qui vaquent aux soins du ménage et même aux travaux des champs.

Nous avons déjà dit que la température a la plus grande influence sur le degré de l'anasarque. Or, en basse Bretagne, nous n'avons d'été qu'à peine, c'est vrai, mais en revanche les hivers ne sont jamais rigoureux, le thermomètre ne descend guère au-dessous de 1 ou 2 degrés sous zéro; le Finistère est le département de France où la température est la plus modérée. Il est loin d'en être ainsi à Paris où le thermomètre peut descendre à 15 et même à 18 degrés sous zéro. Ici à peine de la glace, là-bas des neiges qui durent des semaines. N'est-ce pas dans cette différence de température qu'il faut chercher l'explication de l'aspect si différent offert par les malades suivant le pays?

Nous lisons dans toutes les descriptions que l'infiltration gagne également les muqueuses, qu'elle gagne non seulement les muqueuses de la bouche et du larynx, mais encore du tube digestif et des organes génitaux, et c'est par là qu'on expliquerait l'embarras de la parole, la raucité de la voix, certaines dyspepsies et dans un cas la gêne de la défécation. Mais quand on remonte aux observations, on ne trouve l'infiltration des muqueuses signalée que dans quelques-unes, dans les deux du docteur Ord sur lesquelles nous reviendrons et dans celle de MM. Charcot et Thaon, où, après avoir dit que la luette est grosse, pendante, cylindrique, sans rougeur, l'on ajoute : « la langue est volumineuse, on dirait qu'elle a de la peine à trouver place dans la bouche. » Les mêmes expressions à peu près se retrouvent dans les observations du docteur Gull où il est porté que la langue était large et épaisse, « avec une prononciation empâtée comme si la langue était trop large pour la bouche. »

Pour notre part, nous n'avons été appelé à rien voir de semblable. Dans tous les cas soumis à notre observation, la prononciation est empâtée, c'est vrai, la langue se meut difficilement, non qu'elle soit plus épaisse, infiltrée, mais parce qu'elle est atteinte de cette espèce de parésie qui frappe tous les muscles.

Nous voulons moins encore attribuer à une infiltration du larynx la raucité de la voix. La relation de l'autopsie dans l'observation du docteur Ord porte bien que « la muqueuse du larynx forme des plis à son orifice supérieur, que les cordes vocales sont œdémateuses, mais n'oublions pas qu'on signale en même temps une maladie de Bright ayant donné lieu à un œdème ordinaire. Nous savons tous la gravité d'un œdème de la glotte, les difficultés de respiration qu'elle entraîne. Or rien de pareil dans aucune observation. La raucité de la voix, l'enrouement tiendrait, suivant nous, à la parésie des cordes vocales, tout comme l'empâtement de la parole tient à la parésie des muscles de la langue. Au reste, ces dissentiments seraient tranchés par un examen laryngoscopique qui n'a pas été fait jusqu'à présent.

Le docteur Ord, dans l'un de ses cas, rattache la gêne de la défécation à un gonflement œdémateux de l'anus. Dans nos quinze observations, nous rencontrons assez souvent la constipation, mais jamais d'œdème à l'anus. Chez le sujet de la première observation, par exemple, des lavements étaient administrés deux et trois fois par mois, et s'il avait existé, l'œdème de l'anus n'aurait pu nous échapper. Là, suivant nous, la constipation tient encore à une parésie des muscles péristaltiques.

Quant aux dyspepsies, si l'autopsie du docteur Ord mentionne que la muqueuse de l'estomac est légèrement épaisse et opaque, elle porte aussi que le long de la grande et de la petite courbure, principalement près du pylore, on remarque de nombreuses petites cicatrices, preuve, celles-ci, d'un processus morbide bien différent de l'infiltration myxœdémique.

Et quant aux gencives boursouflées, violacées, saignantes, avec ébranlement des dents, dont parle l'observation de MM. Charcot et Thaon, on serait tenté, n'était la grande autorité de M. Charcot, de les rapporter au scorbut. En tout cas, aucune de nos observations ne mentionne chose semblable.

(*A suivre.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international des sciences médicales (VIIe session, Londres).

(Fin. — Voyez les numéros 32, 33 et 34).

TRAVAUX DES SECTIONS

Au compte rendu de la section de médecine (voy. p. 546), nous croyons devoir ajouter la mention suivante :

— M. le docteur Long (de Genève) a lu un mémoire sur l'anémie des mineurs du Saint-Gothard. Il affirme que cette maladie est causée par la présence dans l'intestin de l'ankylostome duodénale et présente à la section des préparations microscopiques d'ankylostomes mâle et femelle et de leurs œufs. En présence de ces observations, il importe, toutes les fois que l'on aura affaire à une anémie grave, de rechercher dans les déjections du malade les œufs d'ankylostome, et, dans le cas où on les trouverait, d'administrer comme anthelminthique l'extrait éthéré de fougère mâle.

Dans la sous-section de médecine ayant pour objet les maladies de la gorge, parmi les importantes questions mises à l'ordre du jour, nous signalerons tout d'abord le *traitement local de la diphthérie*. MM. *Mackenzie* (de Londres), *Tobold* (de Berlin) et *Browne* (de Londres) se montrent partisans déclarés de la glace à l'intérieur et sur la région du cou, des inhalations de vapeurs, des antiseptiques (acide phénique, permanganate de potasse, hydrate de chloral, ce dernier considéré comme le plus sûr par Mackenzie). Les caustiques sont absolument condamnés par Mackenzie et Tobold; Browne recommande surtout les dissolvants (acide lactique) et préconise l'ablation des amygdales comme capable « de remplacer de bonne heure ou de prévenir cette mesure dangereuse, l'ouverture de la trachée ».

A propos de la discussion sur la *phthisie laryngée*, résumons les opinions de deux auteurs également compétents. Pour M. *Krishaber*, la phthisie laryngée est la conséquence d'une évolution tuberculeuse dans le larynx lui-même. On trouve dans la muqueuse des cavernules microscopiques, « dont le point de départ paraît se rattacher à l'envahissement des vaisseaux par des cellules embryonnaires qui se groupent par couches concentriques sur l'endothélium et autour du vaisseau jusqu'à l'oblitérer complètement ». Le diagnostic au laryngoscope est toujours facile à établir, la seule confusion possible est celle de la laryngite tuberculeuse et de la laryngite syphilitique, mais le traitement spécifique lève tous les doutes. — M. *Rossbach* (de Wurzbourg) admet aussi la provenance tuberculeuse de la phthisie laryngée. Voici ce qu'il pense du diagnostic de la maladie : « Il est impossible de reconnaître le dépôt de tubercules dans le larynx à l'aide du laryngoscope, avant ou pendant la période ulcérative. Le diagnostic bien nettement établi de la tuberculose laryngée n'est possible que lorsque la phthisie pulmonaire existe en même temps; en dehors de ce cas, les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques ne peuvent être distinguées les unes des autres que par l'effet du traitement iodé; d'autre part, tous les laryngologistes expérimentés reconnaîtront que souvent, longtemps avant que l'examen physique des poumons donne un résultat certain, l'existence d'ulcérations laryngées rebelles annonce d'une façon certaine une affection pulmonaire imminente ou cachée. » — Dans la discussion sur les *symptômes laryngoscopiques dépendant de lésions ou de maladies des nerfs moteurs du larynx*, le mémoire de *Gerhardt* (de Wurzbourg) ne nous a rien appris que la physiologie n'ait déjà, depuis Bischoff, Bernard, Longet, etc., nettement établi sur l'innervation laryngée; le travail de *Lefferts* (de New-York) présente un intérêt plus grand au point de vue pathologique. L'auteur s'arrêtant aux paralysies laryngées, reconnaît l'insuffisance des classifications jusqu'ici adoptées et propose de distinguer les cinq classes suivantes :

« 1° Paralysies dépendant d'un état morbide général, habituellement aigu, des centres nerveux ou des troncs nerveux; lésion uni ou bilatérale; la corde ou les cordes vocales prennent la position cadavérique.

» 2° Paralysies résultant d'une lésion partielle, en général lentement progressive des centres nerveux, ou plus souvent des troncs nerveux... Les muscles dilatateurs de la glotte sont particulièrement sujets à cette forme de paralysie, et sont pratiquement les seuls affecté de cette manière. La lésion peut être uni ou bilatérale.

» 3° Paralysie isolée des divers muscles du larynx, résultant de ce qu'une lésion locale ou intra-laryngée a intéressé quelques rameaux nerveux périphériques.

» 4° Paralysie d'un muscle ou d'un groupe de muscles laryngés résultant uniquement d'altérations myopathiques de ces muscles.

» 5° Paralysies motrices de nature fonctionnelle. Les constricteurs de la glotte sont en général atteints; les dilatateurs très rarement. »

Après une discussion qui a occupé une grande partie des séances du vendredi 5 août sur les névroses de sensibilité du larynx et dans laquelle on remarque surtout un travail considérable de *Elsberg* (de New York), on a abordé le côté chirurgical des maladies du larynx. Les indications pour le *traitement intra ou extra-laryngé des tumeurs du larynx* ont été examinées par MM. *Fauvel* (de Paris) et *Burow* (de Königsberg); MM. *Koch* (de Luxembourg) et *Hering* (de Varsovie) ont exposés les résultats du *traitement mécanique des sténoses laryngées;* enfin on a repris la discussion déjà entamée dans le précédent congrès laryngologique *sur l'indication de l'extirpation complète ou partielle du larynx*. Ici nous ne pouvons que rappeler les conclusions des deux auteurs qui ont traité la question dans son ensemble :

M. *Foulis* (de Glascow) pense que l'extirpation totale est préférable à l'extirpation partielle, et que l'opération est indiquée dans les cas de tumeurs malignes dès que le diagnostic est nettement établi. Mais l'envahissement des ganglions du cou peut constituer une contre-indication; en tout cas, il ne faut pas opérer les malades qui ont dépassé soixante-dix ans. Enfin le larynx peut être extirpé lorsqu'il présente un degré très accusé d'épaississement et d'ulcération, même lorsqu'il ne s'agit pas d'une affection de nature maligne.

Pour M. *Ph. Schech* (de Munich), l'ablation totale est indiquée dans tous les cas où des néoplasmes de nature maligne ayant envahi la plus grande partie du larynx ont épargné les parties voisines; dans les cas de dysphagie absolue causée par l'hypertrophie des cartilages ou de la muqueuse. L'extirpation partielle est indiquée dans les sténoses laryngées tubulaires rebelles, et dans les néoplasmes bénins du larynx qui ne sont point passibles de la thyrotomie simple.

Les discussions de la section des maladies de la gorge ont eu pour objet, en outre des questions relatives au larynx, plusieurs points des *affections pharyngo-nasales*. Nous rappellerons, sans pouvoir y insister autrement, les mémoires de *Voltolini* (de Breslau), de *Solis Cohen* (Philadelphie), de *Cadier* (Paris), sur l'emploi du galvano-caustique dans les tumeurs ou autres affections du pharynx et du voile du palais; la discussion sur les végétations adénoïdes de la voûte du pharynx à laquelle ont pris part *Meyer* (de Copenhague), *Löwenberg* (de Paris); la discussion sur le traitement de l'ozène entre MM. *Fränkel* (de Berlin), *Fournié* (de Paris), *Spencer Watson* (de Londres), *Guignier* (de Cauterets). Ce dernier avait déjà communiqué un travail intéressant sur le rôle de l'épiglotte et des fossettes glosso-épiglottiques.

Section V. — Chirurgie.

Dans chacune des séances très chargées de la section de chirurgie, ont été abordées des questions de haute importance; nous en donnerons une idée en signalant tout de suite quelques-unes d'entre elles : le traitement des anévrysmes par la bande d'Esmarch, — les progrès récents obtenus dans le traitement chirurgical des tumeurs abdominales intra-péritonéales, — les méthodes d'extraction des calculs vésicaux, — la comparaison des résections hâtives et des résections tardives dans les affections articulaires, — l'influence de la diathèse tuberculeuse, goutteuse ou autre sur la syphilis. Il faut nous résondre, sous peine d'allonger indéfiniment ce compte rendu, à résumer seulement les mémoires inscrits comme discours d'ouverture à propos de chacun des sujets traités.

Mercredi 3 août. — Sujet de discussion : *Dans quelles espèces d'anévrysmes externes peut-on appliquer le traitement par la bande d'Esmarch et quel est son mode d'action?*

Des trois principaux travaux communiqués à ce sujet, celui de *Pearce Gould* paraît être le plus complet. L'auteur compare tout d'abord les méthodes ordinaires de traitement qui ne font qu'arrêter ou diminuer le courant sanguin dans le vaisseau principal (ligature, compression, flexion) et l'application de la bande d'Esmarch qui arrête, de plus, la circulation dans les vaisseaux de volume secondaire et dans les branches anastomotiques. Pour lui, le bandage d'Esmarch appliqué de façon à empêcher la circulation ne provoque pas le dépôt de fibrine sur les parois de l'anévrysme, mais peut déterminer la coagulation du sang en masse. Or, en étudiant les propriétés de la fibrine déposée sur les parois du sac et celles du caillot massif, l'auteur conclut que la fibrine est stable et résiste aux processus d'organisation ou de résorption, « tandis que le caillot sanguin est très peu stable et peut être facilement absorbé ou organisé ». D'après cela le nombre d'anévrysmes dans lesquels le traitement indiqué pourrait apporter des modifications avantageuses paraît devoir être très restreint.

Telle est, d'une manière plus explicite, la conclusion de *Edw. Bellamy*, qui, ayant traité quatre anévrysmes par la bande d'Esmarch, n'a obtenu que des résultats négatifs. Il a eu un succès relatif dans un cinquième cas, qui fut traité de plus par la compression digitale : il est porté « à croire que le bon résultat obtenu était dû entièrement à la compression digitale ». La méthode dit Bellamy, « semblerait pouvoir être utile dans le cas de dilatation uniforme, quand la guérison spontanée par dépôt de fibrine est en train de se produire : la bande agirait alors en produisant un contact plus intime entre les parois du sac et son contenu ».

Jeudi 4 août. — Sujet de discussion : *Des progrès récents obtenus dans le traitement chirurgical des tumeurs abdominales intra-péritonéales.*

A la suite d'un discours de *Spencer Wells* envisageant la question dans ses traits généraux et dans ses rapports avec les méthodes chirurgicales actuelles, on a entendu un premier mémoire de M. *Lawson Tait* (de Birmingham) ayant pour titre *les progrès récents de la chirurgie abdominale*. Dans un certain nombre de tumeurs de l'abdomen, bénignes par elles-mêmes, mais menaçant la vie du malade soit par la gêne qu'elles occasionnaient, soit par la douleur qu'elles provoquaient, l'auteur a ouvert l'abdomen dans des conditions considérées jusqu'alors comme inaccessibles à l'intervention chirurgicale. Sur trente six cas, il n'a eu qu'un seul mort, dans une grossesse des trompes, chez une femme profondément épuisée. Voici quels ont été les principes de ces opérations : 1° opérer avant que le malade ne fût trop épuisé; 2° ouvrir l'abdomen avec soin sur la ligne médiane; 3° éviter la pénétration dans le péritoine du liquide contenu dans les parties malades; 4° fermer complètement la cavité péritonéale dans tous les cas par une suture continue à la plaie de la paroi; 5° isolement complet du malade. L'auteur a essayé dans quelques-uns de ces cas les procédés de Lister, mais il les a trouvés « encombrants et peu pratiques; il a vu que les malades se rétablissaient parfaitement sans ces procédés, et que l'emploi de l'acide phénique retardait plutôt qu'il ne favorisait la guérison. »

M. *Zwaan* (de la Haye) a ensuite exposé les modifications apportées par lui à la méthode de Péan pour l'ablation de l'utérus; M. *Pye-Smith* (de Sheffield) a donné l'observation détaillée d'un cas de gastrotomie pratiquée pour un rétrécissement de l'œsophage sur une femme âgée de soixante-six ans qui survécut dix-huit mois à l'opération; M. *D. Mollière* (de Lyon), M. *Spanton* (de Stanley), M. *Marcy* (de Boston) étaient inscrits pour traiter de la cure des hernies, le premier par l'incarcération de la hernie, le dernier par l'emploi des ligatures animales désinfectées.

— La séance de l'après-midi du même jour a été consacrée à la discussion sur le diagnostic de certaines affections du rein susceptibles d'un traitement chirurgical et sur les opérations capables de les améliorer ou de les guérir. Cette discussion a été ouverte par M. *Czerny* (de Heidelberg) qui a spécialement traité de l'*extirpation du rein*. Pour lui, l'extirpation est indiquée dans les cas de blessure du rein, de reins flottants, kystes, hydronéphroses, tumeurs et fistules communiquant avec l'uretère, et cela dès que la vie du malade est en danger, les autres méthodes ayant échoué : la condition essentielle pour autoriser l'extirpation d'un rein est que l'autre rein soit sain. « La méthode consistant à faire le cathétérisme des uretères chez la femme et à exercer une constriction sur les uretères chez l'homme pour s'assurer de l'existence d'une affection rénale unilatérale mériterait d'être employé davantage; on pourrait peut-être y joindre l'emploi de l'endoscope.» L'auteur donne la préférence à la méthode lombaire pour la néphrectomie, excepté dans le cas de rein flottant.

M. *Morrant Baker* (de Londres) communique ensuite trois observations, l'une de néphrotomie suivie d'ablation du rein; l'autre de néphrotomie simple; la troisième de lithotomie rénale.

M. *Arth. Barker* examine ensuite les cas de calculs rénaux qui peuvent être diagnostiqués, et la conduite à tenir si l'intervention chirurgicale est décidée.

M. *C. Lucas* (de Londres) donne l'observation d'un cas de néphrectomie suivie de succès, et M. *Barwell* (de Londres)

cite une observation de néphrectomie pour calculs rénaux, également suivie de succès.

La discussion sur *les progrès récents dans les méthodes d'extraction des calculs vésicaux* a fait suite aux précédentes études ayant le rein et les calculs rénaux pour objet : le vendredi 5 août, Sir *H. Thompson* a exposé les résultats de sa propre pratique qui l'amènent aux conclusions suivantes : 1° un diagnostic précis est indispensable au choix de l'opération capable de causer le moins de lésions ou de perturbations dans l'organe atteint; 2° il y a avantage à évacuer le calcul en une seule séance, à la condition que les instruments soient d'une grandeur proportionnée au volume du calcul, les instruments trop volumineux distendant le canal de l'urèthre d'une façon exagérée et créant par cela même des dangers pour le patient; 3° la combinaison de la méthode d'ouverture de l'urèthre dans la région périnéale avec l'écrasement de la pierre dans la vessie, est utile dans certains cas exceptionnels, pour permettre l'évacuation des débris et de l'urine. Dans un travail inscrit à la suite d'une communication de M. *Bigelow* (de Boston) sur les progrès de la lithothritie depuis 1878, M. *Th. Anger* pose les principes suivants à propos de la taille hypogastrique :

1° La taille périnéale doit être préférée toutes les fois que la prostate n'est pas notablement hypertrophiée et enclavée dans le petit bassin; on doit donner la préférence à la taille sus-pubienne dans tous les cas où la prostate hypertrophiée et indurée est immobilisée et enclavée dans la loge ostéo-fibreuse et inextensible du petit bassin; 3° l'emploi des instruments de l'auteur pour l'un et l'autre procédé en rend l'exécution facile, méthodique et épargne le sang des opérés; 4° la plaie qui résulte des sections faites avec le thermo-cautère est plus sèche et met mieux l'opéré à l'abri des infiltrations urinaires.

Un grand nombre de membres étaient inscrits pour prendre part à cette importante discussion; nous citerons parmi eux MM. *Buchanan* (Glasgow), *Spence* (Edimbourg), *Gouly* (New-York), *Guyon*, *Mallez*, *Reliquet*, *Verneuil*, etc.

Passant par nécessité sur quelques communications d'intérêt moins général, faites dans la séance de l'après-midi du 5 août, nous arrivons à la question des *résections hâtives et des résections tardives dans les différentes affections articulaires*, ouverte le samedi 6 août par un mémoire de M. *Ollier* (de Lyon), dont nous rappellerons les points principaux : « Les résultats orthopédiques et fonctionnels des résections articulaires sont subordonnés à deux éléments principaux : la méthode opératoire employée et l'état d'altération plus ou moins grande des tissus qui constituent ou entourent l'articulation. Quelque parfaite que soit la méthode opératoire au point de vue de la conservation de tous les tissus qui doivent reconstituer l'articulation réséquée, cette méthode peut rester stérile, si elle est appliquée à des tissus désorganisés ou trop altérés par l'inflammation antérieure... D'une manière générale, plus une résection pratiquée pour une ostéo arthrite sera faite de bonne heure, plus ses résultats orthopédiques et fonctionnels seront satisfaisants... Inconvénients des résections immédiates au point de vue de la reconstitution des extrémités osseuses et de la solidité de la nouvelle articulation. Supériorité des résections secondaires, mais inconvénients des résections trop tardives... »

— Presque toute la séance du 6 août a été employée à l'exposé de questions variées relatives à la *pathologie articulaire*. C'est ainsi que M. *Kocher* (de Berne) a formulé les principes qui résultent de la comparaison de cinquante résections du genou dans des cas de tumeur blanche : « L'amputation de la cuisse est indiquée dans les cas où la tumeur blanche se produit chez des sujets atteints de tuberculose des organes internes, chez ceux que la maladie a rendus très anémiques, qui ont constamment une température élevée ou qui sont épuisés par la suppuration. La résection est le meilleur mode de traitement dans tous les autres cas, s'il y a contracture de l'articulation ou s'il existe de grands désordres fonctionnels... On ne doit avoir recours qu'exceptionnellement à la résection chez les enfants ou chez les vieillards... La mortalité, depuis que l'auteur a commencé la pratique de la résection, n'a été que de 12 pour 100; et maintenant, grâce aux améliorations récentes et à l'introduction de la chirurgie antiseptique, l'opération est devenue exempte de dangers... »

A la suite de cette communication, une série de faits intéressants ont été présentés à la section : le cas d'une évacuation de pus dans une articulation du genou chez une malade atteinte de nécrose du tibia et qui fut soumise à un drainage au moyen de canaux creusés dans l'extrémité supérieure du tibia, par M. *Newman* (de Stamford); des pièces montrant la reproduction de la tête et du col du fémur après résection de la hanche, par M. *Sayre* (de New-York); l'observation de guérison d'une arthrite fongueuse au moyen de l'électrolyse, par M. *Agn. d'Ambrosio* (de Naples), etc.

Lundi 8 août.— La question à l'ordre du jour était la suivante : *Des causes qui s'opposent à la réunion par première intention dans les plaies opératoires et des moyens les plus propres à obtenir ce mode de réunion.*

Les différents orateurs qui ont traité le sujet sont tous d'accord sur les principes essentiels de l'affrontement des lambeaux, de la compression modérée et élastique que doivent exercer les pièces de pansement. Nous signalerons donc seulement les points un peu plus spéciaux développés dans les comptes rendus des mémoires de MM. *Gamgee* (de Birmingham), *Humphry* (de Cambridge) et *Verneuil*.

M. *Samp. Gamgee* reconnaît les avantages du pansement à la gaze et à la ouate absorbante qui facilite le drainage superficiel et exerce une compression uniforme. « Cette compression, dit-il, est un des agents les plus importants pour obtenir l'affrontement et l'immobilité des lambeaux, pour prévenir l'extravasation ou pour en faciliter l'absorption. Les antiseptiques sont de grande valeur dans le traitement des plaies, surtout dans les cas d'abcès du psoas et d'empyème, et, d'une façon générale, quand il est difficile ou impossible de prévenir par la position la compression ou le drainage, la formation et l'accumulation de produits sujets à une décomposition rapide. »

M. *Humphry* développe les mêmes principes en insistant, surtout sur les bons effets des sutures soigneusement faites après ligature ou torsion minutieuse des vaisseaux.

M. *Verneuil* résume ainsi ses conclusions : « La réunion immédiate est tantôt une opération fondamentale, *nécessaire*, tantôt un acte surajouté à une opération et qui reste tout à fait facultatif. Dans les deux cas, elle offre, avec une utilité très différente, les mêmes chances d'insuccès et les mêmes dangers. Avant d'associer à une opération quelconque la réunion immédiate facultative, il faut chercher si le blessé n'est pas atteint de quelque état morbide qui ferait rejeter ou ajourner chez lui une réunion anaplastique. Dans ce dernier cas, il faut attendre si c'est possible, ou s'abstenir, pour ne pas courir au-devant d'un insuccès plus ou moins périlleux et employer un autre procédé qui, à défaut de promptitude dans le résultat, offrira du moins plus de sécurité et d'innocuité. »

La discussion s'est ensuite engagée entre MM. *E. Lund* (de Manchester), *Trélat*, *Hardie* (de Manchester), *Green* (de Portland), *Letiévant* (de Lyon), etc.; elle a été close par le professeur *Lister*, qui a résumé les débats dans une question où il avait une si grande part.

— Terminons en résumant une communication très importante de M. *Verneuil* sur l'un de ses sujets de prédilection, les rapports de plusieurs diathèses entre elles et l'influence de chacune sur l'évolution de l'autre : il s'agissait

de l'influence de la diathèse tuberculeuse, goutteuse ou autre sur la syphilis.

« ... En général la scrofule, état antérieur, agit sur la syphilis, état surajouté. La réciproque est plus rare... La scrofule manifeste diversement son influence. Elle attire d'abord la syphilis sur les organes qu'elle affecte elle-même communément; elle y provoque facilement le processus suppuratif rare dans la syphilis ordinaire; la scrofule, à l'état dyscrasique simple, n'aggrave pas notablement la syphilis; elle en rend peut-être les manifestations locales plus fixes, mais en revanche y abolit généralement le symptôme douloureux.

» La tuberculose, au contraire, si elle ne favorise pas l'apparition des lésions graves et rebelles de la vérole, les entretient indéfiniment à coup sûr...

« Dans l'hybridité syphilo-cancéreuse, c'est le néoplasme dernier venu, épithélioma ou carcinome, qui subit l'influence de la vérole; ces cas sont d'ailleurs assez rares. Il n'existe guère de faits qui prouvent la réciproque... L'indolence presque complète, qui est la règle, la marche lente, la bénignité relative des symptômes sont du fait de la syphilis. Mais les progrès continus, la généralisation fréquente, et en fin de compte la terminaison toujours fatale, établissent définitivement le diagnostic; ils montrent de plus que, dans le duo morbide, le dernier mot reste à la diathèse néoplasique.

» Le traitement spécifique doit toujours être tenté dans les cas douteux. Il procure quelquefois des améliorations surprenantes qui feraient croire à la guérison. Ces arrêts passagers étonnent à bon droit ceux qui savent combien le mercure et l'iodure de potassium sont généralement inutiles, sinon nuisibles, dans les cas de néoplasmes épithéliaux ou carcinomateux ordinaires. »

MM. *Jon. Hutchinson*, *Berkeley Hill*, *L. Bennett* (de Dublin) et *L. Jullien* (de Paris) étaient inscrits pour la discussion de ces intéressantes questions.

— La section de chirurgie a terminé ses travaux le mardi matin 9 août, à la suite de la communication de M. Verneuil et de la lecture de quelques mémoires (*Drysdale*, *Otis*, *Lund*, *Poupart*).

Section VI. — Obstétrique.

Les principaux travaux de la section d'obstétrique, dans sa première séance (jeudi 4 août), ont été relatifs aux conditions mécaniques et aux modifications des forceps (*Tarnier*, forceps sans courbure périnéale; — *Lazarewitch*, forceps sans courbure pelvienne), à la disposition des œufs dans la grossesse gémellaire (*Budin*); à la discussion des bases d'une nomenclature uniforme en obstétrique (*Simpson*).

— Dans la séance suivante et dans celle du samedi 6 août, ce sont les opérations sur l'ovaire et sur l'utérus qui ont occupé tout le temps de la section. Signalons un mémoire de M. *Battey* sur l'*oophorectomie* ou castration des femmes, connue aussi sous le nom d'opération de Battey. Le but essentiel n'est pas tant de supprimer des organes malades que de détruire une fonction physiologique, et, par suite, de produire un changement profond dans l'économie. « Dans le principe, dit Battey, on prévit l'application de la méthode dans des cas exceptionnels et dans les conditions si variées des troubles nerveux et vasculaires en rapport avec l'ovulation. De là, on établit la règle suivante : l'ovariotomie faite dans le but de produire la ménopause sera pratiquée dans toutes les affections incapables de guérir sans cette opération et pouvant guérir par la suppression de la fonction menstruelle.

» On doit se poser trois questions : Le cas est-il grave? — Aucun moyen autre que la ménopause ne peut-il amener la guérison? — Peut-il être guéri par la ménopause? Si la réponse est affirmative sur les trois points, l'ovariotomie est indiquée; sinon, elle n'est pas justifiée... L'opération, du reste, ne doit jamais être pratiquée qu'en dernier ressort... »

C'est aussi sur les indications et les contre-indications de l'oophorectomie qu'a insisté, après *Battey*, *Th. Savage* (de Birmingham). « Maintenant, dit-il, que la facilité et l'innocuité de l'opération sont démontrées, il est de notre devoir d'indiquer autant que possible les conditions dans lesquelles elle est applicable et celles où elle ne l'est pas, pour qu'il n'en soit pas fait abus. »

Au point de vue de l'influence que les lésions des organes génitaux internes de la femme peuvent exercer sur sa santé générale, nous rappellerons l'idée un peu exclusive exprimée par M. *Gr. Hewitt* que « la cause excitante des attaques d'hystérie ou d'hystéro-épilepsie est une torsion de l'utérus, soit par une antéflexion, soit par une rétroflection, — ainsi que l'opinion beaucoup plus compréhensible de M. *W. Edis* sur le même sujet : celui-ci admet qu'une forme d'accidents convulsifs, « l'épilepsie utérine », dépend souvent de l'irritation des ovaires, de flexion utérine avec dysménorrhée ou de quelque autre trouble ovarique ou utérin bien constaté.

— Plusieurs autres cliniciens se sont occupés de la question des déplacements utérins : MM. *Mundé*, *Beverley Cole*, *Verrier* ont successivement traité ce sujet dans la séance du vendredi 5 août.

— Dans la séance du samedi 6 août, M. *W. Freund* (de Strasbourg) a insisté sur les conditions dans lesquelles est indiquée l'extirpation totale de l'utérus et sur les procédés qui lui sont propres et qui permettent de pratiquer le plus avantageusement cette opération. C'est surtout dans le cas de carcinome de l'utérus ayant envahi une grande partie de l'organe que l'ablation totale doit être faite. — L'amputation du col au moyen du galvano-cautère, dans la métrite chronique rebelle, a été préconisée par M. *Leblond*. — M. *Henri Bennett* a insisté sur la rigidité pathologique du col utérin comme cause habituelle des déchirures pendant l'accouchement. Signalons enfin dans cette même séance un travail très important de *Montrose A. Pallen* sur *la chirurgie réparatrice du canal génital*; l'intérêt de cette étude repose surtout sur les rapports établis par l'auteur entre l'embryologie et les faits tératologiques.

— Dans la séance suivante (lundi 8 août), nous trouvons à mentionner tout spécialement les mémoires de *Barnes* sur le traitement de l'hémorrhagie puerpérale, et de *Moore Madden*, sur le traitement préventif des hémorrhagies *post partum*. Sans insister sur la distinction physiologique qui nous semble fort discutable de « la rétractilité utérine provenant du système ganglionnaire et de la contractilité dérivant du système spinal et du centre cérébral », nous ne retiendrons que le côté clinique de la question discutée par Barnes. Il divise les hémorrhagies en degrés à chacun desquels correspond un mode de traitement différent : Premier degré : la fonction diastaltique (contraction régulière et continue de l'utérus), se maintient dans son intégrité, mais désordonnée dans son action; ici conviennent les applications froides, l'ergot de seigle. — Deuxième degré : il y a perte notable de la force diastaltique; dans ce cas, on a encore recours aux mêmes moyens, mais avec plus de discrétion, puisque tous seraient capables de surmener les forces qui persistent. — Dans le troisième degré (suspension de la fonction diastaltique), les moyens qui sont utiles dans les deux premiers degrés sont souvent nuisibles. L'auteur rejetant la faradisation, préconise les injections de sels ferriques dont les dangers sont rares et pour la plupart peuvent être évités. La conclusion générale de l'auteur est que « les injections ferriques peuvent encore réussir à sauver les femmes lorsque tous les autres moyens ont échoué ».

Rappelons pour terminer cette revue rapide des travaux de la section d'obstétrique une série de mémoires dont il ne nous est possible que d'indiquer les titres : *Roper*, Trismus

et tétanos utérin pendant le travail; *Ménière*, Nouvel hystéromètre; *Marcy*, Nouveau dilatateur utérin; *Kustner*, Pelvimètre; *Apostoli*, Accouchement par l'électricité; *Spiegelberg*, *L'antisepticisme* dans les accouchements; *Halbertsma*, Eclampsie puerpérale; *Morisani*, Symphyséotomie; *Eustache*, Traitement chirurgical de la chute de l'utérus.

Section VII. — Maladies des enfants.

Nous ne ferons que signaler les sujets étudiés dans les deux premières séances (les déviations de la colonne vertébrable et leur traitement par la méthode de *Sayre;* — les relations entre la rubéole, la scarlatine et la rougeole; — la nature de l'affection appelée en Angleterre *scarlatine chirurgicale*). Nous insisterons seulement sur trois des questions abordées dans les séances suivantes.

1° *De la syphilis comme cause du rachitisme*, sujet étudié à fond par M. Parrot, qui conclut à cette formule : « Une altération aussi typique, aussi méthodique que le rachitis ne peut pas reconnaître des causes diverses, banales ; il doit reconnaître et reconnaît en toute circonstance une cause unique, spécifique, et *cette cause est la syphilis héréditaire*. Au moment où elle produit le rachitis, la syphilis est épuisée; c'est son suprême effort. Elle n'existe plus. Elle a mis à sa place une affection nouvelle. C'est un exemple incontestable de transformisme morbide. »

La pathologie du rachitisme a aussi été abordée mais à un point de vue plus spécial, par M. *A. Baginsky* (de Berlin). Cet auteur, admettant à l'exemple de M. Parrot, que le rachitisme s'observe chez la majorité des enfants atteints de syphilis héréditaire, se préoccupe surtout des conditions prochaines des lésions osseuses; il insiste sur l'analogie des modifications qu'on peut provoquer expérimentalement dans les os en supprimant les sels calcaires de l'alimentation et en y ajoutant de l'acide lactique, avec les modifications qui s'observent chez les rachitiques.

A propos de la question de la syphilis héréditaire, rappelons l'opposition faite par M. Magitot aux idées déjà défendues dans l'un des derniers congrès de l'Association française (Montpellier, 1880), par M. Parrot : il s'agit de la signification de l'*érosion dentaire* que M. Parrot, et avec lui M. Hutchinson, considèrent comme produit par la syphilis héréditaire, et que M. Magitot attribue à « une suspension brusque de la nutrition intra-folliculaire » en rapport avec des accès d'éclampsie infantile.

2° *Traitement chirurgical de l'empyème*. Cette question a été abordée par MM. *Baginsky* (de Berlin) et *Gerhardt* (de Wurzbourg); les conclusions de ces deux auteurs sont identiques; elles se ramènent aux points suivants que nous empruntons au mémoire de M. Gerhardt :

Un empyème considérable peut guérir soit par absorption, soit par perforation. — Le traitement chirurgical est nécessaire lorsque les troubles pulmonaires ou circulatoires menacent la vie, ou lorsque aucun des autres traitements n'a réussi. — L'aspiration du pus peut amener la guérison. — Dans beaucoup de cas cependant cela ne suffit pas. — L'incision de la plèvre et le lavage fréquent avec des solutions.

3° *Diphthérie*. — *A. Nature et mode de la propagation du contagium*. — Dans la communication de *A. Jacobi* (de New-York) sur ce sujet, deux points nous paraissent à relever : « Le contagium est probablement de nature chimique; le présence de bactéridies dans les cas de diphthérie ne prouve pas que la maladie est parasitaire. — Elle atteint de préférence les enfants qui ont déjà été frappés antérieurement. »

B. Conditions de production de l'albuminurie et de la paralysie pendant et après la maladie.

M. *J. Abercrombie* a insisté surtout sur l'association assez fréquente de la paralysie diphthérique et de l'albuminurie ; ce dernier accident constituant un symptôme défavorable et résultant, comme l'ont montré les autopsies, d'une néphrite parenchymateuse. La belladone, à fortes doses, souvent répétées, est le seul médicament qui semble avoir eu de l'influence sur la marche de la paralysie.

M. *W. Squire* a poursuivi le parallèle entre la paralysie diphtérique et celle qui survient à la suite d'autres affections fébriles aiguës. Étudiant surtout les conditions productrices communes, il admet les trois paralysies suivantes : 1° Déchets organiques retenus dans le sang après un fort accès de fièvre et quand l'élimination est insuffisante ; 2° Inflammation locale ou modifications de l'innervation des parties atteintes, avec ou sans lésions des troncs nerveux; 3° Modifications dans la nutrition des centres nerveux comme conséquences antiseptiques ne sont pas toujours exempts de dangers ni infaillibles.

A ces formules, ajoutons les indications principales de l'intervention données par Baginsky, la fièvre continue, — une toux continuelle, — la perte d'appétit et l'amaigrissement.

C. Traitement du croup et la diphthérie. Au sujet de la trachéotomie, M. Buchanan n'a pas abordé de points nouveaux qui nécessitent une mention spéciale; M. Macewen a préconisé l'introduction par la voie buccale de tubes jusque dans la tranchée, dans le but de provoquer le rejet de fausses membranes : cette pratique a été suivie de succès dans un cas.

Quant au traitement médical proprement dit, M. *Maurel* préconise les inhalations d'oxygène, et M. *Bouchut* les substances dissolvantes, la papaïne par exemple, dont il a déjà annoncé les propriétés digestives au congrès de Montpellier.

Mentionnons, sans pouvoir y insister autrement, les études des *relations entre la chorée et le rhumatisme*, la discussion sur le traitement du *genu valgum* et les mémoires de M. Hueter et de M. Ollier sur le *traitement des affections articulaires au point de vue préventif des déformations*.

Il nous resterait maintenant à passer en revue les travaux de plusieurs autres sections (*Maladies mentales*, *ophthalmologie*, *maladies de l'oreille*, *maladies des dents*, *maladies de la peau*, *hygiène publique*, *chirurgie militaire*, *pharmacologie*). Mais nous ne pourrions entamer cet examen sans être entraîné beaucoup au delà des limites forcément imposées dans ce journal aux comptes rendus des congrès scientifiques; d'autre part, chacune des branches de la médecine indiquées plus haut a, en France, son organe spécial où les travaux de chaque section seront nécessairement analysés avec détail. Nous bornerons donc là notre revue sommaire du congrès de Londres, ayant eu seulement l'intention d'insister sur les communications d'intérêt général afférentes à l'anatomie normale et pathologique, à la médecine et à la chirurgie proprement dites.

FRANÇOIS-FRANCK.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

DE LA PRÉSENCE ANORMALE DE L'ACIDE URIQUE DANS LES SÉCRÉTIONS SALIVAIRE, NASALE, PHARYNGÉE, GASTRIQUE, SUDORALE, UTÉRINE, ET DANS LE SANG MENSTRUEL. INDICATIONS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES, par le docteur *Boucheron*. — On sait que les déchets de la nutrition, qui ne sont pas éliminés, produisent en s'accumulant dans le sang des acci-

dents variés d'intoxication d'autant plus durables que les matières toxiques peuvent être fabriquées presque indéfiniment par l'économie.

Parmi les déchets de la nutrition, sans parler des ptomaïnes de connaissance récente, un des plus importants est l'*acide urique* (Prout), dont l'accumulation dans le sang constitue l'*uricémie* (Garrod, Sée, Charcot, Zalesky, Gigot, Suard, Jaccoud, Labadie-Lagrave, Fernet).

Quand l'acide urique en excès s'élimine anormalement par divers organes, il détermine l'apparition d'affections variées dites *uricémiques*, dont la plus anciennement connue est la *goutte articulaire*, caractérisée par l'élimination de l'acide urique dans les articulations (Garrod).

Il existe un grand nombre d'affections qui sont soupçonnées d'être sous la dépendance de l'acide urique, et dont la nature uricémique n'a pu être nettement démontrée, vu les insuffisances et les difficultés des analyses chimiques dans chaque cas.

Suivant cet ordre d'idées, et supposant que l'élimination anormale de l'acide urique était, chez certains malades, la principale cause des affections dont ils étaient atteints, nous avons recherché et trouvé, en effet, l'acide urique dans les sécrétions des organes malades. C'est ainsi que nous avons décelé l'acide urique, avec les conseils de M. le professeur Grimaux, et avec le concours de M. Chassin, pharmacien, ancien interne des hôpitaux, dans la sécrétion gastrique pituiteuse qui nous était fournie par le vomissement matutinal; dans la sécrétion nasale et pharyngée, pendant l'évolution de certains catarrhes naso-pharyngiens; dans la sécrétion de la muqueuse utérine et dans le sang menstruel de certaines femmes atteintes d'affections utérines; dans la sueur, comme l'avaient trouvé aussi plusieurs observateurs, entre autres Charcot, Ball, Robin, Peter et G. Daremberg.

Dans tous ces cas, les liquides à analyser, tout en étant difficiles à se procurer, pouvaient cependant être recueillis.

Mais pour les organes composés d'une cavité close, comme les séreuses articulaires ou autres, comme les globes oculaires qui conservent dans leurs cavités les liquides sécrétés, et pour les organes dont les sécrétions s'épanchent dans les cavités splanchniques profondes, tels que le foie et les muqueuses gastro-intestinales, la démonstration de la nature uricémique de leurs affections est extrêmement difficile ou impossible pour chaque cas.

Restait donc à trouver une sécrétion assez abondante pour être analysée, s'épanchant à ciel ouvert, et servant très fréquemment à l'élimination de l'acide urique en excès dans le sang. La présence de l'acide urique dans cette sécrétion fournirait la preuve directe de l'accumulation de cette substance dans le sang, la preuve directe de l'intoxication par l'acide urique, et la preuve indirecte que les affections variées dont souffre le malade sont sous la dépendance de cet agent toxique. La disparition des accidents concordant avec la disparition de l'acide urique dans la sécrétion, apporte une nouvelle preuve à l'appui.

La sécrétion, qui joue très fréquemment le rôle d'émonctoire accessoire de l'acide urique, c'est la *sécrétion salivaire*.

En effet, nous avons trouvé dans la salive de l'acide urique en abondance dans les principales variétés d'uricémie, quelles qu'en soient les causes : 1° dans l'uricémie par arrêt de la fonction urinaire ou rétention de la majeure partie des liquides et matériaux de l'urine, chez des sujets névropathiques ou autres; 2° dans l'uricémie par alimentation trop riche en azote; 3° dans l'uricémie de sujets ayant été atteints de goutte aiguë franche articulaire; 4° dans l'uricémie de sujets atteints de goutte chronique articulaire; 5° dans l'uricémie avec accidents morbides du côté du foie, de l'estomac et des intestins; 6° dans l'uricémie avec lésions diverses de la peau; 7° dans l'uricémie avec lésions oculaires (décollements de la rétine, choroïdites et corps flottants du corps vitré, iritis, kératite, névrite optique, conjonctivites, blépharites); 8° dans l'uricémie avec lésions de l'oreille et surdité; 9° dans l'uricémie avec détermination morbide du côté des reins, des bassinets, de la vessie; 10° dans l'uricémie avec détermination morbide sur l'appareil cardio-vasculaire; 11° dans l'uricémie avec accidents encéphalo et névropathiques.

Procédé opératoire. — C'est avec la réaction du murexide que nous avons obtenu les meilleurs résultats pour la recherche qualitative de l'acide urique dans la salive. Cette réaction n'exige qu'une faible quantité du liquide, elle est rapide et caractéristique.

Pour la bien réussir, nous recommandons les précautions suivantes : avec 1 ou 2 grammes de salive déposés sur une capsule de porcelaine plate, une soucoupe, par exemple, on chauffe légèrement au-dessus d'une lampe à alcool, de manière à amener la dessiccation du liquide sans déterminer d'ébullition et sans laisser jaunir le dépôt. Aussitôt la dessiccation produite, passer très légèrement sur le dépôt salivaire une baguette de verre humectée d'acide azotique, puis immédiatement une autre baguette humectée d'ammoniaque en solution; l'exposition aux vapeurs d'ammoniaque suffit quelquefois quand la quantité d'acide urique est faible.

Trop d'acide azotique ou trop d'ammoniaque nuisent à la réaction. Si la salive renferme de l'acide urique, on voit se produire la coloration pourpre caractéristique, souvent avec une intensité de coloration presque égale à celle que donne l'urine diurne traitée de la même manière.

La comparaison entre la réaction du murexide et les procédés cliniques de recherche de l'acide urique (précipitation de l'acide urique par les acides forts, cristallisation sur un fil, etc.) nous ont montré que la présence de la mucine, qui entrave la réaction du murexide dans une certaine mesure, s'oppose dans de bien plus fortes proportions à la précipitation de l'acide urique de ses solutions. C'est en se basant sur la non-précipitation de l'acide urique qu'on a pu nier la présence de l'acide urique dans certains liquides, et en même temps nier la nature uricémique des affections qui les ont produits.

Tous les uricémiques n'éliminent pas leur excès d'acide urique par la salive; mais, chez les sujets qui l'éliminent par leur salive, on trouve dans cette élimination des indications de la plus haute importance : 1° pour le diagnostic de l'état d'uricémie; 2° pour la prophylaxie des accidents d'intoxication uricémique imminents; 3° pour la direction du traitement quand les accidents d'intoxication uricémique se sont produits; 4° pour le choix de la voie d'élimination thérapeutique de l'acide urique en excès; 5° pour la connaissance du moment où a cessé l'état d'uricémie; 6° pour le choix formel d'un régime alimentaire et d'une hygiène anti-uricémique; 7° pour la connaissance des résultats quotidiens de la thérapeutique, de l'alimentation et de l'hygiène prescrites.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° une communication, accompagnée d'échantillons, de M. Lenis Schæfer, au sujet d'un jus de viande concentré préparé par lui (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*); 2° les comptes rendus des épidémies observées en 1880 dans les départements de l'Aisne, de l'Ardèche, de l'Aude, des Bouches-du-Rhône, de la Charente-Inférieure, d'Eure-et-Loire, du Lot, de Loir-et-Cher, du Loiret, de la Haute-Loire, du Nord, de l'Orne, de la Seine, du Puy-de-Dôme, du Tarn. (*Commission des épidémies.*)

M. *Hervieux* dépose : 1° au nom de M. *Chovée-Leroy*, une *Étude sur le vin, le ferment, la fermentation*, etc.; 2° de la part de M. *Ch. Ritter*, une brochure intitulée : *Influence des forêts sur les nappes liquides souterraines et sur la pluie.*

Innocuité des sels de cuivre. — Le mémoire dont M. le docteur Delthil a donné lecture à l'Académie dans la séance du 16 août dernier sur les « dangers de l'emploi de l'alun en contact avec le cuivre dans les préparations culinaires » ne pouvait manquer d'être combattu par M. le docteur *Galippe*;

et de fait, celui-ci n'a pas manqué de s'élever avec une grande vigueur contre les assertions contenues dans ce mémoire. Les phénomènes d'intoxication constatés par M. Delthil sur 15 personnes à la suite de l'ingestion d'un gâteau dit « Saint-Honoré », sont, dit-il, les phénomènes vulgaires qui accompagnent presque constamment la diarrhée, quand celle-ci se complique de vomissements répétés, de coliques et d'évacuations abondantes et douloureuses. Très peu de pâtissiers, du reste, dans la préparation du gâteau incriminé, additionnent d'alun les blancs d'œufs qu'ils battent sans eau dans une bassine de cuivre, afin de donner plus de blancheur à l'albumine; et l'expérience prouve que, si on ne laisse pas séjourner l'albumine dans le vase de cuivre, il n'y a pas de traces appréciables de ce métal entraîné ou dissous pendant l'opération; dans ces conditions l'albumine, battue a une réaction légèrement acide qu'il ne faut pas dépasser, et la saveur communiquée par l'alun est facilement dissimulable par l'addition du sucre. M. Delthil a prétendu que l'on ajoutait 1 gramme d'alun pour deux blancs d'œufs; M. Galippe déclare qu'à cette dose l'alun ne permet pas d'obtenir des « blancs d'œufs battus en neige », et que le mélange ainsi obtenu, en dépit du sucre qu'on y ajoute, a un goût des plus repoussants. Même si l'on admet avec M. Delthil qu'il s'est formé du sulfate de cuivre ammoniacal, ne sait-on pas que c'est un médicament bien supporté à des doses assez considérables dans le traitement d'un certain nombre d'affections nerveuses? Qu'on ait trouvé du cuivre dans la crème du « Saint-Honoré », cela devait être, car il suffit de faire bouillir de l'eau salée, et à plus forte raison de l'alun, au contact d'un vase de cuivre pour y retrouver ce métal et presque tous nos aliments en contiennent. La combinaison facile du cuivre avec les matières albuminoïdes n'est-elle pas depuis longtemps démontrée, par exemple dans le reverdissage des légumes par le sulfate de cuivre; or, on ne retrouve ce sel ni dans l'eau de cuisson, ni dans de lavage, ni dans les légumes; c'est que le sulfate de cuivre a formé une combinaison insoluble même dans l'eau bouillante avec de la légumine; les petits pois reverdis, par exemple, n'ont aucune saveur cuprique, et peuvent être consommés sans danger. Quand bien même la crème du « Saint-Honoré » renfermerait du sulfate de cuivre ammoniacal, ce sel étant très soluble, la crème aurait une saveur cuprique proportionnelle à la quantité de sel en solution et une coloration spéciale; dans les cas rapportés par M. Delthil, cette crème n'avait pas de saveur ni de coloration particulière. Or, cette saveur et cette coloration sont déjà très accentués à la dose de 2 centigrammes pour 50 grammes de crème, et si on la dépasse, la saveur est devenue tout à fait intolérable. On sait, en outre, que les sels solubles de cuivre provoquent très rapidement des vomissements. Si donc la crème n'avait aucune saveur cuprique, ni coloration, si elle n'a provoqué que des accidents à longue échéance, c'est qu'elle ne contenait pas de sulfate de cuivre ammoniacal; les accidents locaux observés, tels que la stomatite, ne pourraient être dus qu'à une solution concentrée; et M. Galippe ne peut admettre qu'on puisse avaler un tel corrosif sans s'en apercevoir. Des expériences bien connues, que M. Galippe a réalisées depuis longtemps, il conclut donc que rien dans le travail de M. Delthil ne l'autorisait à soutenir que les accidents qu'il a observés soient imputables au sulfate de cuivre ammoniacal dont il n'a nullement démontré la présence dans les aliments ingérés, et parce qu'il y a une disproportion évidente entre les accidents observés et la petite quantité du composé cuprique qui a pu être absorbé sans communiquer ni saveur, ni couleur à la crème ingérée. M. Galippe rapporte, en terminant, qu'il a pu absorber sans en être incommodé et malgré son aspect et sa saveur très repoussante, une crème obtenue après avoir fait bouillir du lait et des œufs dans un récipient de cuivre agitant constamment jusqu'à consistance de crème et laissant refroidir pendant vingt-cinq heures dans le vase. — La communication de M. Galippe est renvoyée à la commission déjà saisie de l'examen de celle de M. Delthil.

Iode naissant. — M. le docteur *Bernard* donne lecture d'un volumineux mémoire dans lequel il préconise l'emploi de l' « iode à l'état naissant » dans un grand nombre d'affections. Il voudrait que chaque médecin portât sur lui deux flacons, deux verres et deux pinceaux; les flacons contenant des « solutions iodogènes », l'un d'iodate de soude et l'autre d'acide tartrique; il étendrait sur la peau d'abord le premier de ces produits, puis le second, et l'on obtiendrait immédiatement la coloration caractéristique de la formation de l'iode. M. Bernard en fait l'application sur lui-même séance tenante, mais non sans l'avoir fait précéder de considérations « subjectives » dont M. le président renvoie l'examen à MM. Lasègue, Dujardin-Beaumetz et Luys.

Médication éthérée-opiacée contre la variole. — M. le docteur *Du Castel* a expérimenté la médication éthérée-opiacée dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine, chez des malades pour lesquels l'intensité des phénomènes généraux et l'abondance de l'éruption faisaient craindre une suppuration grave. Dans un grand nombre de cas, il y a eu absence de suppuration, arrêt de développement de l'éruption, petitesse remarquable des papules et des vésicules. Les malades sont entrés en convalescence du sixième au neuvième jour après le début de l'éruption. Dans les cas où la suppuration s'est produite, il y a eu diminution de son abondance, atténuation des phénomènes les plus pénibles. Le traitement doit être commencé dès qu'il y a imminence de variole grave, et le plus tôt possible; car lorsqu'il a été commencé après le quatrième jour de l'éruption, la suppuration a toujours eu lieu. La mort a été observée dans les formes hémorrhagiques ou dans quelques cas de suppuration à la suite d'accidents d'infection, mais alors il y avait eu encore amendement des phénomènes graves, salivation, dysphagie, etc. Le mode d'administration de ce traitement a été ainsi institué: 1° matin et soir, injection d'éther, une pleine seringue de Pravaz chaque fois; 2° extrait thébaïque de 10 à 20 centigrammes par jour dans une potion de 125 grammes, chez la femme la dose est le plus souvent de 15 centigrammes; chez les hommes, presque toujours de 20 centigrammes; 3° perchlorure de fer, quelques gouttes dans une potion de 125 grammes; l'extrait thébaïque et le perchlorure de fer sont donnés alternativement d'heure en heure, par cuillerée à bouche. — La médication éthérée-opiacée doit être réservée pour les formes graves, parce que les injections d'éther donnent presque toujours naissance à quelques eschares, quand elles ne sont pas faites profondément dans le tissu cellulaire et poussées lentement à l'intérieur. L'administration de l'éther à l'intérieur n'a donné que des résultats infidèles. Les malades chez lesquels l'évolution de l'éruption s'est arrêtée étaient tous, sauf un, d'anciens vaccinés. C'est donc la suppuration que combat la médication éthérée-opiacée, et son action est incomparablement plus marquée chez les sujets anciennement vaccinés. — Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Hérard, Lasègue et Marriotte.

BIBLIOGRAPHIE

Études médicales, faites à la Maison municipale de santé par le docteur Lecorché, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Maison municipale de santé et Ch. Talamon, interne des hôpitaux. — Paris, gr. in-8° de 650 pages, Delahaye et Lecrosnier, 1881.

Les médecins et chirurgiens d'hôpitaux rendraient un grand service à la science en publiant, à intervalles assez rapprochés, un compte rendu des faits cliniques les plus intéressants qu'ils ont pu suivre dans leurs services. Mais une observation, sans ces commentaires qui la vivifient en quelque sorte

pour le lecteur, reste le plus souvent dénuée de toute valeur scientifique ; c'est un corps sans âme. C'est ce qu'ont compris les médecins anglais qui nous donnent les comptes rendus de leurs hôpitaux, aussi bien que l'éditeur des *Charité-Annalen*, de Berlin. En France, M. Vulpian s'est également engagé dans cette voie en mettant au jour, avec le concours de M. Raymond, sa *Clinique médicale de la Charité* (1879).

Telle est aussi la pensée qui a guidé M. Lecorché dans la publication de ses *Études médicales*, faite en collaboration avec son très distingué interne, M. Talamon. Placé à la tête d'un des services les plus actifs de Paris, à la maison Dubois, M. Lecorché a pu dans une seule année (1879) recueillir de mille à douze cents observations et faire quatre-vingt-dix autopsies. « C'est à l'aide de ces éléments que j'ai pu, dit-il, » aborder l'étude de presque toutes les maladies du cadre nosologique. Ne voulant pas donner à propos de chacune de » ces maladies une description didactique, je me suis con- » tenté de relater les observations les plus importantes, en » faisant ressortir leur côté intéressant et en les utilisant » pour élucider certains points de pathologie ou de théra- » peutique actuellement à l'étude. »

Une analyse complète d'un ouvrage de ce genre est, on le conçoit, chose fort difficile ; force nous est donc de nous borner à une nomenclature rapide des sujets qui y sont traités avec quelques détails.

Les maladies de l'appareil uropoétique, et en général toutes les questions d'urologie, y occupent, comme le nom seul de l'auteur devait le faire prévoir, une place d'honneur. Les chapitres consacrés aux affections des reins, au diabète sucré, sont comme le complément des ouvrages classiques de M. Lecorché sur cette branche de la pathologie.

Sans insister sur l'étude étiologique et séméiologique du *diabète sucré*, nous avons à signaler certaines considérations originales afférentes à l'anatomie et à la physiologie pathologiques de ce syndrome morbide. Pour M. Lecorché, le diabète, névrose du foie, ne saurait avoir pour origine une lésion du pancréas. Par contre, il entraîne toujours un état congestif du foie, auquel succèdent à la longue, dans les formes chroniques, des lésions inflammatoires du tissu conjonctif, une véritable cirrhose hépatique. A cette période, le sucre disparaît des urines, parce que l'élément cellulaire, chargé de la glycogénèse, a subi une désintégration profonde.

Les nombreuses observations de *néphrite*, soit parenchymateuse, soit interstitielle, que M. Lecorché a recueillies, lui permettent de revenir sur les points les plus contestés de son histoire, tels que la pathogénie de l'œdème albuminurique et de l'hypertrophie cardiaque du mal de Bright. Ses conclusions, auxquelles nous ne saurions d'ailleurs souscrire sans réserves, sont à peu près identiques à celles qu'il formulait dans son *Traité des maladies des reins*.

Plus loin, on trouvera une étude complète, fondée sur six observations intéressantes, de la *dégénérescence amyloïde* des reins.

Le chapitre consacré à la *goutte* est également fort instructif ; car la population spéciale de la maison Dubois a donné à M. Lecorché l'occasion d'élucider certaines questions encore obscures, telles que les caractères de l'urine pendant et en dehors des attaques, l'influence de celles-ci sur la température, les déformations périarticulaires, qui, les unes sont d'origine inflammatoire, les autres proviennent de dépôts ophiacés, soit cutanés, soit sous-cutanés, enfin la goutte anormale.

Parmi les maladies du *tube digestif*, M. Lecorché insiste principalement sur le catarrhe chronique de l'estomac avec les troubles nerveux si variés dont il est souvent le point de départ, et sur la typhlite avec ses récidives ou ses rechutes fréquentes, trop peu étudiées jusqu'à ce jour.

A propos des *maladies du foie*, M. Lecorché fait surtout œuvre de critique. Il montre, observations en main, combien, malgré les progrès récents, nous sommes encore loin de posséder une classification satisfaisante des cirrhoses ; d'autre part, par son étude de l'urine dans la fièvre et en général dans les affections hépatiques, il fait voir que le rôle de cette glande n'est pas aussi considérable que le croient certains auteurs dans la production de l'urée, tandis qu'il paraît prépondérant dans la production de l'acide urique.

L'analyse des urines dans la pneumonie conduit l'auteur à une conclusion qui est en contradiction avec les idées anciennes, à savoir la diminution de l'urée pendant la période d'augmentation de certaines maladies fébriles.

Plusieurs observations remarquables de tuberculose aiguë ou chronique, des considérations intéressantes sur le cœur forcé, la pathogénie et l'asystolie, etc., méritent également d'être relevées.

L'encéphalite aiguë, l'aphasie, l'atrophie musculaire dans l'hémiplégie de cause cérébrale, la syphilis cérébrale, l'étiologie et les complications du tabes ataxique, la paraplégie spasmodique, pour les affections de l'axe cérébro-spinal, certaines manifestations de l'hystérie et de l'épilepsie, les formes frustes de la paralysie agitante, enfin un fait intéressant de myxœdème, pour les névroses, ce sont autant de sujets encore obscurs auxquels M. Lecorché apporte une précieuse contribution.

Il est plus bref, et nous ne pouvons que le regretter, sur les *maladies générales*, ou infectieuses. Et cependant, nous devons appeler l'attention sur les pages consacrées à l'angine typhique, aux diverses modalités cliniques confondues sous les dénominations si vagues d'embarras gastrique fébrile ou de fièvre catarrhale, à la leucocytose diphthérique.

Enfin, cet excellent ouvrage se termine par une étude très complète de l'action du salicylate de soude sur certains principes constitutifs de l'urine dans le rhumatisme articulaire aigu. Au début, ce médicament élève la densité et la coloration de l'urine sans en augmenter la quantité ; puis, à la période de convalescence, se produit une polyurie plus ou moins abondante avec abaissement de la densité et de la coloration au-dessous de la normale. L'urée et l'acide urique subissent une hausse énorme, qui, débutant d'ordinaire dès les vingt-quatre premières heures, dure de trois à quatre jours. Le taux de l'acide phosphorique s'élève en même temps que celui de l'urée et de l'acide urique.

Quelque incomplète que soit cette analyse, nous en avons assez dit, ce semble, pour montrer la valeur et l'utilité de cet ouvrage où sont réunis et déjà élaborés un grand nombre de documents sur les principales questions de clinique médicale.

L. Dreyfus-Brisac.

VARIÉTÉS

Traitement des chargés de cours. — Le *Journal officiel* du 21 août publie un rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts au président de la République relatif au traitement des chargés de cours qui occupent dans les Facultés des chaires magistrales.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. le président de la République a rendu le décret suivant :

Article premier. — Le traitement des chargés de cours qui occupent, à titre provisoire, dans les Facultés, une chaire magistrale, est fixé à Paris à 7500 francs, dans les départements à 5500 francs.

Art. 2. — Lorsqu'un professeur est autorisé à se faire suppléer, le suppléant reçoit, sur le traitement brut du titulaire, un traitement égal à celui d'un chargé de cours.

Art. 3. — Le chargé de cours ou le suppléant qui occupe dans la Faculté un ou plusieurs autres emplois ne peut, par des traitements cumulés, dépasser le traitement minimum d'un professeur titulaire.

S'il y a excédent, il sera fait sur le ou les traitements qu'il cumule avec celui de suppléant ou de chargé de cours, une réduction dont le montant sera réparti à titre d'indemnités extraordinaires entre les fonctionnaires qui l'auront remplacé dans les travaux

qui lui incombaient en dehors des fonctions de suppléans ou de chargé de cours.

Ces dispositions s'appliquent également aux chargés de cours supplémentaires.

Art. 4. — Le chargé du cours ou le suppléant qui avait dans l'enseignement secondaire un traitement fixe soumis à retenue supérieur à celui qui, dans la Faculté, lui est régulièrement acquis, reçoit une indemnité supplémentaire, soumise à retenue, qui lui assure un traitement égal à celui dont il jouissait dans l'enseignement secondaire.

Art. 5. — La même indemnité compensatrice est assurée, s'il y a lieu, au professeur de l'enseignement secondaire qui devient titulaire de l'enseignement supérieur.

Art. 6. — Ne bénéficient pas forcément des dispositions des articles 1er, 4, 5, les professeurs, les suppléants et les chargés de cours qui cumulent plusieurs fonctions rétribuées par l'État.

Art. 7. — Le professeur titulaire peut se faire suppléer aux examens en abandonnant sur son traitement une somme égale à la moitié du traitement d'un chargé de cours. Cette somme est attribuée, à titre d'indemnité extraordinaire, à son suppléant.

Ce mode de suppléance ne peut être autorisé que pour une année entière et après délibération spéciale de la Faculté, approuvant, en principe, la suppléance et le choix du candidat, qui est présenté à la nomination du ministre.

Art. 8. — La suppléance pour le cours, le titulaire gardant le service des examens, peut avoir lieu dans les mêmes conditions.

L'indemnité, non soumise à retenue, attribuée au suppléant par l'article 7, lui est acquise intégralement, quelle que soit la durée du cours.

Art. 9. — Le droit de se faire suppléer partiellement, comme il est dit aux articles 7 et 8, ne peut être accordé, chaque année, qu'à un sixième des professeurs titulaires dans une même Faculté, et quand il est démontré que le service de la Faculté ne sera pas compromis par cette mesure.

Dans les Facultés de médecine, les suppléants pour les examens peuvent être pris parmi les agrégés libres.

Art. 10. — Le présent décret, dont les dispositions ne sont pas applicables aux Facultés de théologie, est exécutoire à partir du 1er novembre 1881.

Faculté de médecine de Paris. — M. Legroux, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1881-1882, du cours auxiliaire de pathologie interne.

M. Marchand, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1881-1882, du cours auxiliaire de pathologie externe.

M. Cadiat, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Faguet est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Gautier est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques de chimie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Gay, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Laborde est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Gombault est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique, pendant l'année scolaire 1881-1882.

MM. Gaucher et Variot sont maintenus dans les fonctions de préparateurs adjoints des travaux pratiques d'histologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

Chefs de clinique. — Sont nommés, pour deux ans, à la Faculté de médecine de Paris : 1° Chefs de clinique médicale : MM. Talamou (Charles), en remplacement de M. Oulmont, dont le temps d'exercice est expiré; Josias (Albert), en remplacement de M. Déjerine, dont le temps d'exercice est expiré. — 2° Chef de clinique adjoint : M. Jean (Alfred), en remplacement de M. Dreyfous, dont le temps d'exercice est expiré. — 3° Chefs de clinique chirurgicale (emplois nouveaux) : MM. Henriet (Léon), Duret (Henri). — 4° Chefs de clinique adjoints : MM. Picqué (Lucien), Redard (Jean-Paul).

Mission. — Par arrêté du président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. le docteur Billod, médecin en chef, directeur honoraire des asiles d'aliénés de la Seine, a été chargé d'une mission en Italie, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses.

Asile Sainte-Anne. — La chaire clinique de pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris, qui ne possédait jusqu'à présent à l'asile Sainte-Anne que des malades du sexe masculin, va être complétée, dans l'intérêt de l'enseignement pratique de ces affections, par un service de femmes. La décision en a été prise par le Conseil général, dans sa dernière session, sur la demande du doyen de la Faculté, approuvée et transmise par le ministre de l'instruction publique au ministre de l'intérieur. (*Union médicale.*)

Décret. — Le président de la République française, d'après les vœux émis par le Conseil général du département d'Alger, et l'avis du ministre de la guerre, a rendu, à la date du 28 juillet 1881, les deux décrets suivants :

1° Le village de Souk-el-Tiéta, sur le territoire de la tribu de Mechdallah (commune mixte de Beni-Mansour, département d'Alger), portera à l'avenir le nom de *Maillot*, pour perpétuer le souvenir des services rendus à la colonisation par le docteur Maillot, ancien médecin-inspecteur des armées.

2° Le village de Ben-N'Aria, nouvellement créé dans le douar des Heumis (commune mixte de Ténès, département d'Alger), portera à l'avenir le nom de *Flatters*, pour perpétuer le souvenir du lieutenant-colonel Flatters, mort victime de son dévouement en remplissant une mission scientifique dans le Sahara.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 25 août 1881, M. le docteur Gillet (Paul-Louis), médecin principal du *Trident*, a été promu au grade d'officier.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. Richard, pharmacien de première classe de la marine, qui vient de succomber à la fièvre jaune, qui décime en ce moment notre colonie du Sénégal.

Mortalité a Paris (34e semaine, du vendredi 19 au jeudi 25 août 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 995, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 12. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 39. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 36. — Bronchite aiguë, 20. — Pneumonie, 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 104; au sein et mixte, 64; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 66; de l'appareil circulatoire, 50; de l'appareil respiratoire, 47; de l'appareil digestif, 61; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 48. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 34e semaine. — La mortalité générale s'est encore abaissée cette semaine, durant laquelle le nombre des décès est descendu à 995. Bien que la différence entre ce chiffre et celui de la 33e semaine (1024) soit assez faible, elle est intéressante à constater, parce qu'elle porte principalement sur le groupe des affections épidémiques, qui peuvent, à bon droit, être considérées comme fournissant surtout les signes caractéristiques de l'état sanitaire de la population. La fièvre typhoïde est revenue au chiffre de 38 décès, qui avait été celui de la 32e semaine (il s'était élevé à 50 pendant la 33e); la variole a occasionné 12 décès (contre 14 la 33e semaine); la scarlatine 8 (au lieu de 14); la diphthérie 39 (au lieu de 44).

Comme cela arrive toujours en pareil cas, la diminution de la chaleur a coïncidé avec l'atténuation du nombre des décès par athrepsie. Ce nombre a été de 173, comprenant 64 enfants nourris au sein, 104 au biberon, et 5 dont le mode d'alimentation n'a pas été indiqué.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie Émile Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 8 septembre 1881.

Académie de médecine : DYSMÉNORRHÉE PSEUDO-MEMBRANEUSE. — GOMME SUPPURÉE DU TESTICULE.

Dysménorrhée pseudo-membraneuse.

Un rapport de M. Marrotte, qui rend justice aux consciencieuses recherches de M. Du Castel, dont nous avons parlé dans notre dernier numéro ; une très intéressante leçon de M. Bouley, déjà professée au Muséum et reproduite devant l'Académie pour bien faire connaître les résultats obtenus par l'inoculation préventive du virus de la péripneumonie bovine ; enfin, une lecture faite par M. de Sinéty, tel est le bilan de la dernière séance académique. En raison de l'intérêt pratique qu'elle présente nous signalerons plus spécialement la communication de M. de Sinéty. Notre très distingué confrère a étudié avec le plus grand soin les symptômes de la dysménorrhée pseudo-membraneuse, c'est-à-dire de l'exfoliation pathologique de la muqueuse utérine. Contrairement à l'opinion généralement admise, il a reconnu que la muqueuse utérine n'est point éliminée à chaque menstruation. Toutes les fois qu'elle s'exfolie, il y a dysménorrhée ; mais, par conséquent, cette évacuation de produits pseudo-membraneux ne constitue pas une maladie spéciale, une entité morbide. Elle s'observe, avec ou sans métrite, toutes les fois qu'il y a infiltration trop intense des couches profondes de la muqueuse utérine, compression de ses vaisseaux et élimination des tissus sus-jacents. Tout ce qui empêche le sang de s'écouler au dehors par le réseau vasculaire superficiel de la muqueuse peut donc être cause de dysménorrhée pseudo-membraneuse, et, par conséquent, il convient non de constater l'exfoliation des lambeaux membraneux, mais d'étudier avec soin leur structure histologique pour pouvoir poser un diagnostic. Les nombreuses discussions qui ont eu lieu au sujet de la nature de cette forme de la dysménorrhée donnent aux considérations développées par M. de Sinéty un très sérieux intérêt.

Gomme suppurée du testicule.

I

En 1840, lors de ses premiers travaux, Ricord distinguait deux formes de sarcocèles syphilitiques : l'une,

FEUILLETON

Quelques épidémies du quinzième siècle (1403-1445).— **Le tac ou horion, la dando, la bosse, la variole.**

Parmi les époques funestes de l'histoire de notre nation, les premières années du quinzième siècle sont certainement les plus fécondes en commotions politiques et en malheurs publics. De nombreux fléaux désolèrent la France entière, mais surtout Paris et l'Isle de France.

L'invasion, la famine, les perturbations atmosphériques, les épidémies enfin, inséparables, comme toujours, des grandes calamités, tous les maux qui peuvent affliger l'humanité s'accumulèrent dans l'espace de quelques années sur cette malheureuse capitale du royaume. Champ de bataille des factions politiques, théâtre d'incessants combats, de massacres, d'émeutes, cette malheureuse ville, devenue l'enjeu des factions, fut éprouvée par tous les malheurs.

L'œuvre destructive que la guerre et l'invasion avaient commencée, les éléments l'achevèrent ; une misère sans exemple accablait, décimait la population et préparait un terrain favorable au développement des maladies contagieuses. Hommes et éléments concouraient donc pour jeter la désolation et la mort dans Paris et dans ses environs.

Du fait des éléments, hivers exceptionnellement rigoureux, chaleurs excessives en été ou en automne, ouragans, inondations ; du fait des hommes, ravages des campagnes par les belligérants, impossibilité d'ensemencer les terres ou de récolter les moissons, pillages des faubourgs, luttes sanglantes dans la ville, tour à tour aux mains des Armagnacs et des Bourguignons, insurrection des Maillotins, massacres de nombreuses victimes, dont les corps sans sépulture ou incomplètement ensevelis devenaient une cause d'infection, tel était l'état moral et physique de Paris, pendant la période com-

caractérisée par l'épaississement de l'albuginée et de la charpente fibreuse de la glande, c'est l'orchite interstitielle ou albuginite; l'autre, dont la terminaison ordinaire est la fonte purulente et qui consiste dans le développement de dépôts caséeux au sein du parenchyme, c'est la gomme du testicule.

Pour cette seconde forme, « que la gomme siège dans le corps même de l'organe ou qu'elle soit située dans l'épaisseur de l'épididyme, la bosselure se prononce de plus en plus, devient de plus en plus irrégulière, finit par s'enflammer et suppurer; elle constitue un petit abcès assez indolent qui permet l'élimination de la gomme et laisse à sa place un ulcère fistuleux assez semblable à ceux qu'on observe à la suite de la fonte des tubercules. »

Cinq ans plus tard, les opinions de Ricord se modifient tout à coup; sans nous expliquer ce soudain revirement, il s'écrie: « On peut formuler cette loi générale à laquelle aucun cas ne se dérobe, le testicule syphilitique ne suppure jamais. » Cette éclipse totale de la forme gommeuse persiste dans ses écrits ultérieurs, et, à partir de cette époque, pour l'illustre clinicien du Midi et pour ses élèves, les ulcérations du scrotum proviennent soit de la fonte d'un tubercule, soit d'une gomme des enveloppes, peut-être même de l'albuginée, mais jamais du parenchyme glandulaire.

Je ne sais par quelle bizarre exclusion la glande spermatique fut déclarée inapte au développement de la gomme. La vérole peut bien déposer des masses caséeuses dans le cerveau, les poumons, le foie et les reins; aucun viscère, pas même le cœur, n'échappe au syphilome; seul le testicule est toujours indemne. On avait beau publier des observations de gommes trouvées au hasard des autopsies ou dans des testicules enlevés comme cancéreux, l'autorité de Ricord était telle, que, pendant plus de trente ans, son opinion seconde, exposée dans ses articles, ses leçons cliniques, ses annotations au livre de Hunter, son Atlas de l'hôpital des vénériens, fut admise avec toute la rigueur d'un dogme.

Cependant, si nos livres classiques se prononçaient hardiment dans le sens de Ricord, quelques auteurs se tenaient sur une prudente réserve. M. Gosselin déclare dans sa traduction de Curling n'avoir jamais vu suppurer l'orchite syphilitique, mais il n'est pas démontré, pour lui, « que les sarcocèles non traités ou mal traités, surtout chez des sujets affaiblis, ne puissent arriver à suppuration; ce serait seulement une terminaison tout à fait exceptionnelle. »

La *Pathologie des tumeurs* de Virchow contient, il est vrai, une étude remarquable de la gomme, mais on y trouve la même erreur clinique : la gomme ne suppure pas. « Les dépôts caséeux se développent tantôt dans l'albuginée épaissie, tantôt dans les callosités du parenchyme même... Comme il existe une certaine quantité de substance intercellulaire fibreuse, ils sont habituellement compactes, secs et fermes... On peut facilement les confondre avec le tubercule... On n'a pas constaté que cette tumeur gommeuse pût s'ulcérer et s'ouvrir... »

Telles sont aussi les opinions de M. Lancereaux : « D'un volume qui varie de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette, d'une noix ou même d'un œuf, ces dépôts arrondis ou mamelonnés, d'une coloration grisâtre ou d'un blanc jaunâtre, ont une consistance ferme qui devient plus molle vers le centre; à la coupe, ils sont secs... Entourés dès leur début d'une aréole grisâtre, ils sont enveloppés plus tard d'une sorte de capsule blanchâtre dont il est parfois difficile de les séparer... Quant à la suppuration, tout porte à croire que le testicule syphilitique n'y est pas sujet. Cette opinion, qui est celle du professeur Gosselin, de Ricord et la nôtre, a l'avantage de reposer sur des faits nombreux. » A ces noms, M. Lancereaux pouvait ajouter ceux de Cornil et Ranvier, car ces auteurs écrivent : « On n'a pas d'observation positive de suppuration et d'ouverture à l'extérieur, de gomme du testicule. »

Plus près de nous encore, M. le professeur Fournier, dans ses séduisantes *Leçons sur le sarcocèle syphilitique*, dit n'avoir pas observé de gomme suppurée. Il sait seulement que des masses circonscrites ou infiltrées ont été trouvées dans le parenchyme de la glande spermatique, mais il ignore leur évolution : « Peuvent-elles, en se ramollissant, s'ouvrir une voie à travers l'albuginée et les enveloppes du testicule? Tout cela nous échappe et nous échappera sans doute longtemps encore, car nous ne laissons pas à ces lésions, facilement curables, la liberté de suivre leur évolution complète. »

« Cependant, ajoute-t-il, *nous sommes autorisés à croire*, dès aujourd'hui, que les gommes testiculaires ou épididymaires affectent l'évolution de toutes les autres gommes; elles se ramollissent, ulcèrent les parties ambiantes et finalement se fraient une voie au dehors. Il est *vraisemblable*, par exemple, que les gommes épididymaires sont l'origine de certaines fistules qui, traitées par l'iodure de potassium, guérissent avec une rapidité significative. De même aussi certains foyers ne dérivent, *suivant toute probabilité*, que de gommes ayant abouti à ulcérer l'albuginée et les enveloppes des bourses. »

---

prise entre les années 1403 et 1445. Pendant plus de quarante ans, c'est à peine si quelques courts entr'actes interrompirent ce long drame, dans lequel tout conspirait pour abattre physiquement les hommes les plus robustes et moralement les énergies les plus fermes. Aussi, dans cette période, les maladies épidémiques furent-elles très nombreuses, et la mortalité très considérable. Nous en trouvons la preuve dans une chronique célèbre : le *Journal d'un bourgeois de Paris* de 1405 à 1449, dont un éminent archiviste, M. Alexandre Tuetey vient de donner une édition, dans laquelle sa patiente érudition a pu restituer et compléter certains passages mal connus ou même ignorés, et donner ainsi à ce récit un attrait véritable et une valeur considérable à la fois pour l'historien et pour l'hygiéniste.

Au moyen de la restitution de ces éphémérides, souvent mal copiées ou incomplètement citées par les chroniqueurs des siècles suivants, il est possible de jeter un coup d'œil sur les épidémies parisiennes des premières années du xve siècle.

Si, parmi ces épidémies, il en est quelques-unes dont les symptômes et les noms mêmes nous sont inconnus, il en est d'autres dont les descriptions plus complètes permettent de déterminer la nature. Telles sont celles qui reçurent les noms populaires de la *coqueluche*, du *tac* ou *horion*, de la *bosse* et de la *dando*.

Il n'est pas douteux que le développement de certaines d'entre elles fut influencée par des causes atmosphériques, et préparé indirectement par les événements politiques dont les conséquences furent désastreuses pour la santé publique. Sans donner à certaines de ces causes lointaines une importance trop grande, il est peut-être utile d'imiter l'exemple de Marchal (de Calvi) (*Thèse pour l'agrégation*, 1852) et d'établir dans le tableau synoptique suivant les relations possibles, mais non toujours constantes, qui existent entre l'évolution de telles épidémies et la marche des phénomènes atmosphériques ou des événements politiques.

II

Il est surprenant que les travaux sur le fongus bénin n'aient pas détruit de fond en comble l'opinion de Ricord et de Virchow sur la non-suppuration de la gomme. Dès 1858, Rollet avait démontré que les enveloppes des testicules peuvent s'ouvrir pour livrer passage à une masse fongueuse qui s'étale sur le scrotum. Une fois l'attention éveillée, il semblait qu'on aurait dû surprendre la phase intermédiaire et reconstituer l'évolution complète de la gomme. Il n'en est rien, et la suppuration du testicule est soupçonnée et non prouvée.

Nous voyons les mêmes incertitudes, en 1875, dans l'excellente thèse de Moutier. Evidemment, le doute est ici plus pressant; l'auteur demande s'il ne faudrait pas, à l'encontre des idées courantes, admettre la suppuration des gommes, mais il ne peut apporter pour résoudre cette question, aucun fait où, sous les yeux de l'observateur, un dépôt caséeux se soit ramolli et ouvert. En tout cas, pas plus que Rollet, il ne suppose que la gomme puisse s'ulcérer sans donner naissance au fongus. La tumeur granuleuse paraît être, pour eux, la terminaison nécessaire de la perte de substance des enveloppes.

Seul, à cette époque, Kocher (de Berne), dans le *Compendium* de Pitta et Billroth, « conteste formellement l'assertion de Virchow, soutenue par Diday, que le testicule syphilitique ne s'ulcère pas. La peau s'infiltre d'un exsudat plastique, rougit, perd sa souplesse et l'ouverture se produit... Il s'écoule une faible quantité de liquide séro-purulent, souvent avec des lambeaux de tissu... La fistule reste ouverte, souvent durant des mois et sa sécrétion est peu abondante. » Il nous cite des observations assez probantes pour que M. Jullien eût pu supprimer le conditionnel dans cette phrase de son récent *Traité :* « Les gommes seraient susceptibles de se ramollir... Une inflammation les ferait adhérer aux téguments... »

Notre collègue et ami M. Reynier, qui ne semble pas connaître le travail de Kocher, publia, en 1875, dans les *Archives générales de médecine*, un rapide mémoire sur le sarcocèle gommeux. Il nous donne deux observations personnelles, où le dépôt ramolli paraît avoir eu l'albuginée pour siège; il n'y eut point de fongus consécutif; l'auteur en conclut que, seules, les gommes du parenchyme provoquent l'apparition des granulomes. Cette opinion est absolument erronée, le mémoire de M. Reynier n'en est pas moins, avec celui de M. Terrillon, le premier où nous voyons en France affirmer la suppuration des syphilomes testiculaires.

Cette forme de la syphilis du testicule n'a donc été l'objet que de recherches incomplètes. Aussi, pour démontrer son existence, douteuse encore pour quelques-uns, mon ami M. Minière et moi avons recueilli le plus grand nombre possible d'observations, où il nous a été loisible de puiser les éléments de la description qui va suivre.

III

Sur une glande qui présente déjà les signes du sarcocèle scléro-gommeux, on voit apparaître des symptômes nouveaux qui modifient singulièrement le tableau clinique. Les bourses, jusqu'alors indolores, deviennent le siège de souffrances le plus souvent localisées, mais qui peuvent irradier vers le trajet inguinal, les lombes ou la racine du membre inférieur. En même temps, le testicule grossit par poussées successives; sa forme s'altère, et du bord antérieur de l'organe se détache une saillie du volume d'une noisette qui pointe dans la vaginale et adhère aux enveloppes qu'elle soulève.

Pendant quelques jours, quelques semaines peut-être, ce sont là les seuls phénomènes. Puis le scrotum, œdémateux depuis la fusion des enveloppes et leur union au testicule, s'indure et rougit en un point limité au niveau de l'adhérence. La peau, de couleur vineuse, semble recouvrir une collection purulente; mais lorsqu'on palpe la nouvelle tumeur, loin de trouver de la fluctuation, les doigts sont arrêtés par des tissus de consistance cartilagineuse, lisses ou parsemés à leur base de ces petites saillies verruqueuses, caractéristiques de l'orchite syphilitique. La pression y réveille des douleurs sourdes, moins vives que les douleurs spontanées dont nous avons signalé la fréquence.

Si le médecin n'est pas consulté ou s'il n'applique pas un traitement rigoureux, la tumeur, au bout d'un temps variable, se ramollit à son sommet. La peau, soulevée par une collection, s'ulcère, et par cette perte de substance s'échappe une matière puriforme, sorte de sérosité filante, mêlée à des grumeaux blanchâtres. L'écoulement se tarit bientôt, et l'aspect de la gomme nous semble alors caractéristique.

Sur la partie antérieure du scrotum, souvent épaissi et rigide, s'est creusée une ulcération dont le diamètre variable dépasse rarement 3 ou 4 centimètres. Les bords violacés, décollés et taillés à pic, circonscrivent une cavité déchiquetée en général et anfractueuse de 1 à 3 centimètres de profondeur. Les parois, presque sèches, à peine humectées d'un liquide filant, surplombent cette sorte de cratère au fond duquel se montre une matière d'un jaune blanchâtre qui rap-

1403. Coqueluche, en avril.
1414. Tac ou Horion, en février et mars; brouillards froids, vents violents.
1418. Bosse, de juin à novembre; grandes chaleurs en août, guerres, émeutes.
1421. Épidémie indéterminée en novembre; disette, famine, hiver prolongé.
1422. Variole, en juin et juillet; grandes chaleurs en juin.
1427. La Dando, en septembre; hiver et été très froids, chaleurs subites et excessives en octobre.
1432. Épidémie indéterminée en septembre; disette, cherté des vivres; mai très froid, juillet pluvieux, août grandes chaleurs.
1433. Bosse, en juillet et août; printemps froid, été très chaud.
1445. Variole, d'août à décembre.

Parmi ces maladies contagieuses, la coqueluche, le tac ou horion, se montrèrent à l'automne et au printemps, succédant à des froids prolongés, à des vents violents et à de brusques changements de température. Le mode de développement, d'une part, et leurs symptômes d'autre part, en font des affections catarrhales : c'est sous ces noms que je les grouperai.

La bosse, au contraire, était une épidémie estivale, débutant en juillet et en août, après des chaleurs excessives, et durant jusqu'en décembre. Cette époque d'apparition lui étant commune avec la variole, et comme d'autres caractères l'en rapprochent encore, je réunirai ces deux affections dans une même catégorie.

Restent les maladies contagieuses de nature indéterminée faute de détails et de documents. Seraient-elles de même nature que la variole et la bosse, ou bien seraient-elles des épidémies de typhus ou d'ergotisme? Leur développement après de grandes famines donne une certaine valeur à cette opinion, qui a été émise par le docteur Marchand, relativement à la nature de certaines épidémies du moyen âge. (Marchand, Thèse inaugurale. Paris, 1873.)

Dans l'impossibilité de trancher cette question, il ne reste

pelle le bourbillon de l'anthrax. Avec une pince on peut en saisir quelques lambeaux, et on reconnaît la structure de la gomme, un tissu formé par l'enchevêtrement de travées fibreuses un peu transparentes et des amas de granulations jaunâtres. Quelquefois l'expulsion est active et la substance bourbillonneuse vient s'exprimer par une hernie de la grosseur d'un pois ou d'un haricot entre les lèvres de l'ulcère.

Cet état peut devenir stationnaire. La gomme s'expulse lentement, et derrière elle, peut-être, se déposent de nouveaux amas, qui seront expulsés à leur tour. Toujours est-il qu'on ne connaît guère la cicatrisation spontanée. L'ulcère augmente, s'étend et parfois livre passage au fongus, que nous avons étudié dans un autre article. Le scrotum s'épaissit encore et prend même, dans certains cas, un aspect un peu éléphantiasique. Il n'y a pas de tendance à la réparation. Mais lorsque le traitement antisyphilitique est prescrit, la substance gommeuse disparaît rapidement, la plaie se déterge, des granulations tapissent les parois et comblent le fond de l'ulcère, qui vient affleurer les téguments. La perte de substance a disparu, et l'on ne trouve plus qu'un cordon fibreux qui relie le testicule aux enveloppes scrotales. Le cordon peut se résorber, et seule la cicatrice déprimée du scrotum témoigne des lésions qu'a provoquées le ramollissement de la gomme.

IV

Telle est l'évolution la plus ordinaire de la gomme. Revenons maintenant sur ces symptômes pour étudier, nos observations à la main, leur fréquence, leur valeur relative et les variations qu'ils peuvent présenter.

La douleur, le plus souvent, est vive. Son acuïté contraste avec l'indolence de l'orchite interstitielle. Sur nos neuf observations de gommes suppurées, sept fois le malade accuse de la souffrance parfois tellement intense que le médecin est consulté pour elle seule. Elle est alors contusive ou lancinante, continue, parfois avec exacerbations nocturnes. Tantôt elle est limitée à la glande, tantôt elle irradie vers la racine de la cuisse et les lombes en suivant le trajet du cordon; dans d'autres cas, elle est faible et très supportable, et ne prend une certaine intensité que dans les quelques jours qui précèdent l'ulcération de la peau et l'évacuation de la gomme.

Ce n'est pas, en effet, la présence de la gomme dans le parenchyme qui provoque cette douleur. Le néoplasme, en envahissant le testicule, se dépose à froid. La souffrance est nulle ou presque nulle tant que les phénomènes inflammatoires qui accompagnent le ramollissement ne s'éveillent pas. C'est ainsi qu'elle n'est notée ni dans notre première observation, ni dans le cas de M. Nepveu : les gommes n'avaient encore déterminé aucun travail d'élimination. Mais lorsque la masse caséeuse agit comme éperon, lorsque les tissus avoisinants s'échauffent, que le scrotum devient rouge et adhérent, la douleur, qui d'ordinaire accompagne les symptômes aigus, éclate dans la glande, dont les dépôts gommeux étaient indolents jusqu'alors.

L'ulcère, qui s'ouvre toujours en avant du scrotum, — et cela est un caractère important, — est d'une surface généralement peu étendue, si ce n'est lorsque deux ou trois orifices se joignent pour n'en former qu'un seul. Il gagne souvent en profondeur, et, dans ce sens, peut mesurer jusqu'à 3 centimètres et même davantage. Les tuniques d'enveloppe, hypertrophiées sous l'influence d'une inflammation chronique, augmentent d'autant la cavité. Le syphilome peut être superficiel, se développer à fleur d'albuginée ou dans l'épaisseur même de cette membrane. Dans d'autres cas, c'est en pleine substance séminifère, tout près du corps d'Highmore, que le néoplasme prend naissance : aussi son évacuation provoque-t-elle alors le creusement d'une véritable caverne.

L'expulsion de la substance gommeuse ne se fait pas toujours de la même façon. Parfois elle s'échappe de l'ouverture du scrotum en petits grumeaux délayés dans une assez grande quantité de sérosité filante, et, au fond du cratère, on aperçoit une masse jaunâtre que l'on retire avec une pince ou qui s'exfolie, lentement entraînée par l'exsudation des liquides. Parfois, au contraire, lorsque la gomme est volumineuse ou que plusieurs gommes voisines s'ouvrent les unes dans les autres, des masses abondantes viennent faire saillie à la surface de l'ulcère. Chaque jour une poussée nouvelle rejette au dehors un petit peloton semblable à de la filasse mouillée et formé par l'enchevêtrement de fibres grêles et friables. On pourrait croire, au premier abord, qu'il s'agit de tubes séminifères. Il n'en existe pas un seul : ce sont les traînées conjonctives de la trame gommeuse. Tandis que les amas cellulaires se sont ramollis et dissous, les fibres ont résisté et donnent au résidu cet aspect caractéristique.

L'évolution de la gomme se fait souvent par soubresaut. Rarement le néoplasme provoque une inflammation de voisinage, se ramollit, ulcère les enveloppes et s'évacue sans coup férir. Une distinction cependant est nécessaire. Nous avons jusqu'ici confondu dans une même description les gommes développées en plein testicule et celles qui ont l'albuginée et

---

qu'à citer les textes suivants relatifs à ces épidémies indéterminées.

Épidémie de novembre 1421, d'après le *Journal d'un bourgeois de Paris :*

« En ce temps estait très grant mortalité et tous mouraient de chaleur qui au chef les prenoit et puis la fièvre, et mouroient sans rien ou prou empirer de leur char; et toutes femmes ou les plus jeunes gens. » (*Journal d'un bourgeois de Paris*, p. 184.)

Une épidémie connexe peut-être avec cette maladie força, la même année, le roi d'Angleterre à quitter Orléans pour Beaugency. Juvénal des Ursins a noté dans son journal la mortalité qu'elle causa dans cette année : « Or, il se mist dans son ost une merveilleuse pestilence de flux de ventre; et, trouvait-on de ses soldats morts parmi les chemins, en divers lieux, tellement qu'on dit qu'il en mourut bien de ladite maladie trois ou quatre mille. » (*Juvénal des Ursins*, p. 372.)

Cette maladie était peut-être la dysenterie. Au reste, il ne se passait pas d'année où quelque épidémie ne régnât dans une province du royaume. En 1420, par exemple, le diocèse de Sens avait été ravagé par une maladie contagieuse, que contracta Eustache de l'Aistre, chancelier de France, envoyé en Champagne pour les négociations qui précédèrent le traité de Troyes. Il en mourut le 14 juin 1420. (*Archiv. nat.*, 1430, fol. 214.)

Épidémie de septembre 1432. — Cette affection contagieuse, dont nous ignorons le nom et qui régna sur les jeunes gens et les enfants, fut peut-être une épidémie de bosse, maladie qui devait sévir cruellement l'année suivante. Le *Journal d'un bourgeois de Paris* rapporte son existence dans le texte suivant : « En cellui temps estoit très grant mortalité sur jeunes gens et sur petits enfants, et tout d'épidémies. » (*Loc. cit.*, p. 288.)

l'épididyme pour siège. Il est probable que les premières ne s'ouvrent qu'après une longue période de douleurs aiguës et d'alternatives de gonflement.

N'en fut-il pas ainsi, par exemple, pour un pilote d'Ithaque observé chez M. Panas? A vingt-deux ans il prend un chancre, et pendant treize ans voit se dérouler les principales manifestations de la syphilis. Les testicules sont envahis à leur tour, et quinze mois s'écoulent entre la première atteinte de la glande et l'évacuation finale de la gomme. Durant ce laps de temps on note de nombreuses alternatives dans l'évolution du syphilome, des poussées aiguës, de la tuméfaction et des accès douloureux.

V

Dans notre série de faits la marche de la gomme n'a guère varié. Chez un individu dont le testicule a tous les caractères de la forme banale de la syphilis, la glande gonfle et devient douloureuse. Si les phénomènes inflammatoires ne s'amendent pas, la tumeur, rouge et chaude, mais encore d'une dureté cartilagineuse, ne tarde pas à se ramollir. En cinq ou six semaines il se fait une ulcération, l'évacuation de la gomme commence. A partir de ce moment, si le traitement efficace n'est pas institué, on assistera à une évolution d'une lenteur désespérante. Hors de l'hôpital, sans iodure et sans mercure, la caverne persistera de longs mois. Stasato, notre pilote grec, avait sa plaie scrotale stationnaire depuis près de douze semaines.

Le traitement modifie très vite l'aspect des parties. Dans les premiers jours l'amélioration est constante. Ainsi, dans le cas que nous venons de rappeler, l'ulcère était absolument atonique. On prescrit l'iodure. Dès le lendemain les bords se recollent, le fond se déterge, les bourgeons charnus apparaissent, et au bout de quelques jours la guérison était complète.

En l'absence de traitement, il est probable que, pour entretenir les intarissables suppurations, à une gomme vidée succède une autre gomme. C'est ainsi que la glande tout entière finit par se fondre, ne laissant au fond des bourses flasques qu'une sorte de moignon suspendu au cordon spermatique. Nous en avons observé, en 1875, un cas remarquable. Mais il peut aussi se faire qu'une partie du testicule demeure indemne.

Lorsque la substance mortifiée a été expulsée, les bourgeons charnus n'ont pas assez de vitalité pour combler la caverne, et une fistule borgne persiste un temps indéterminé. Nous en trouvons dans les auteurs quelques exemples très connus. Une belle planche de l'*Iconographie* de Ricord nous montre un trajet consécutif à l'évacuation d'une gomme péri-épididymaire.

L'observation publiée par Berthole est restée célèbre. Un Vendéen âgé de quarante ans arrive avec des accidents multiples de syphilis tertiaire. Il consultait surtout pour une double fistule qui depuis un an s'était ouverte sur le scrotum. Le traitement antisyphilitique est prescrit; son influence se fit rapidement sentir, et au bout de quinze jours les fistules s'étaient cicatrisées en même temps que disparaissaient les autres accidents.

Il n'en est pas toujours ainsi : parfois, au contraire, l'exubérance des bourgeons charnus sur les parois du foyer gommeux est telle, qu'ils émergent par l'orifice, débordent sur le scrotum, et constituent un champignon exubérant, une des variétés du fongus syphilitique, dont nous avons déjà donné la description.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'étude du myxœdème. Du myxœdème en basse Bretagne, par le docteur Morvan, de Lannilis.

(Suite. — Voir les numéros 34 et 35).

Contrairement à ce qui se voit chez les cardiaques et surtout les brightiques infiltrés, les malades ont du teint (obs. I, II, VI, etc.), et leurs couleurs se maintiennent pendant dix et vingt ans. Le teint n'est cependant pas une régle sans exception, et la pâleur persiste chez les personnes qui manquaient de teint avant leur maladie (obs. I), mais ce qui ne fait jamais défaut, c'est la teinte violacée des lèvres et des mains surtout pendant les froids. On a cité aussi la finesse de la peau à la face, par contraste avec sa rudesse aux extrémités qui l'aurait fait comparer en cet endroit à une peau de requin. Nous n'avons trouvé ni cet excès de délicatesse ni cet excès de rudesse. Nos malades, exposées au temps plusieurs d'entre elles, dans leurs travaux des champs, avaient le hâle que communique le grand air. Quant à l'altération épidermique de la peau, elle n'allait pas jusqu'à la desquammation; c'étaient moins des écailles qu'une poudre farineuse sur les poignets et les avant-bras. Une fois seulement (obs. I) nous notons au cuir chevelu un pityriasis ayant donné lieu à la formation de squammes épaisses et à la chute des cheveux. Mais nous remarquons le pityriasis chez trois autres membres de la même famille, bien portants d'ailleurs, et nous nou

---

I. Épidémies catarrhales

1° *Épidémie de* 1403. *Coqueluche.* — Un passage devenu presque classique de l'ouvrage d'Estienne Pasquier, qui vivait au siècle suivant et qui s'inspira souvent du *Journal d'un bourgeois de Paris*, est le seul document historique relatif à cette épidémie.

Malgré les restitutions nombreuses de M. Tutey, le *Journal d'un bourgeois de Paris* ne commence qu'en 1405, et les manuscrits sont perdus pour les années 1403 et 1404. D'après Estienne Pasquier : « Sur les registres du Parlement on trouve que le vingt-sixième jour d'avril, l'an mil quatre cent trois, il y eut une maladie de teste et de toux qui courut universellement, si grande que, ce jour-là, le greffier ne pût rien enregistrer, et fut-on contraint d'abandonner le plaidoyer. »

Cette maladie fut identique à celle qui sévit en 1557. « De même, d'après cet historien, nous vismes, en l'an mil cinq cent cinquante-sept, en plein été, s'élever, par quatre jours entiers, un rhume qui fut presque commun à tous, par le moyen duquel le nez distillait sans cesse comme une fontaine avecque un grand mal de teste et une fièvre qui durait aux uns douze et aux autres quinze heures, que plus, que moins, puis, soudain, sans œuvre de médecin, on estoit guéry; laquelle maladie fut depuis par un nouveau terme appelé par nous coqueluche. » A cette époque, comme en 1403, le Parlement dut interrompre ses audiences. « Il me souvient, ajoute-t-il plus loin, que lors Messieurs Mongeot, de Montelon, Béchet, advocats, et moi ayant sous divers personnages, à plaider une cause aux généraux des Aides, concernant le diocèse d'Autun, nous fûmes inopinément surpris de cette flétrissure et toux, de telle façon que pour ce jour et deux en suivants nous eûmes surséances d'armes. » (Estienne Pasquier, *Recherches sur la France*, p. 375.)

Invasion subite, courte durée de la maladie, gravité suffi-

demandons si le *post hoc, ergo propter hoc* ne serait pas appliqué ici avec un peu de légèreté.

Nous arrivons aux phénomènes de l'appareil musculaire, à cette parésie générale incomplète qui rappelle l'état de demi-engourdissement produit par un grand froid. Le parler est lent, tout particulier, comme lorsqu'on est gelé ; la langue se meut avec un certain embarras, elle est empâtée ; raucité de la voix, comme si les cordes vocales participaient elles-mêmes à l'engourdissement. Cette gêne dans les mouvements de la langue, cet embarras de la parole n'a rien de commun avec ce qui se voit dans la paralysie générale progressive, pas plus que le timbre de la voix ne rappelle le nasonnement déterminé par la paralysie du voile du palais.

La marche fatigue vite, il est impossible de courir et même de précipiter le pas. Mais on peut aller assez loin pourvu qu'on y mette le temps; il ne faut pas songer à marcher du pas ordinaire. L'une de nos malades avait pu faire 12 kilomètres, une autre 16; la première avait mis quatre heures à faire ses 12 kilomètres. L'affaiblissement musculaire, toujours prononcé, ne l'est jamais assez pour empêcher la marche. Cependant l'une de nos malades en était réduite, dans les dernières années de sa vie, à s'appuyer sur un bras étranger pour passer d'une chambre dans l'autre (obs. I), mais quand elle a succombé, elle était malade depuis douze ans et elle était âgée de soixante-sept ans : c'était la vieillesse, le poids des ans s'ajoutant à la parésie.

Même faiblesse et même lenteur dans les mouvements aux extrémités supérieures. Les doigts perdent leur agilité, ils s'engourdissent en filant, par exemple (obs. II) ; dans l'observation VIII, on peut filer, mais à la condition de suspendre son travail de cinq en cinq minutes.

On se dégourdit quand on travaille au soleil ou les mains dans l'eau chaude; par contre, on s'engourdit dans l'eau froide, au lavoir, par exemple, où les mains ne peuvent ni s'ouvrir ni se fermer complètement. On voit que le froid a une grande action dans le myxœdème.

Aussi les saisons influent-elles beaucoup sur l'état des malades, qui se fortifient en été pour s'affaiblir en hiver.

Les extenseurs sont comparativement plus frappés que les fléchisseurs. Ainsi, en essayant de courir et même en marchant, on butte fréquemment, parce que la pointe du pied rencontre le sol, n'étant pas relevée à temps par les extenseurs (obs. II et VIII). Ainsi encore, chez le sujet de l'observation II, quand on est au lavoir, le froid se fait principalement sentir sur les extenseurs des doigts, de telle sorte que la main est à moitié fermée, et que les surfaces unguéales, se présentant toujours au frottement du linge, s'usent jusqu'au vif.

Nous croyons que le phénomène n'a rien de particulier. Ainsi maintenant nous faradisons un jeune homme qui, après avoir été atteint d'une parésie des membres à la suite d'une chute sur le crâne avec nécrose consécutive du pariétal, n'a plus qu'une parésie de l'avant-bras gauche ayant frappé les extenseurs et les fléchisseurs à un degré à peu près égal. Cependant, quand il a froid, il ne peut plus ouvrir la main ; l'action des fléchisseurs, physiologiquement prépondérante sur celle des extenseurs, est encore conservée quand déjà celle des extenseurs est éteinte par le froid.

On dit ou on laisse entendre, dans les articles que nous avons sous les yeux, que ce n'est pas là de la paralysie. Quoique les muscles, dit le docteur Hadden (*Progrès médical*, 1880) manquent de tonicité, on n'a remarqué ni paralysie ni atrophie. M. Charcot, après avoir dit que la marche est difficile (obs. III du mémoire de Thaon), ajoute : « Cependant la force est conservée dans les muscles, puisqu'il y a quatre ou cinq jours, il lui arriva de soulever de chaque main un sac contenant sept boisseaux de pommes de terre chacun ». « Les muscles ont leur puissance habituelle, dit le docteur Thaon, mais l'excitation, l'appel que leur envoie le cerveau manque d'énergie. » Le docteur Merklen (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1881) se rallie à cette manière de voir et s'exprime à peu près dans les mêmes termes : « Malgré l'état de torpeur des malades, les muscles ont leur puissance habituelle, mais c'est l'excitation que leur envoie le cerveau qui manque d'énergie. »

Nous avons dû hésiter longtemps avant de nous séparer ici d'un savant aussi éminent que le docteur Charcot, mais il nous a paru impossible de ne pas conserver nos idées à ce sujet, et d'effacer d'un trait de plume le mot de paralysie incomplète dont nous nous servions en lui écrivant.

La seule raison sur laquelle on s'appuie pour écarter l'idée de paralysie, c'est que le malade de M. Charcot, dans un mouvement de vivacité, aurait pu soulever de chaque main sept boisseaux de pommes de terre. On peut objecter qu'avant sa maladie il aurait soulevé sans doute un poids autrement pesant, car il s'agissait d'un colosse ayant près de 6 pieds.

Nous répondrons à ce fait par des faits pris dans nos observations. Ainsi Marie-Yvonne Goarant (obs. II), qui auparavant portait facilement un sac de blé de 50 kilos, ne porte plus qu'avec peine un sac de 25 kilos. Elle ajoute encore dans son langage trivial que littéralement elle n'a plus la force d'écraser une puce sous l'ongle du pouce.

Dans notre observation I, nous voyons l'affaiblissement progresser et la malade arriver à un degré extrême de faiblesse, la santé générale étant assez bien conservée d'ailleurs. On ne peut plus ouvrir les paupières, tant les releveurs sont affaiblis, qu'avec l'aide des doigts; on ne peut plus, tant les muscles du cou ont perdu de leur force, porter le poids de la tête, qui s'affaise et tombe sur la poitrine ; on ne peut plus,

---

sante pour interrompre un service public ; et, enfin, comme symptômes : céphalalgie, coryza, toux, phénomènes fébriles, tels furent les caractères de cette maladie, c'est-à-dire d'une fièvre catarrhale. Reste le nom de coqueluche sous lequel Estienne Pasquier la désigne. Mais cette dénomination fut imposée par les contemporains de l'épidémie de 1557, et l'historien oublie de nous dire sous quel nom elle fut désignée en 1403. Or, la confusion est d'autant plus probable, qu'elle a été faite par Mézeray relativement à une autre maladie, l'épidémie de tac de 1414.

La nature catarrhale de cette affection n'est guère douteuse, car, sous le nom de coqueluche, les médecins du quinzième et d'une partie du seizième siècle désignaient une toute autre affection que le catarrhe spasmodique désigné de nos jours sous le nom de coqueluche. C'est ainsi qu'un auteur du seizième siècle explique dans les termes suivants la dénomination qui fut donnée à cette maladie : « En notre langage, coqueluche, capuche, cocuche, noms synonymes, signifient les couvertures de la teste, pyramidales, anciennement fréquentes aux femmes, et encore de notre temps aux moynes Chartreux, voire à la plupart des hommes contre la pluye et le hasle du soleil, sous le nom de capuche ou capoche... ou de coqueluche pour similitude de la creste ou corne aiguë ou pointue de certains oiseaux. Et aussi cette maladie se pourrait appeler capuche ou cochues, du nom arabe, comme les pilules qui regardent la tête s'appellent cochées... Le tout parce que cette maladie afflige principalement la teste en tous et semble l'investir et esseurer par sa plénitude, à la similitude des capuches (1), p. 4, *Dialogue I. Traité contenant la pure et vraye doctrine de la peste et de la coqueluche, les impostures spagyriques et plusieurs abus de la médecine, chirurgie et pharmacie, très doctes et très*

(1) Valleriola, qui écrivait à la même époque, donne la même étymologie au nom de cette maladie : « Arbitrabantur enim a cerebro inpulmones fluxionem irrumpere, caputque cucullo tegentes putabant se melius habituros. » (*Appendix ad tres locor. med. com. lib.*. 1589.)

enfin, aller d'une pièce à l'autre sans le secours d'un bras étranger.

Nous n'argumenterons pas du rendement moindre en travail accusé par nos malades et notamment par Poullaouec (obs. XV). Cette diminution tient sans doute autant au caractère qu'au degré de la parésie. Nous nous expliquons : les muscles sont frappés dans leur contractilité non seulement comme force, mais encore comme vitesse ; tout travail précipité leur est interdit. De là sans doute la fatigue constante et l'essoufflement fréquent (obs. III, IV, VIII et XIII) qui accompagnent les efforts musculaires. N'avons-nous pas vu la femme Quélennoc prise d'essoufflement rien que pour répondre à la prière ?

Donc la paralysie existe dans le myxœdème, et elle offre les caractères suivants : ralentissement autant qu'affaiblissement de l'action musculaire, sentiment de lassitude au moindre effort, et enfin engourdissement par le froid.

Elle sert à expliquer certains symptômes. L'embarras de la parole s'explique par la parésie des muscles de la langue, la raucité de la voix par la parésie des cordes vocales, l'immobilité des traits par la parésie des muscles de la face à laquelle vient se joindre, dans une certaine mesure, la rigidité déterminée par l'œdème.

La paralysie, dans certains cas, semble même s'étendre à la vie végétative. Ainsi dans cinq de nos observations (obs. I, III, IX, XII et XV), nous avons noté de la constipation, et d'ordinaire même une constipation opiniâtre comme dans l'observation I où les évacuations n'ont lieu que deux ou trois fois par mois et ne s'obtiennent chaque fois qu'avec le secours des lavements. Dans l'observation de MM. Charcot et Ballet, la constipation devient parfois de l'obstruction avec débâcle consécutive. Enfin l'une des malades du docteur Ord a également de la constipation, mais le médecin l'explique par la gêne qu'apporte à la défécation l'œdème de l'anus. Ainsi encore dans trois de nos observations, le ralentissement des mouvements qui est comme la caractéristique de cette forme de parésie s'étend jusqu'au cœur : le pouls est à 56 chez l'une des malades, à 56 également chez une autre, et enfin à 54 dans le dernier cas. Le sphygmographe aurait sans doute tranché la question de paralysie, mais il n'a pas été employé.

La paralysie ne s'étend pas à la sensibilité; celle-ci reste intacte. Il est même curieux de voir la paralysie, qui peut envahir les filets moteurs du grand sympathique (constipation), s'arrêter devant les filets sensitifs, puisque la débâcle en pareil cas s'accompagne de coliques fort vives.

L'action déprimante, paralysante s'arrête donc aux fibres motrices, elle ne s'étend point aux fibres sensitives. Il semble, au contraire, qu'il y ait excitation de certains nerfs de sensibilité, de nerfs sécréteurs tels que le nerf lacrymal et le cordon du tympan, ou d'une manière plus générale les nerfs sialagogues. Nous avons, en effet, noté du larmoiement et par suite un abondant écoulement de sérosité par le nez dans six de nos observations (obs. I, II, III, VIII, XII et XV). Pareille remarque est consignée dans le mémoire du docteur Thaon (obs. Charcot). Ce larmoiement, cet écoulement par le nez sont principalement marqués lorsqu'il fait froid. C'est sans doute à la sécrétion exagérée des larmes qu'il convient d'attribuer la blépharite de ces sortes de malades; ils sont à la fois pleurards et chassieux.

Quant à la salivation, elle s'observe beaucoup moins souvent. Nous n'avons eu à la noter qu'une fois (obs. XII); la malade nous apprenait qu'elle salivait abondamment dès que le froid se faisait sentir et qu'alors elle ne pouvait garder sa salive surtout en dormant. L'observation Charcot (mémoire du docteur Thaon) mentionne également une salivation abondante qui gêne le malade le jour et inonde son oreiller la nuit.

Nous signalerons encore en passant quelques phénomènes d'ordre nerveux :

A, du côté de la rétine. Il y a eu de l'amblyopie à l'un des yeux (obs. I), et de l'héméralopie chez Marie-Yvonne Goarant (obs. II). Nous ferons observer que l'héméralopie est loin d'être sans exemple en basse Bretagne et que nous l'avons déjà rencontrée une autre fois chez un homme atteint d'anasarque, mais avec albuminurie.

B, du côté du cerveau :

1° *Vertiges.* — Le sujet de notre observation XV éprouve des étourdissements dans la marche dès que vient la fatigue. Et détail curieux, il est pris de vertiges pour la plus petite quantité de boisson alcoolique quelconque, un rien l'enivre. A rapprocher de l'observation du docteur Ord où l'on voit que la malade est étourdie pour un simple verre de bière au repas.

2° *Somnolence.* — Dans notre observation XII, nous constatons de la somnolence à la moindre fatigue, dès qu'on rend seulement la moitié d'un travail ordinaire. Cette somnolence a été déjà notée, en dehors de tout travail, dans la première observation du docteur Ord et dans celle de MM. Charcot et Ballet.

3° *Délire, hallucinations.* — Deux fois nous avons observé du délire et des hallucinations (obs. I et III), mais ce n'a été qu'à la suite de maladies intercurrentes. Le délire et les hallucinations n'ont pas persisté; dans les deux cas, les malades ont peu tardé à recouvrer la raison, mais chez l'une d'elles il est resté un affaiblissement de l'intelligence qui a duré jusqu'à la mort.

On a parlé de troubles des fonctions intellectuelles. Nous n'en avons pas vu d'autres, et il nous a semblé que nos malades conservaient la dose d'intelligence que la nature leur

---

utiles, par Maistre Jean Swav, natif de Nymes, médecin et jurisconsulte. Paris, 1586. Didier Mullot, édid.

Le même écrivain décrit ainsi cette maladie : « La coqueluche est une céphalalgie... C'est une maladie contagieuse et maligne produisant d'horribles symptômes, comme céphalalgie, anorexie, toux, vomissement, syncope, pleurésie, catarrhes et autres » (*loc. cit.*).

Inutile assurément de citer plus longuement de tels auteurs, dont le style et le pédantisme rappellent trop les allures charlatanesques des Sganarelle et des Diafoirus.

Il est probable que la maladie contagieuse de 1403 eut une terminaison généralement heureuse. C'est sans doute pour ce motif qu'elle a été passée sous silence par la majorité des anciens chroniqueurs. Enfin, ce fait plaide encore en faveur de la nature catarrhale de cette maladie et de son analogie, peut-être même de son identité avec l'épidémie de 1414.

2° ***Épidémie de 1414. Tac*** ou ***Horion.*** — La maladie contagieuse qui sévit en 1414 a de grandes analogies avec l'épidémie de 1403. Cependant Estienne Pasquier, qui a décrit cette dernière épidémie, paraît la considérer comme une maladie distincte : « En l'an mil quatre cent quatorze, il y eut une autre sorte de maladie, dont une infinité de personnes furent touchées... Cette maladie fut appelée le tac, et tel autrefois a souhaité, par risée ou imprécations, le mal du tac à son compagnon, qui ne savait pas ce que c'était (Estienne Pasquier, *loc. cit.*, p. 375).

La description qu'il donne de cette affection a été évidemment copiée sur le *Journal d'un bourgeois de Paris.* D'autre part, Félibien confond cette maladie sous le nom de coqueluche, tac ou horion; et, s'appuyant sur les témoignages des historiens du temps, rapporte que, « pendant les mois de février et mars de cette année, il régna un vent de bise contagieux qui causa une maladie presque générale », et donne à cette maladie le nom de *coqueluche, tac* ou *horion,* noms qu'il paraît considérer comme synonymes les uns des autres, et comme des expressions servant à désigner la même mala-

avait donnée. Si la pensée a l'air de se former avec lenteur, c'est que la parésie de la langue est là, et que les réponses se font attendre. « Quoi que vous fassiez, hâtez-vous lentement; » ceci a été dit surtout pour les pauvres myxœdémiques.

Les malades se plaignent toujours d'avoir froid même quand il fait très chaud. Et de fait, ils ont les extrémités comme des glaçons; lèvres et mains violacées, des engelures. L'hiver leur est particulièrement pénible; il exagère tous leurs symptômes. Leur impressionnabilité au froid a pour eux des conséquenses; toujours gelés, ils s'enrhument avec facilité; au moindre froid, Poullaouec (obs. XV) est pris de coryza avec larmoiement et gonflement des paupières. Nos deux malades des observations I et III, quand elles ont eu du délire avec hallucinations, avaient été prises de bronchite et de rhumatisme. Sur les 4 cas de mort que nous avons rencontrés, trois fois la maladie terminale appartenait à la poitrine. Dans les deux observations du docteur Ord, on meurt d'albuminurie : quelle est ici la part du froid ?

Il paraît du reste certain, bien que les observations thermométriques ne soient pas encore nombreuses, que la sensation de froid n'est pas purement subjective. Les notes du docteur Hadden (*Progrès médical*, 1880) sont fort curieuses sous ce rapport. La température, suivant lui, est toujours au-dessous de la température normale, souvent d'un degré ou plus. La température la plus basse s'observerait dans la matinée, mais, même le soir, elle ne s'élèverait pas au-dessus de la normale. Il aurait cherché dans cinq cas la moyenne thermique, et n'aurait vu qu'une seule fois la température dépasser un peu la normale. Cette fois elle était de 37°,3. Les températures les plus basses auraient été comprises entre 35°,5 et 25 degrés; cette dernière température était prise quelques minutes seulement avant la mort.

Nos observations personnelles sont fort limitées. Cela tient à une circonstance : notre première application de thermomètre nous ayant donné, à l'aisselle, après quinze minutes, une température de 37°,1, c'est-à-dire la normale, nous pensâmes qu'il n'y avait rien à faire dans cette voie et nous en restâmes-là. C'est seulement cette année, après avoir pris connaissance des publications qui venaient de paraître sur le myxœdème, que nous fîmes de nouvelles applications de thermomètre sur Marie-Yvonne Goarant et Marie-Anne Roudaut (obs. II et III). Chez la première, nous avons trouvé, toujours à l'aisselle, une fois 37 degrés et une autre fois 36°,7; chez la seconde, par une température ambiante de 15 et de 16 degrés, une fois 36°,4 et une autre fois 36°,6. Il semblerait donc qu'il y ait un abaissement réel de température.

On peut dire en thèse générale que le myxœdème est une maladie propre à la femme adulte. Cependant M. Charcot l'a rencontré une fois chez l'homme et une autre fois chez un enfant, un petit mendiant, à Murviedro (en Espagne). MM. Bourneville et d'Olier l'ont aussi rencontré sur un jeune crétin dont ils donnent l'observation. A ces trois exceptions nous venons en ajouter une quatrième, c'est le sujet de notre quinzième observation, homme de quarante-neuf ans.

Mais ce qui ne s'est jamais vu jusqu'à présent, c'est le myxœdème chez la femme avant l'établissement de la menstruation. La plus jeune de nos femmes avait vingt-deux ans, deux autres en avaient vingt-quatre seulement. Toutes les autres, au nombre de onze, étaient d'un âge beaucoup plus avancé, échelonnées de trente-cinq à soixante-sept ans. Celles-ci approchaient conséquemment de l'âge critique ou l'avaient dépassé. Six étaient encore réglées, cinq ne l'étaient plus, et chez elles le début de la maladie avait coïncidé quatre fois avec la ménopause.

Nous avions cru tout d'abord que la fécondation ne devait être qu'un fait exceptionnel chez la femme atteinte de myxœdème. Nous approchions de la vérité; aujourd'hui cependant nous sommes obligé de modifier un peu nos appréciations. De nos quatorze malades (femmes), deux étaient jeunes filles : elles se sont mariées, et dans un pays où la stérilité est si rare et les familles nombreuses si communes, l'une d'elles est restée sans enfants bien que mariée depuis neuf ans, et l'autre n'en a eu qu'un, de triste venue, pendant treize ans de mariage. Les autres n'avaient pas eu de nouvelle conception bien qu'elles fussent encore réglées, beaucoup d'entre elles, et que presque toutes auparavant eussent été mères à diverses reprises. Mais il y avait une exception que nous avions perdue de vue en écrivant à M. Charcot et que nous avons retrouvée en consultant nos notes. Il s'agissait pourtant d'une belle exception : une jeune femme de vingt-deux ans qui avait eu déjà deux enfants et qui, depuis sa maladie arrivée à cet âge, en avait eu trois autres, tous bien portants.

Maintenant si nous consultons les observations déjà publiées, nous trouvons dans celles du docteur Ord une jeune femme chez qui l'état œdémateux des organes génitaux n'empêche pas la conception : deux grossesses heureuses en sept ans. Par contre, une dame, observée par MM. Charcot et Thaon, n'a pas de nouvelle grossesse depuis l'âge de vingt ans, dans un espace de vingt ans.

Rien de facile comme le diagnostic du myxœdème. Ainsi que nous l'écrivions en commençant, la bouffissure de la face coïncidant avec un certain parler lent et une certaine raucité de la voix, est pathognomonique. Il nous semble qu'après avoir observé un cas pareil, il serait impossible de méconnaître ceux qui se présenteraient ensuite. Malgré l'anasarque, en présence d'un parler si caractéristique, on écartera sans peine toute idée d'affection brightique ou cardiaque. Au

---

die (Félibien, *Histoire de Paris*, 1776, t. II). « C'était, ajoute-t-il, une espèce de rhume qui causa un tel enroument, que le Parlement et le Chastelet furent obligés d'interrompre leurs séances. On dormait peu et on souffrait de grandes douleurs de tête, aux reins et par tout le reste du corps; mais le mal ne fut mortel que pour les vieilles gens de toute condition. »

Sauval (*Histoire et recherches des antiquités de la ville de Paris*, t. II, p. 558) mentionne deux épidémies, l'une en 1413, qu'il nomme tac ou horion, et qui dura seulement trois semaines. L'autre, en 1414, qu'il appelle coqueluche, « dont tout le monde fut atteint et qui causait une telle douleur du gosier qu'on ne pouvait parler, et, comme il était impossible aux avocats de plaider, les juges furent obligés d'abandonner leur siége. »

Seul de tous les historiens, Sauval décrit deux épidémies, et le *Journal d'un bourgeois de Paris*, qui relate les événements quotidiens de la ville, ne cite aucune maladie épidémique pour l'année 1413. Le récit de Sauval, qui écrivait longtemps après, ne peut prévaloir contre le témoignage d'un témoin oculaire. Il est probable, toutefois, qu'entre les époques où ces maladies sévissaient épidémiquement, il s'écoulait des années pendant lesquelles les cas devenaient sporadiques. C'est ainsi que, le 17 septembre 1412, dans le testament d'un épicier nommé Angelin, qui habitait rue Saint-Denis, au coin de la rue Trousse-Vache, il est fait mention d'une maladie contagieuse. Le prêtre chargé de confesser le mari et la femme alités, et d'écrire leur testament, saisi de frayeur, se réfugie dans une salle basse, « et alors, écrit-il, me retournai devers ledit Jehan Angelin, lequel me devisa et ordonna son testament de mot à mot. Et lors, pour l'impétueusité du mal de l'espidémie d'iceulx deux malades, me descendi en la salle basse et là escrivi et par la manière que le dit Jehan le m'avait devisé et ordonné. » (Voy. Tutey, *Testaments enregistrés au Parlement sous le règne de Charles VI*, édition 1880.) Singulière façon de rédiger un testament, singulier

surplus, l'œdème est dur, résistant, contrairement à ce qu'il serait dans les maladies du cœur ou des reins.

La marche du myxœdème est lente, si lente que nous avons encore sous les yeux deux cas datant, sans aggravation notable, de dix et de vingt ans. Une autre de nos malades a vécu vingt-sept ans dans cet état. Il est vrai que nous habitons un pays essentiellement tempéré, et que dans le cours de la maladie les aggravations les plus sensibles sont en rapport avec la rigueur de l'hiver. La gravité, au point de vue de la léthalité, vient surtout des complications déterminées par les refroidissements. C'est ainsi que, dans les cas où la mort est survenue, trois fois sur quatre, elle a été la suite d'une affection pulmonaire, bronchite ou pneumonie : dans le quatrième cas, la malade est morte dans le coma à l'âge de soixante-sept ans, autant de son âge que de sa maladie.

La durée de la maladie est considérable ; nous parlons toujours de la maladie en basse Bretagne. Si nous considérons l'ensemble des cas, nous trouvons que la moyenne de la durée, depuis le début du mal jusqu'à l'époque où finit l'observation, est de dix ans un tiers ; si nous ne considérons que les cas suivis par nous jusqu'à la mort, nous trouvons qu'elle est de seize ans et demi. Celle qui a vécu le moins avait dix ans de myxœdème à l'époque de la mort, et vingt-sept ans celle qui a vécu le plus. La moyenne de leur âge à leur mort était de cinquante-sept ans. On pourrait, d'une manière un peu paradoxale, dire du myxœdème comme de l'asthme, que c'est un brevet de longue vie.

Les données étiologiques se tirent des conditions propres à la vie de la femme et des conditions atmosphériques que nous allons passer en revue.

1° *Sexe*. — Presque tous les cas appartiennent au sexe féminin. Jusqu'à présent on connaissait 16 cas de myxœdème : 5 du docteur Gull, 5 du docteur Ord, 3 de M. Charcot, 1 de MM. Charcot et Thaon, 1 du docteur Hammond et 1 de MM. Bourneville et d'Olier. Dans ce nombre, on ne comptait que trois individus appartenant au sexe masculin. Nous y ajouterons un quatrième cas, c'est le sujet de notre quinzième observation. Voilà donc quatre exceptions seulement sur un total qui, en y comprenant nos quinze observations, ne s'élève pas à moins de 31.

2° *Age*. — Presque tous les malades sont adultes et appartiennent à l'âge moyen de la vie. Cependant M. Charcot dit avoir rencontré à Murviedro (Espagne) un petit mendiant qui était atteint de myxœdème.

De nos malades, la plus jeune, au début du mal, avait vingt-deux ans, et la plus vieille soixante-sept ans. Ce serait le cas de dire qu'aucun âge ne met à l'abri d'une manière absolue. Le plus grand nombre se groupe pourtant autour de l'âge critique. De nos 14 femmes, 3 ont de vingt-deux à vingt-quatre ans, sont jeunes par conséquent ; 9 ont de trente-cinq à cinquante ans, c'est-à-dire oscillent autour de l'âge critique, enfin 2 ont de cinquante-cinq à soixante-sept ans. Notre homme est d'âge moyen, il a quarante-sept ans.

3° *Menstruation*. — Il est certain que la maladie ne se rattache pas d'une manière exclusive à la fonction catamé-niale, puisqu'elle a pu frapper quatre individus du sexe masculin et deux ou trois vieilles femmes. Mais en thèse générale, il faut bien cependant que cette fonction imprime à l'économie une certaine modification qui la rende apte à contracter la maladie si spéciale du myxœdème, puisque jusqu'à présent aucun individu du sexe féminin n'a été atteint avant l'établissement de la menstruation.

4° *De la ménopause*. — Chez nos 14 femmes, 9 fois sur 14, la maladie a paru vers l'âge critique, comme nous l'avons déjà dit. Nous trouvons 2 cas où le début du mal coïncide exactement avec la ménopause (obs. V et IX) ; elles sont pourtant jeunes encore, trente-cinq et trente-sept ans ; elles n'ont plus rien *vu* dès l'apparition du myxœdème.

5° *Grossesse*. — Sans doute l'imprégnation n'est pas une condition indispensable, puisque deux de nos malades n'étaient pas encore mariées au début du mal, mais les douze autres, mariées, avaient eu de nombreuses grossesses. Le nombre des grossesses n'a pas été noté pour l'une d'elles, nous négligerons ce cas. Chez les autres, le chiffre minimum a été 3, le chiffre maximum 9, et la moyenne 6 1/2, juste le double de la moyenne pour l'ensemble de la France. Mais nous sommes en basse Bretagne, et nulle part ailleurs le précepte « croissez et multipliez » n'est suivi avec plus de docilité.

C'est le cas de rappeler la deuxième observation du docteur Ord, où la malade attribue son état à une rapide succession de grossesses.

6° *Allaitement*. — En Bretagne, toutes les paysannes allaitent leurs enfants. Si l'épuisement causé par une rapide succession de grossesses peut être une cause de myxœdème, l'influence d'un allaitement prolongé ne paraît pas moins certaine. Nous pourrions citer comme preuves à l'appui : 1° l'observation V, où nous voyons Marie-Joséphine Alégoet, après avoir eu un septième enfant à l'âge de trente-cinq ans, le nourrir au sein pendant deux ans et ne plus se relever ; c'était le début du mal ; 2° l'observation VIII, qui nous montre Anne Creff, nourrissant un sixième enfant pendant huit mois et ne le sevrant que pour subir une opération ; c'est à cette époque qu'elle fait remonter sa maladie.

7° *Impressions nerveuses*. — « Parmi les causes banales que l'on pourrait invoquer, il n'y en a qu'une, dit le docteur Thaon, dont on puisse tenir un compte sérieux, c'est l'influence des chagrins, des émotions, des tracas domestiques, des fatigues prolongées et excessives ; nous trouvons ces raisons étiologiques invoquées par la plupart des observa-

---

courage et bien naïf aveu de la part de ce prêtre, qui était chapelain de l'église Saint-Jacques de la Boucherie !

Une autre chronique donne quelques détails sur la cause et la marche de l'épidémie de l'année 1414. « Dans les mois de février et mars s'éleva un vent merveilleux, puant et plein de froidure. Par l'occasion duquel, plusieurs gens, tant d'Eglise, nobles, que du peuple, furent tellement enreumés et entoussés que merveilles. Et en furent aucuns malades au lit, tellement que, par aucun temps, les juridictions du Parlement et du Chastelet cessèrent et n'y allèrent personne. Peu en moururent... Le seigneur d'Aumont, bienveillant chevalier et qui avait eu la charge de porter l'oriflamme, alla de vie à trépassement (1) » (*Juvénal des Ursins*, *loc. cit.*, p. 174).

Dr Ch. ELOY.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*A suivre*).

(1) Messire Hutin, seigneur d'Aumont, chambellan du roi Charles VI.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par arrêté du 19 juillet 1881, M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a déclaré vacante la chaire d'anatomie générale et histologie de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Un concours sera ouvert le mardi 8 novembre 1881, pour la nomination à une place de chef-interne médecin, résidant à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Ne seront admis à concourir que les docteurs en médecine ou en chirurgie non mariés ou veufs sans enfants. Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 8 octobre inclusivement, au secrétariat de l'administration des hospices de Bordeaux, cours d'Albret, 91.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Salles, qui vient de succomber à Reims à l'âge de quatre-vingt-deux ans, et celle de M. le docteur Mahaux, professeur de l'Université libre de Bruxelles, et médecin de l'hôpital Saint-Jean, décédé à l'âge de quarante-deux ans.

teurs. » Causes banales assurément que les chagrins, les émotions et les tracas domestiques ! Quelle est la femme qui ne puisse les alléguer et s'en croire la victime?

Quoi qu'il en soit, ce seraient autant de causes déprimantes qui agiraient dans le même sens que les grossesses multipliées, que l'allaitement prolongé.

8° *Hérédité.* — Deux de nos malades (obs. III et VI) sont parentes, et une autre (obs. II) est la sœur d'une aliénée qui est morte paraplégique.

9° *Constitution.* — Dans un pays où la scrofule est loin d'être rare, nous n'avons noté la constitution scrofuleuse qu'une fois.

10° *Profession, climat, saison, température.* — Les raisons tirées du sexe, de l'âge, de la menstruation, de la ménopause, des grossesses multipliées, de l'allaitement, des chagrins et des fatigues, voilà bien les circonstances relatives à la vie de la femme qui doivent influer et qui influent assurément sur l'éclosion du mal. Mais faut-il y voir autre chose que des causes prédisposantes ? Cherchons.

En faisant le dépouillement de nos observations, nous sommes très frappé d'une chose, c'est que, à une exception près qui relève de la classe bourgeoise, tous les cas appartiennent à la classe des paysans, des travailleurs de la terre. Et nous employons à dessein cette dernière expression, car chez nous les femmes travaillent aux champs comme leurs maris. Pas un seul cas qui ressortisse à la classe ouvrière. Nous savons bien que le paysan est le fonds de notre population, mais enfin nous avons des villages peuplés de quelques bourgeois et de nombreux ouvriers.

Voilà donc déjà une profession qui expose à toutes les variations atmosphériques.

Notre climat, à cette pointe du Finistère que nous habitons, sur le littoral de l'arrondissement de Brest, est des plus tempérés, comme nous avons eu déjà occasion de le dire. La température, même en hiver, y descend rarement à la glace. Cela tient à la proximité de la mer, cette grande masse d'eau à température à peu près constante, et d'une mer que vient encore échauffer le courant du Gulf stream. Rien de doux comme notre climat quand le vent souffle du sud ou du sud-ouest, mais aussi rien de plus humide, de plus brumeux. C'est le climat de l'Angleterre. Nous n'en souffrons pas, nous sommes faits à cette humidité tiède. Mais les vents secs et froids du nord et de l'est nous sont tout à fait pénibles, nous n'en avons pas l'habitude et les supportons fort mal ; de là, quantité de maladies *a frigore*.

Les premiers cas de myxœdème ont été observés en Angleterre, dont le climat se rapproche tant du nôtre, et nous nous demandons si ce n'est pas à notre climat que nous devons d'avoir observé un nombre relativement si considérable de myxœdèmes.

L'influence du climat n'est pas contestable pour cette dame des îles Ioniennes (obs. de MM. Charcot et Thaon) qui, s'étant mariée, quitte son pays, où le climat est sec, tempéré, ensoleillé, pour habiter Londres, où le climat est humide et brumeux. Elle y tombe malade, et après avoir été promenée dans toutes les villes d'Eaux, est renvoyée dans son pays, où elle se rétablit. Rentrée malheureusement en Angleterre, elle y retombe malade et malade de myxœdème, car tantôt on l'a traite comme hypochondriaque et tantôt comme brightique, donc il y avait œdème.

La saison doit jouer un grand rôle dans l'étiologie du myxœdème. Quand nous avons commencé à prendre des notes, nous étions sans boussole, absolument livré à nous-même, ne sachant dans quelle direction nous allions. Aussi sont-elles malheureusement écourtées, et dans la plupart de nos observations, il n'est pas fait mention de l'époque de l'année où la maladie a débuté. Les renseignements d'ailleurs eussent été souvent difficiles à obtenir ; plusieurs des malades étaient déjà loin du début et avaient oublié, chez d'autres l'invasion n'avait pas été brutale et avait passé presque inaperçue. Bref, nous n'avons de renseignements que pour deux malades (obs. VII et XIV), mais elles étaient toutes deux fort affirmatives; le mal avait commencé en hiver et toutes deux l'attribuaient à des refroidissements, l'une d'elles précisait et disait dans quelle circonstance elle avait pris froid.

L'influence de la saison est propre à nous éclairer. Nos malades sont de véritables thermomètres, elles accusent toutes les variations de température, montant en été, baissant en hiver. Nous les trouvons en hiver glacées, avec du larmoiement et un écoulement nasal excessif, avec des lèvres et des mains plus violacées encore qu'à l'ordinaire, avec un surcroît d'anasarque et de parésie, engourdies pour ainsi dire comme les animaux à sang froid dont elles vous donnent la sensation par le toucher. Mais vienne l'été, et la malade se dégèle, elle recouvre tout ce qu'elle avait perdu.

Il est difficile d'admettre que la température, dont l'action est si manifeste sur la marche de la maladie, n'ait pas eu la plus grande part dans son éclosion. L'âge, le sexe, les grossesses multipliées, l'allaitement prolongé, les chagrins, les fatigues, toutes les causes déprimantes qu'on voudra, mais, à notre sens, le facteur principal sera toujours le froid.

(*A suivre.*)

Clinique médicale.

DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-LARYNGIENNE, par le docteur GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Dans l'espace qui sépare la partie inférieure du larynx et la partie supérieure de la trachée de l'œsophage se trouvent de très petits ganglions lymphatiques. Ces ganglions ne sont pas constants et les anatomistes ne les ont pas ou les ont à peine décrits. L'hypertrophie de ces ganglions, sous une influence pathologique telle que la syphilis secondaire, la tuberculose et le cancer, est susceptible de produire des signes qu'on rapportait à une adénopathie de siège bien différent, à l'adénopathie bronchique. C'est la compression des nerfs récurrents voisins qui provoque ces accidents. Cette compression est susceptible de produire soit de la paralysie des cordes vocales, ce qui est le cas le plus fréquent, soit de la contracture de ces cordes.

Depuis longtemps déjà, j'avais observé à l'hôpital de Lourcine, dans le cours de la laryngite syphilitique secondaire un écartement plus ou moins considérable des cordes vocales, avec impossibilité de rapprochement, et, par suite, une aphonie à peu près complète. J'avais pensé tout d'abord, en raison du milieu de mes observations, à la coexistence d'une parésie hystérique et d'une laryngite syphilitique; mais cette hypothèse ne tarda pas à être infirmée par l'observation de faits analogues chez l'homme. Il était inutile de songer à une difficulté de rapprochement des cordes, causée par la rougeur et le gonflement des parties voisines, car ces parésies étaient loin d'être constantes, même dans ces conditions, et c'est tout au plus si je constatai le fait dans 1/10 ou 1/15 des cas.

En un mot, l'explication de ces faits m'échappait et je n'y attachais, du reste, pas une importance bien grande.

J'observais aussi depuis longtemps, chez des tuberculeux, des faits à peu près analogues. Ainsi, chez un certain nombre de ces malades, les troubles vocaux étaient insignifiants et les signes objectifs de laryngite peu accusés, lorsque tout d'un coup la voix s'éteignait avec rapidité ; à l'examen laryngoscopique, on ne constatait pas de lésions organiques plus avancées, mais les cordes vocales ne pouvaient se rapprocher. J'attribuai le cas à l'existence d'une adénopathie bronchique.

Ces aphonies brusques par parésie des cordes vocales ne sont pas du reste absolument rares chez les tuberculeux à la période initiale de la laryngite, et les observateurs n'hésitaient

pas à leur attribuer pour cause l'adénopathie bronchique, bien que cette explication n'eût pas été confirmée par l'examen nécroscopique.

Le hasard d'une autopsie me mit sur la voie de la vérité. Je reçus, il y a quelques mois, à l'hôpital de Lourcine, une femme qui entra pour se faire soigner d'une laryngite datant de quelques mois et que la malade croyait syphilitique, car elle avait contraté la syphilis un an ou deux ans avant. Cette femme était aphone; de plus, elle présentait tous les signes attribués à l'œdème glottique et qu'il faut attribuer, à mon avis, toujours à l'existence d'un rétrécissement du conduit laryngien : sifflement inspiratoire, cornage, bruit intense, dyspnée avec accès paroxystiques, cyanose et suffocation imminente. Je l'examinai au laryngoscope et je constatai un état de rapprochement excessif des cordes, surtout aux 3/4 postérieurs; le 1/4 antérieur, légèrement béant, permettait seul l'accomplissement de la respiration. Ainsi se trouvait expliquée la gêne de la fonction respiratoire. Le reste du larynx était rouge, la tuméfaction était assez peu prononcée pour permettre aisément l'examen de la région sus-glottique; à la commissure postérieure, on constatait l'existence d'une ulcération grisâtre assez superficielle.

L'examen de la poitrine était difficile, car le bruit intense causé par le rétrécissement laryngien masquait les bruits pulmonaires.

Je pensai donc à une laryngite syphilitique tertiaire, localisée aux cordes vocales inférieures et ayant provoqué une adhérence de ces cordes, comme cela se voit quelquefois dans le cours des laryngites tertiaires.

Je repoussai le diagnostic de tuberculose, en raison justement de cet accolement des cordes, que la tuberculisation ne produit pas.

Je ne me souvins pas alors que j'avais observé il y a quelques années chez un tuberculeux un fait à peu près analogue, au moment où je faisais des recherches sur l'œdème de la glotte. J'avais alors attribué le fait à une paralysie des dilatateurs de la glotte, chose rare chez les tuberculeux, puisque je n'avais plus rencontré d'autres cas. L'observation, avec réflexions, avait paru dans la *Gazette hebdomadaire* en 1878.

En raison de menaces incessantes d'asphyxie et de suffocation, je me décidai après deux semaines d'observation à faire pratiquer la trachéotomie par mon collègue le docteur Terrillon.

La dyspnée, calmée pendant quelques jours, ne tarda pas à réapparaître; l'appétit se perdit, l'amaigrissement devint extrême, la fièvre s'alluma, l'auscultation de la poitrine révéla des signes de ramollissement pulmonaire, la malade succomba enfin dans le marasme le plus complet.

Depuis quelques semaines, l'examen du larynx n'était plus possible; aussi attendais-je avec une certaine curiosité l'autopsie pour constater cette rareté, l'adhérence des cordes vocales dans le cours d'une tuberculose du larynx; je ne pensai plus à la possibilité d'une contracture excessive des cordes, et grande alors fut ma surprise de trouver des cordes peu malades et parfaitement séparées l'une de l'autre. J'examinai les articulations crico-aryténoïdiennes pour voir si je trouverais dans une affection de ces articulations la cause de cette pseudo-adhérence; je les trouvai intactes. Alors, examinant la pièce avec attention, je trouvai entre l'œsophage, le larynx et la trachée un chapelet de petits ganglions de la grosseur d'un pois à une aveline, ganglions ayant déjà subi pour la plupart la dégénérescence caséeuse.

Ce fait me remit en mémoire les troubles moteurs que j'avais rencontrés si fréquemment chez les syphilitiques et les tuberculeux, et m'amena à expliquer ces troubles par l'hypertrophie ganglionnaire voisine et son retentissement sur les nerfs récurrents. Mais ces troubles moteurs étaient surtout d'ordre parétique; la contracture était fort rare, puisque je n'en ai observé jusqu'ici que deux faits.

J'eus l'idée alors, chez les syphilitiques et les tuberculeux brusquement aphones à la période initiale, de tenter l'électrothérapie. J'employai le courant induit et j'appliquai les deux pôles extérieurement de chaque côté du larynx, en ayant soin de suspendre fréquemment l'action du courant. Je fus assez heureux dans un certain nombre de cas de guérir cette aphonie et assez rapidement. En quelques séances, en une semaine ou deux, et faisant l'application tous les jours, j'obtins ce résultat.

Conclusions. — 1° L'espace entre le larynx, la trachée et l'œsophage est le siège de très petits ganglions lymphatiques, voisins des nerfs récurrents.

2° Ces ganglions ne sont pas constants, ou ils sont tellement petits, que leur existence est assez difficile à constater. C'est la raison de l'absence de leur description dans les Traités d'anatomie descriptive.

3° L'hypertrophie de ces ganglions constitue ce que j'appelle l'adénopathie trachéo-laryngienne.

4° La compression des nerfs récurrents par ces ganglions hypertrophiés produit des signes attribués jusqu'ici à tort à l'adénopathie trachéo-bronchique.

5° Les signes sont de deux sortes : parésie ou contracture des cordes vocales.

6° La parésie est assez commune dans le cours de la tuberculose, de la syphilis secondaire et peut-être aussi du cancer.

7° La contracture est extrêmement rare.

8° La parésie des cordes vocales est susceptible d'être modifiée par l'action du courant d'induction.

9° La contracture est très grave, elle provoque des troubles respiratoires très sérieux et peut nécessiter la trachéotomie.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Asthme et eczéma.

La Bourboule, 3 septembre 1881.

A l'occasion des articles parus dans la *Gazette hebdomadaire* (21 mai 1880 et 1er juillet 1881) sur les relations qui paraissent exister entre les crises dyspnéiques et les maladies cutanées, M. le docteur Ch. Pourcher nous adresse l'observation suivante :

Obs. — M. A... est envoyé à la Bourboule au mois d'août 1881, sur l'avis de son médecin, pour y être traité d'un eczéma subaigu occupant toute la nuque, et s'étendant depuis le cuir chevelu jusqu'à la partie supérieure de la région dorsale. Cette affection est survenue, il y a un mois, à la suite de vives préoccupations et de fatigues corporelles excessives. M. A... accuse dans ses antécédents une éruption d'urticaire survenue à la suite de l'ingestion de fruits. De plus, il y a six ans, le malade, après quelques bains de mer pris intempestivement, éprouva plusieurs attaques d'asthme d'une certaine violence, qui disparurent après quelques jours pour ne plus revenir.

A son arrivée à la Bourboule, dès la seconde nuit, M. A... est pris soudainement, vers les neuf heures du soir, d'un accès d'asthme qui se termina rapidement. Le lendemain, la journée fut bonne, M. A... fit une promenade et cueillit quelques fraises qu'il mangea. Le soir, après avoir dîné à l'heure habituelle, il fut surpris, à huit heures du soir, par un accès d'asthme des plus violents, au moment où il faisait brûler un papier nitré. Le malade était en proie à une dyspnée effrayante, la face et les lèvres étaient violacées et horriblement déformées; ce n'était qu'au prix des plus vigoureux efforts qu'on parvenait à introduire une petite quantité d'air dans les poumons.

Deux heures environ après le début de la crise, quelques démangeaisons se firent sentir autour de la ceinture, et gagnèrent successivement les avant-bras, la face dorsale des mains et le cuir chevelu. Il fut facile alors de constater l'existence de plaques d'ur-

ticaire au niveau des parties qui étaient le siège des démangeaisons. A partir de ce moment, l'accès alla en diminuant, et après dix minutes disparut complètement. Le reste de la nuit se passa bien, malgré la fatigue et le malaise résultant de la crise.

M. A..., effrayé et craignant le retour des accidents, quitta le lendemain la Bourboule.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 AOUT 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Aucun travail concernant les sciences médicales n'a été communiqué à l'Académie à cette séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1881.— PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un rapport du Comité central de vaccine du département du Nord sur l'état de la propagation de la vaccine en 1880; 2° une demande de subvention pour la propagation de la vaccine adressée par Mme Bellague, sage-femme à Pontivy. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : 1° de M. le docteur *Carayon* le résultat des vaccinations et revaccinations qu'il a opérées en 1881 au 14e régiment de chasseurs (*Même commission*) ; 2° M. le docteur *Beaufils* (de Rennes) adresse deux *Observations de variole traitée par le fer seul* (*Même commission*); 3° M. le docteur *Bertherand* (d'Alger) envoie une *Étude sur l'acclimatement en Algérie*; 4° M. le docteur *A. Barély* (de Nice) adresse, pour le concours du prix Godard, en 1882, un mémoire imprimé sur *La laryngite striduleuse*; 5° M. le docteur *Leone Levi* transmet le *Bulletin* manuscrit de *statistique mensuelle de la ville de Trieste*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° un rapport de M. *A. Durand-Claye*, comprenant les *Observations des ingénieurs du service municipal au sujet des projets de rapports présentés sur l'assainissement de Paris par MM. A. Girard et Brouardel*; 2° une brochure de M. le docteur *A. Ricordi* (de Milan) intitulée : *Modificazione alle branche del' litentritore d'atacco.*

M. *Marjolin* présente, au nom de M. le docteur *Maurin* (de Marseille), un *Formulaire magistal pour les maladies des enfants*.

RAPPORTS ENTRE LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE ET LA MENSTRUATION NORMALE. — Il résulte des observations recueillies par M. le docteur *de Sinéty* chez un grand nombre de femmes, qu'à l'état physiologique, la muqueuse utérine n'est pas éliminée sous l'influence de la menstruation, contrairement à ce qu'il avait cru lui-même et à ce qu'on enseigne encore généralement. Cependant, dans certaines conditions pathologiques, la muqueuse du corps de l'utérus s'exfolie et est expulsée au moment de l'époque cataméniale. Ce phénomène, désigné sous le nom de *dysménorrhée membraneuse*, s'accompagne le plus souvent de douleurs vives et d'une perte de sang plus considérable qu'à l'ordinaire. Il ne constitue pas une maladie spéciale, une sorte d'entité morbide; on l'observe dans des conditions très variables, avec ou sans métrite. L'exfoliation, dans ces cas, résulte d'une exagération dans le processus menstruel normal, amenant une infiltration trop intense des couches profondes de la muqueuse et une compression des vaisseaux de cette région, d'où élimination des tissus situés au-dessus de cette couche. On s'explique ainsi que tout ce qui empêche le sang de se faire jour, comme à l'état normal, par le réseau musculaire superficiel de la muqueuse, puisse être une cause de dysménorrhée membraneuse. L'examen histologique des lambeaux expulsés est nécessaire pour établir un diagnostic précis, et par conséquent pour instituer un traitement rationnel.

Le mémoire de M. de Sinéty est renvoyé à l'examen de MM. Polaillon, Blot et Tarnier.

MÉDICATION ÉTHÉRÉE-OPIACÉE DANS LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE. — M. *Marrotte* donne lecture du rapport qu'il s'est hâté de faire sur le mémoire lu à la dernière séance par M. le docteur *Du Castel* concernant la médication éthérée-opiacée dans le traitement de la variole; il analyse de nouveau ce mémoire que nous avons résumé (p. 566) et en loue le sens clinique, l'intérêt tout particulier et les sages réserves; aussi l'Académie s'associe à ses propositions et vote des remerciements à l'auteur. M. Marrotte toutefois croit devoir, au nom de son expérience, mettre en garde contre l'engouement d'une médication aussi nouvelle; et il déclare ne pas savoir par les faits jusqu'ici exposés s'il faut avoir recours, pour les expliquer, « à un complexus thérapeutique, à une de ces actions inattendues qui résultent de la combinaison de plusieurs médicaments, de l'accomplissement de plusieurs indications, ou bien trouver cette indication dans l'état pathologique. » La suppression ou l'atténuation si manifestes et si caractéristiques de la suppuration, à la suite de cette médication, lui paraissent le résultat de la bénignité croissante de la variole plutôt que celui d'une action spéciale et circonscrite de la médication, et, d'autre part, il ne croit pas, dans ce cas, à l'amoindrissement qu'il appelle « conjectural » de la puissance préservatrice d'une vaccine antérieure, qu'a remarqué et si bien signalé M. Du Castel.

INOCULATION DE LA PÉRIPNEUMONIE CONTAGIEUSE. — M. *Bouley* s'exécute devant les désirs de ses collègues, ainsi qu'il le dit lui-même, « pour remplir une séance de vacances », et lit une des leçons qu'il a professées cet hiver au Muséum sur l'inoculation de la péripneumonie contagieuse, leçon dans laquelle il cherche surtout à montrer la solution expérimentale de la valeur de l'inoculation comme mesure prophylactique. Après avoir rappelé qu'on était resté longtemps indécis sur la nature contagieuse de cette affection, jusqu'au jour où les expériences instituées en 1850 par M. Dumas montrèrent qu'il s'agissait bien d'une maladie infectieuse et inoculable, il fait l'exposé des recherches entreprises pour conférer l'inoculation préventive et aussi des résistances opposées « au nom de faits négatifs » contre la pratique de cette inoculation. Désormais, l'inoculation caudale est acquise, les expériences concordent à cet égard avec les résultats de la pratique; de plus, on a établi qu'il est des degrés dans l'immunité et qu'on peut renforcer celle-ci par une deuxième inoculation, ainsi que le démontrent des recherches récentes de M. Willems (de Hasselt), dont M. Bouley donne lecture. Il étudie également par quels moyens on pourrait faire plus complètement la lumière sur cette question, en essayant pour la péripneumonie les inoculations intraveineuses préconisées dans ces derniers temps dans le charbon symptomatique, ainsi que les méthodes nouvelles d'atténuation des virus et il montre, en terminant, tous les avantages que les pays étrangers ont recueillis de l'obligation légale de l'inoculation, et que la France est appelée à recueillir elle-même par l'application des articles spéciaux contenus dans la loi promulguée récemment sur la police sanitaire des animaux.

REVUE DES JOURNAUX

De la filaire du sang et de ses rapports avec l'éléphantiasis des Arabes et quelques autres maladies des pays chauds, revue générale par Henri BARTH.

Dans ce travail important, sur lequel nous ne saurions assez vivement appeler l'attention du lecteur, l'auteur a surtout eu pour but d'intéresser les médecins français à l'une des questions les plus neuves et les plus attrayantes de la micro-helminthiase. Rien jusqu'ici n'a encore pu fixer l'attention de nos compatriotes sur une série de travaux de premier ordre, de recherches, de découvertes qui sont, au contraire, à l'étranger, connues, appréciées et suivies avec le plus grand intérêt. En vain M. Le Roy de Méricourt a-t-il réuni avec soin, dans les *Archives de médecine navale* qu'il rédige avec tant de talent, tous les documents nécessaires, la curiosité scientifique des auteurs français n'en a pas été éveillée, et cela,

d'après M. Barth, « par défiance pour des travaux venant de loin, ou par indifférence pour des assertions dont le contrôle immédiat n'est pas possible. » Nous croyons plutôt que ces travaux sont purement et simplement restés inconnus à la majorité des auteurs de notre pays. On y lit fort peu, trop peu, en effet, les publications spéciales, et en ce qui concerne les Revues si intéressantes à tous égards publiées par les ministères de la guerre et de la marine, la parcimonie (pour ne pas dire autrement) avec laquelle elles sont distribuées contribue grandement à les soustraire à la connaissance du public médical. Espérons que, dans un avenir prochain, une administration soucieuse du progrès scientifique mettra fin à de vieux et regrettables errements, et que ces publications d'un intérêt si général seront largement distribuées à la presse, aux écoles, aux Sociétés de médecine, aux hôpitaux, etc.

Tous ces travaux sont, en réalité, fort importants; poursuivis simultanément dans plusieurs contrées du globe, ils portent tous un cachet scientifique incontestable; selon la très juste remarque de M. Barth, « les documents recueillis sont dès à présent assez complets, assez précis, pour former un corps de doctrine considérable, et le chapitre dont ils ont doté l'helminthologie paraît destiné à prendre une très grande importance. La théorie parasitaire de l'éléphantiasis, de la chylurie des régions tropicales et des affections connexes, a trouvé une grande faveur en Angleterre, où des hommes d'une valeur scientifique incontestée, tels que Spencer Cobbold, Sir Joseph Fayrer et plusieurs autres, lui ont prêté l'appui de leur autorité. »

Dans la première partie de son travail, M. Barth présente avec une extrême lucidité et une rare précision scientifique l'historique de cette question, qui commence au 4 août 1866, époque à laquelle Wucherer, naturaliste allemand, établi au Brésil, a découvert le parasite dans les urines d'un sujet atteint de chylurie tropicale. On remarquera particulièrement, dans la série ultérieure, les travaux de Lewis, qui annonça l'origine parasitaire de l'éléphantiasis; de Manson, qui en donna la démonstration; de Bancroft et de Spencer Cobbold, qui fixèrent l'histoire naturelle de la filaire de Wucherer, puis encore de Manson (1877), qui, étudiant après Bancroft les métamorphoses et le mode de pénétration de la filaire du sang, établissait l'analogie la plus flagrante entre la filaire du sang et la filaire de Médine dont Fedschenko avait montré les véritables modes d'évolution et de pénétration dans l'organisme humain, donnant par là (ainsi que nous l'avons fait remarquer ailleurs, *Notes de la traduction de Kaposi*) un moyen de prophylaxie certain.

Bancroft, cherchant le mode d'introduction de la filaire du sang, avait supposé que les moustiques, si avides du sang humain, pouvaient ingérer les hématosoaires et les reporter ultérieurement dans l'eau, où ils vont d'ordinaire mourir.

Cette hypothèse ne devait pas tarder à se confirmer; au moment où Bancroft émettait son postulat, « l'infatigable Manson (Reports on Hœmatozoa, *Sixth part of Shangaï's Custom's Gazette*, 1877) faisait paraître un travail très complet dans lequel la question était étudiée avec les plus grands détails. Frappé de la même idée que Bancroft, il avait exposé à la piqûre des moustiques un Chinois atteint d'hydrocèle fébrile, et dont le sang fourmillait de filaires embryonnaires; il avait recueilli les insectes gorgés de sang et avait retrouvé dans leur estomac le parasite humain. Par une suite d'observations minutieuses, il avait pu se convaincre que l'hématozoaire subissait, dans le nouveau séjour, toute une série de métamorphoses, au terme desquelles il paraissait pourvu d'un tube digestif complet, dépouillé de sa gaîne embryonnaire, et capable de vivre par lui-même. A ce moment, le moustique ayant achevé sa ponte allait mourir à la surface de l'eau, et le parasite, mis en liberté, se trouvait ainsi dans les conditions les plus favorables pour être introduit de nouveau dans l'organisme humain. »

C'est au même auteur encore qu'est due la découverte de la filaire adulte, logée dans un vaisseau lymphatique au milieu d'une tumeur éléphantiasique du scrotum (lymphoscrotum).

Là se termine la partie publiée du travail de M. Barth; la fin sera donnée dans le numéro d'octobre des *Annales de dermatologie*, elle sera consacrée à l'histoire naturelle de la filaire de Wucherer et à l'étude des relations pathologiques.

Nous n'avons donné dans les lignes précédentes qu'une analyse incomplète de la très remarquable Revue de M. Barth; mais nous aurons rempli notre but si nous avons pu la signaler à l'attention des lecteurs français avec l'insistance suffisante pour que cette partie si neuve et si curieuse de la micro-helminthologie pathologique ne leur reste pas plus longtemps inconnue. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 2e série, t. II, n° 3; Paris, juillet 1881.)

E. B.

Le traitement du goître par l'iodoforme, par M. Boéchat.

M. Boéchat a employé l'iodoforme dans le traitement du goître :

1° Applications externes : l'auteur a employé un glycérolé qu'il recouvrait d'une couche de collodion; les résultats ont été nuls dans les goîtres anciens, kystiques ou parenchymateux. Par contre, dans les goîtres récents, de consistance molle, la tumeur a diminué plus rapidement qu'avec l'iode ou l'iodure de potassium; mais l'odeur est un grave inconvénient.

2° Usage interne : Boéchat prescrit l'iodoforme en pilules de 1 centigramme, sans dépasser dix par jour. Ce traitement n'a été appliqué qu'à deux malades portant des goîtres anciens.

3° Injections interstitielles : M. Boéchat a soumis trois sujets à ce traitement. Le premier malade, qui portait un goître depuis son enfance, a subi pendant quinze jours l'injection de la moitié d'une seringue de Pravaz de solution saturée d'iodoforme dans l'éther. On dut cesser, à cause d'une réaction inflammatoire très intense; mais le goître avait très notablement diminué. Dans le deuxième cas, deux injections suffirent pour amener dans un goître ancien une amélioration. Dans le troisième cas, le goître, très ancien, la suppuration arriva sans autre amélioration. En résumé, M. Boéchat croit que c'est un moyen utile qu'il sera bon de généraliser. (*Correspondenz-Blatt für schweizer. Aerzte*, n° 1, p. 12. 1880.)

Travaux à consulter.

La nature parasitaire de la fièvre typhoïde, par M. Klebs. — Le parasite serait un schyzomycète du genre *bacillus* trouvé pour la première fois par Eppinger dans les ulcères plats du carynx sous la forme de bâtonnets et de filaments, 0.6 à 0.8 pour 100 de large sur 80 pour 100 de long, pénétrant la substance fondamentale des cartilages. Retrouvé depuis, dans 24 cas terminés par la mort, en plus grande abondance dans les organes qui avaient été plus spécialement frappés. (*Archives de Klebs*, 1880, t. XXVI.)

1° Contribution a l'étude de la fièvre récurrente, par M. Knipping. — 2° L'épidémie de fièvre récurrente a Breslau en 1879, par M. Spitz. — Mémoires dont les auteurs sont arrivés à des résultats passablement divergents, surtout pour ce qui concerne les caractères épidémiologiques de la maladie, mais qui n'ajoutent guère à nos connaissances. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI, fasc. 1.)

Emphysème sous-cutané consécutif a une solution de continuité de l'estomac, par M. Pœnsgen. — Observé chez un malade atteint d'ulcère rond. En une dizaine d'heures, « le ventre, le thorax, le cou et la face, les deux extrémités supérieures et l'extrémité inférieure gauche étaient le siège d'un emphysème très marqué, surtout le scrotum, dont la peau distendue miroitait ». Pathogénie assez obscure. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

Des Peptones, par M. Albertoni. — Injectés dans le sang d'un chien, ils ont la propriété d'en empêcher la coagulation à sa sortie du vaisseau; rien de semblable chez le lapin. Lorsque le sang ainsi injecté commence à se putréfier, il se forme un coagulum mou. (*Cent. für med. Wiss.*, n° 3.)

Action de la pilocarpine, par MM. Harnack et Meyer. — D'après ces recherches, la pilocarpine devrait être rangée dans le groupe pharmacologique de la nicotine, lequel groupe se diviserait ainsi en quatre parties :
1° Nicotine et pilocarpine;
2° Spartéine, oxaléthyline, lobéline;
3° Conicine;
4° Bases de pyridine. (*Archives de Klebs.*, t. XII.)

Une hémoptysie parasitaire, par M. Baelz. — Observée au Japon, où elle paraît être assez répandue, quoique non décrite jusqu'ici. Crachats rouge sale très glutineux, n'ayant aucun rapport avec une lésion du poumon; la couleur est due à la présence de parasites, *gregarina fusca seu pulmonalis*, et l'auteur propose de donner à la maladie le nom de *gregarinosis pulmonum*. (*Cent. für med. Wiss.*, 1880, n° 39.)

Des acides libres du suc gastrique, par M. Uffelmann. — Recherches faites sur un enfant gastrostomisé depuis quelques années. Aussitôt après l'ingestion des aliments, on constate l'existence de l'acide lactique : on ne peut démontrer l'existence de l'acide chlorhydrique libre qu'au bout de trois quarts d'heure à une heure. Comme réactif de l'acide lactique, l'auteur recommande une solution de chlorure ferreux phéniqué, et comme réactif de l'acide chlorhydrique la matière colorante du vin rouge : deux préparations dont il faut lire la formule dans le mémoire lui-même, et qui sont remarquables par leur sensibilité. Subsidiairement, l'auteur emploie aussi le réactif de Mohr et la méthylaniline. *Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

Un cas de névralgie lombo-abdominale, par M. Heinlein. — Forme spermatique, rapidement guérie par le courant interrompu. L'auteur pense que la névralgie est *mixte* dans ces cas et siège d'un côté dans le nerf spermatique externe et autres branches et de l'autre dans les filets du grand sympathique. (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

Observations d'hétérotopie de substance grise dans la moelle du cervelet, par Pflegen. — Anomalie trouvée 75 fois sur 400 fois. (*Centralb. für med. Wissensch.*, 1880, n° 26.)

De la tension vasculaire dans la fièvre, par M. Riegel. — La diminution de tension que l'on observe dans les vaisseaux, et qui est d'autant plus accusée que la fièvre et plus violente, n'est pas due, comme on l'a prétendu, a une accélération des battements du cœur. Dans deux cas de fièvre intermittente très simple, la température arrivait à monter à 41 ou même 42 degrés sans que le chiffre des battements cardiaques dépassât 72 ou 76, et cependant le pouls présentait les caractères bien connus de l'état fébrile. Les variations se forment sur place dans l'artère elle-même. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 35.)

De l'infiltration leucémique diffuse des reins, par Stilling. — Trouvée chez un enfant de 13 mois, mort d'une maladie indéterminée. Tous les éléments du parenchyme sont intacts et baignés d'une quantité colossale de globules blancs. (*Virchow's Archiv*, t. LXXX.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies de l'utérus, par M. Courty. IIe partie, 3e édition. — Paris, 1881, Asselin.

Nous avons, ici même, déjà rendu compte de la première partie du *Traité pratique des maladies de l'utérus* du professeur Courty. Aujourd'hui la deuxième partie vient de paraître. La troisième édition de cet important ouvrage est donc maintenant complète.

C'est pour l'annoncer au lecteur que nous prenons la plume, car nous n'essaierons pas d'analyser un livre pareil dont chaque chapitre est une monographie. Mais nous pouvons répéter, après en avoir lu les additions nombreuses, que M. Courty s'est tenu au courant des plus récents travaux sur la pathologie utérine.

N'était-il pas à craindre, en effet, que, fier des succès que lui avait valus son livre classique parmi nous, heureux des tirages et des éditions qui se sont rapidement succédés, satisfait des distinctions qu'il avait recueillies, l'auteur ne se dise : « Mon monument est fait et parfait, pourquoi y retoucher encore? » Il n'en est rien, et ce que M. Courty présente au lecteur est bien une édition « revue, corrigée et considérablement augmentée ».

Nous avions surtout signalé, dans la première partie, les chapitres relatifs aux changements de situation : déplacements, déviations, flexions et inversions. Dans la seconde partie, nous avons lu avec plaisir et fruit les pages qui traitent des inflammations de la trompe et de l'ovaire et des suppurations péri-utérines, des hypertrophies générales ou partielles, des polypes et des cancers de l'hématocèle. On retrouve là les qualités essentielles du professeur Courty : l'érudition et une clinique étendue que révèle un nombre considérable d'observations.

Paul Reclus.

Compte rendu de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, t. I. — Bordeaux, 1880.

La Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux vient de faire paraître le premier volume de ses Bulletins. La lecture des deux fascicules qui le composent prouve que la jeune société, dont l'existence datait à peine de dix mois au moment de cette publication, a su bien employer sa première année. C'est d'un heureux augure pour l'avenir.

Par la nature de se travaux, très complexes ainsi que son nom l'indique, elle correspond à la Société anatomique et à la Société de biologie « ces deux grandes sociétés de Paris, dit M. le président Pitres, dont nous devons chercher à suivre de loin les traces ». Il en résulte que les matières qui y sont traitées sont d'une extrême variété, comme on en jugera par le court aperçu qui suit.

Au point de vue de l'*anatomie normale*, signalons d'abord les recherches de M. Pitres sur l'*Insertion du réseau musculaire du cœur*. Dépourvues de sarcolemme, les fibres du muscle cardiaque ne peuvent s'insérer sur les tissus fibreux du cœur de la même façon que les fibres striées ordinaires s'attachent aux fibres tendineuses.

En étudiant la valvule tricuspide du chien, M. Pitres a reconnu que cette insertion se fait par des îlots triangulaires (pointes terminales) formés de fibres convergentes soudées entre elles qui pénètrent, comme des coins dans l'écartement des faisceaux conjonctifs, et s'y perdent insensiblement, sans qu'on puisse trouver trace d'une substance cimentante.

L'*anatomie pathologique* est largement représentée. Les internes des hôpitaux apportent à la Société les pièces qu'ils recueillent dans les autopsies et y joignent souvent de bonnes observations. Citons au hasard : Hydro-hématocèle (M. Labadie), anévrysmes de l'aorte après électropuncture (M. Denucé), foie syphilitique (M. Dèche), périostite phlegmoneuse diffuse (M. Chambrelent). On ne saurait trop encourager un pareil zèle, qui fait à Paris la fortune de la Société anatomique. M. Vaillard a rendu compte de l'examen histologique d'une *néphrite interstitielle aiguë avec transformation cubique de l'épithélium tubulaire*, dont les symptômes avaient été au début ceux d'une néphrite interstitielle simple, puis s'étaient transformés en ceux d'une néphrite parenchymateuse, et dont l'évolution totale avait duré deux mois à peine. Il a également présenté les préparations microscopiques d'un

cas anormal de cirrhose, tout à fait analogue à ceux que M. Surre a étudiés sous le nom de *sclérose atrophique à forme mixte ou avec ictère* (*Etude sur diverses formes de sclérose hépatique*, Thèse de Paris, 1879). Enfin, l'étude d'un péricarde enflammé et tuberculeux a été pour lui l'occasion de publier une note des plus intéressantes sur la *péricardite tuberculeuse* au double point de vue clinique et anatomique. M. Boursier a procédé de même à l'égard des *embolies graisseuses*, dont il a mis sous les yeux de la Société de nombreux spécimens. M. Solles a donné la relation très complète (avec examen histologique et planches) d'un cas de *myomes cutanés*, affection rare dont il n'existe, croyons-nous, qu'une autre observation aussi complète, celle que M. E. Besnier a publié dans les *Annales de dermatologie* (janvier 1880). Enfin, les *dégénérations bilatérales de la moelle* consécutives aux lésions unilatérales du cerveau, dont la Société de biologie s'occupait il y a quelques jours à peine, ont été pour la première fois démontrées devant la Société bordelaise, par M. Pitres, qui a voulu tout naturellement lui offrir la primeur de sa découverte.

L'anatomie pathologique chirurgicale a aussi sa part : un cas très remarquable de *fracture du col du fémur* a permis à M. Demons de se rendre un compte exact de certaines guérisons apparentes et rapides. En raison de la disposition des fragments, il propose de donner à cette variété le nom de *fracture en queue d'aronde*.

Des études de *pathologie expérimentale* ont été poursuivies d'une part par M. Solles, d'autre part, par MM. Arnozan et Vaillard. Le premier a bien décrit les lésions gastriques et intestinales produites chez le chien par l'agaric bulbeux ; il a montré que ces champignons (toutes réserves faites sur l'action du poison absorbé) déterminent des altérations locales portant surtout sur les couches glandulcuses de l'estomac et de l'intestin.

Les seconds ont réussi à déterminer expérimentalement par la ligature du canal de Wirsung une sclérose du pancréas chez le lapin, et contribué ainsi à généraliser la loi des cirrhoses glandulaires consécutives à la ligature ou à l'obstruction des canaux excréteurs.

Enfin l'*ophthalmologie* et la *médecine légale* ont attiré l'attention de la Société. M. Badal a observé deux cas d'*ectopie du cristallin* chez des personnes de la même famille, et a pu étudier les troubles de la vision dans les conditions anormales que crée ce déplacement de la lentille; en outre, il a publié une note substantielle sur l'*angle visuel* et le point précis où il faut placer le sommet de cet angle. M. Morache, en démontrant que la forme des *cristaux élémentaires de chlorhydrate d'hématine* ou hémine ont toujours la même forme, quelle que soit leur provenance, et surtout en appliquant à leur recherche la lumière polarisée, qui les fait apparaître en jaune, tandis que les produits albuminoïdes ou salins restent obscurs, a donné des indications dont les médecins experts sauront apprécier toute l'importance.

Nous devons borner là cette revue. Tout incomplète qu'elle soit, elle est suffisante pour démontrer que la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux a déjà des titres à l'attention des travailleurs.

Nous ne doutons pas, si elle persévère résolument dans la voie où elle s'est engagée, qu'elle n'acquière bientôt, suivant le vœu de son président « la légitime notoriété scientifique qui s'attache aux travaux basés sur l'observation rigoureuse et attentive des faits. »

Une légère critique, pour finir. La composition des Bulletins nous paraît présenter quelques *desiderata*. Les notes remises par les présentateurs, les discussions qui suivent les communications, tout cela se suit un peu pêle-mêle et sans les changements de caractères qui avertissent le lecteur que l'on change le sujet. A part ce détail tout matériel, nous n'avons que des félicitations et des encouragements à adresser à la jeune Société, et nous lui exprimons l'espoir que ses prochains Bulletins nous apporteront une moisson aussi abondante de faits importants.

François-Franck.

Index bibliographique.

Suicide ancien et moderne, étude historique, philosophique, morale et statistique, par A. Legoyt. — Paris, A. Drouin, 1881.

L'étude que vient d'entreprendre M. A. Legoyt est aussi instructive que peu consolante. L'accroissement progressif des suicides depuis un demi-siècle préoccupe tous les gouvernements; de nombreuses enquêtes ont essayé d'en établir les causes; de nombreuses recherches statistiques ont montré que, dans tous les pays, le suicide augmente de fréquence quels que soient l'accroissement de la richesse publique et l'élévation du niveau intellectuel des masses. M. Legoyt, en constatant le mal, s'efforce d'en chercher le remède. Mais le tableau qu'il trace de l'état actuel de la société, les restrictions qu'il fait en constatant certains progrès indéniables, enfin sa conclusion qui fait dépendre d'un retour à la foi chrétienne et à la croyance « à un monde meilleur, à un monde réparateur » la diminution des crimes et des suicides, nous paraît bien contestable. « Aujourd'hui, dit l'auteur, cette sainte croyance n'est plus, d'après les docteurs de la loi nouvelle, qu'un chapitre de plus à l'histoire des aberrations, des superstitions humaines... Si cette doctrine était vraie, il ne restera bientôt plus aux affligés que le choix entre la folie et le suicide. » Nous ne pouvons nous arrêter ici à discuter une semblable question. Plus que M. Legoyt, nous espérons que l'instruction, l'éducation morale et sociale, le sentiment de la responsabilité qu'imposent à tout honnête homme les devoirs qu'il lui faut remplir, feront considérer comme une action indigne, comme une lâcheté celle qui consiste à se soustraire volontairement par la mort à des soucis, à des chagrins inévitables ou à des peines imméritées. La crainte d'un juge suprême et de peines éternelles retiendra moins ceux qui voudraient attenter à leurs jours, que les lois de la morale qui enseigneront à tous que le suicide est une mort honteuse qui ne doit être pardonnée qu'aux aliénés. Quand le suicide vient de la folie, il est, en effet, un malheur digne de pitié, comme une maladie, mais nullement louable; lorsqu'il n'est qu'un acte de désespoir réfléchi, qu'une faiblesse impardonnable, il n'a point d'excuse et l'on ne doit point hésiter à le flétrir. La vie humaine a un but moral auquel on ne peut se soustraire sans manquer à tous ses devoirs. Point n'est besoin pour comprendre ceux-ci de songer au châtiment dont on est menacé « dans un monde meilleur ». Les exemples sont heureusement assez nombreux de ces vrais sages qui supportent héroïquement les plus grands chagrins ou les plus vives douleurs et qui savent attendre la mort sans aller au-devant d'une fin qu'ils ont depuis longtemps prévue. Tout en reconnaissant avec M. Legoyt que le sentiment religieux est pour certains esprit un préventif du suicide, nous ne pouvons donc être de son avis lorsqu'il conseille, avec Brière de Boismont, la confession et le cloître comme le meilleur remède, lorsqu'il nie l'influence de ce que M. Caro lui-même appelle la *raison laïque*, lorsqu'il va jusqu'à penser qu'un grand cataclysme politique pourra ramener à la religion catholique tous ceux qui en ont répudié les dogmes ou les pratiques. Nous aimons mieux, laissant de côté tous les arguments de ce genre, recommander la lecture de ce livre comme un recueil de recherches statistiques très minutieuses et très exactes, comme un résumé de tout ce qui a été écrit sur le suicide et comme l'un de ces livres où, quelque opinion scientifique ou religieuse que l'on conserve, on trouve toujours des documents utiles à consulter et des arguments sérieux à discuter.

Marche de la criminalité en France de 1825 a 1880. — Du criminel devant la science contemporaine, par M. A. Lacassagne.

Dans sa leçon d'ouverture du cours de médecine légale de la Faculté de Lyon, M. Lacassagne a étudié un sujet qui se rapproche beaucoup de celui qui a servi de texte au livre de M. Legoyt. Mais les tendances philosophiques des deux auteurs sont tout opposées, et l'on ne peut sans intérêt comparer ce que pensent du milieu social et des influences qui devraient le modifier deux savants qui

diffèrent autant alors qu'ils traitent à peu près le même sujet. Tandis que M. Legoyt considère la religion chrétienne et la croyance en un monde *réparateur*, où la vie de chacun sera jugée et récompensée ou punie, comme le seul remède à apporter à la manie du suicide, M. Lacassagne estime que « la masse accepte facilement en fait de théorie tout ce qui lui vient d'en haut et se laisse sans résistance apparente imposer tous les cultes ; mais si l'on va au fond des choses et que l'on cherche ce qu'il y a sous cette apparence, on trouve, dit-il, que l'adepte des religions les plus raffinées est demeuré, sous le rapport des idées, l'homme primitif qui habitait la grotte de l'âge quaternaire... Prise dans sa masse, dit encore l'auteur, l'humanité est restée ce qu'elle était au début : purement fétichique et même chez les hommes les plus instruits et les plus émancipés, il ne serait pas difficile de démêler ce qu'il y a encore dans leurs actes de conforme à ces tendances primesautières spontanées, invincibles de notre nature. » Ces paroles montrent bien l'opinion de notre savant ami. Mais il les accentue encore en divisant le milieu social en couches supérieures ou *couches frontales*, couches inférieures ou *couches occipitales*, et enfin en couches moyennes ou *couches pariétales* et en ajoutant: « Etant très modifiables, nous nous perfectionnons à la surface; la civilisation gratte la couche corticale de notre cerveau; mais avant qu'un progrès soit accompli et qu'une acquisition devienne définitive, c'est-à-dire organique, il faut des siècles et des siècles ». Parler de la sorte, n'est-ce point nier la perfectibilité individuelle due à l'éducation et le progrès social résultant incessamment des enseignements fournis par la loi morale et les bons exemples? Soutenir que les ouvriers et les laboureurs, que tous ceux qui ne sont ni les spéculateurs, ni les philosophes, ni les législateurs, ni les savants sont indéfiniment voués à la vie végétative, que les modificateurs sociologiques sont pour eux une cause de troubles qui ne peuvent que fort lentement détruire les effets de l'habitude, n'est-ce pas exagérer singulièrement une doctrine qui ne repose que sur des vues *a priori*? La statistique, on l'a dit souvent, est difficile à interpréter. Nous craignons que les moralistes et les criminalistes ne soient pas de l'avis de M. Lacassagne lorsqu'il conclut que « le code pénal n'est qu'une illusion sociale ». Et cependant on ne peut lire sans un vif intérêt tous les développements donnés par M. Lacassagne à la thèse qu'il a défendue avec un réel talent. Nous dirons plus. Dans cette leçon inaugurale, bien des aperçus ingénieux, bien des idées neuves et originales ont été émises qui sont parfaitement justes. Mais le point de départ, et par conséquent la conclusion, nous paraissent bien exagérés. L'influence exercée sur le nombre des crimes par la température, la saison, l'alimentation, etc., peut être admise. Ce qui doit être contesté, c'est l'importance attribuée à ces causes accidentelles. Ce qu'il faudrait surtout étudier, à notre avis, c'est la marche de la criminalité considérée non d'après les saisons, mais d'année en année, chez les différents peuples et suivant les perfectionnements intellectuels et moraux qui les peuvent modifier. On verrait sans doute par cette analyse que si les vendanges, le carnaval, ou l'influence de la chaleur peuvent augmenter le nombre de certains crimes, l'instruction populaire et l'éducation des masses diminuent la criminalité dans son ensemble. Nous croyons nous rappeler que l'on a établi des cartes montrant que les régions où le nombre des crimes tendait à diminuer étaient celles où l'instruction du peuple avait fait le plus de progrès Des courbes comparatives de ce genre ne manqueraient pas d'intérêt, et peut-être pourraient-elles prouver que les couches dites *occipitales* ne sont point tout à fait aussi difficiles à perfectionner que le ferait croire la très intéressante étude du brillant professeur de Lyon. Quoi qu'il en soit d'ailleurs de ces réserves, il nous paraissait utile de signaler tout spécialement ce travail fait avec tant de conviction et de conscience.

VARIÉTÉS

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A M. LOUIS LAUSSEDAT. — Avant-hier mercredi 7 septembre, a eu lieu en présence d'une nombreuse assistance, composée d'hommes politiques, de médecins et d'amis, l'inauguration du monument élevé par souscription sur la tombe de M. le docteur Louis Laussedat, décédé au mois de juillet 1878.

M. le docteur V. Cornil, député et président du conseil général de l'Allier, a éloquemment retracé les diverses phases de la vie politique de notre regretté confrère; M. le docteur Feigneaux, au nom des médecins belges et du comité de rédaction de *l'Art médical* (de Bruxelles), a rappelé avec un grand bonheur d'expression tous les souvenirs laissés en Belgique par celui qui, obligé de venir y trouver un asile et de subir les exigences de l'autorisation d'y exercer la médecine, acquit bientôt une telle situation, qu'il devint membre de l'Académie de médecine de ce pays; M. d'Ormesson, ancien préfet de l'Allier, se fit l'interprète de tous ceux qui avaient connu M. Laussedat dans ce département et l'avaient vu à l'œuvre. M. A. J. Martin exprima les regrets de la Société de médecine publique, dont M. Laussedat était l'un des fondateurs et vice-président, et il exposa les projets que le député s'efforçait de réaliser pour donner à la profession médicale toute l'autorité et la puissance d'action qu'elle lui semblait devoir posséder dans l'intérêt de l'hygiène publique, du bien-être et de la vitalité du pays.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS.— L'agrandissement de l'hospice des Enfants-Assistés va être très prochainement entrepris; de nouveaux bâtiments seront construits sur la rue Denfert-Rochereau.

MORTALITÉ A PARIS (35e semaine, du vendredi 26 août au jeudi 1er septembre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1015, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 72. — Variole, 19. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 44. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 48. — Phthisie pulmonaire, 172. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 54. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 55.— Bronchite aiguë, 29.—Pneumonie, 49. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 86; au sein et mixte, 59; inconnu, 5.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 72; de l'appareil circulatoire, 48; de l'appareil respiratoire, 43; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0.— Morts violentes, 29. — Causes non classées, 10.

Conclusions de la 35e semaine. — Si la semaine qui vient de s'écouler devait être jugée d'après le nombre des décès enregistrés (1015), il serait permis de croire à un état stationnaire général. L'aggravation de 20 décès qu'elle présente sur celle qui l'a précédée pourrait être attribuée, en effet, aux oscillations ordinaires que l'on doit rencontrer dans la succession des semaines. Mais la comparaison des chiffres des maladies causes de mort accusés par ce bulletin, à ceux relevés pour les mêmes affections pendant la 34e semaine, révèle des différences sensibles dont il importe d'autant plus de tenir compte qu'elles intéressent plus particulièrement les enfants et les jeunes gens. Nous signalerons surtout la diminution des décès dus à l'athrepsie, qui sont pourtant, ce nous semble, plus nombreux encore qu'ils ne devraient l'être par ces faibles chaleurs (150 au lieu de 173), et l'augmentation des décès par fièvre typhoïde (72 au lieu de 38). Le chiffre des décès par variole s'est aussi accru cette semaine; il a été de 19 (contre 12 la 34e semaine). Le quartier de l'Hôpital-Saint-Louis continue à être le siège de prédilection de cette épidémie. Ce quartier a d'ailleurs été tout spécialement frappé, puisque sur 24 décès par toutes causes, il en compte 12 qui proviennent d'affections épidémiques. Depuis plusieurs semaines, le nombre des décès par rougeole va toujours en s'atténuant. Le présent bulletin en indique 6, chiffre bien au-dessous de la moyenne; d'un autre côté, la scarlatine, qui les années précédentes occasionnait seulement, en moyenne, de 3 à 4 décès, fait cette année de nombreuses victimes, 10 à 15 par semaine. La diphthérie demeure à peu près stationnaire, avec un chiffre de 44 décès.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-HUITIÈME ANNÉE — N° 37 — 16 SEPTEMBRE 1881

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 15 septembre 1881.

LES RÉQUISITIONS MILITAIRES ADRESSÉES AUX MÉDECINS CIVILS. DE L'EMPLOI DE LA PILOCARPINE CONTRE LA DIPHTHÉRIE.

Les réquisitions militaires adressées aux médecins civils.

Plusieurs médecins de Paris ont reçu, ces jours derniers, une lettre administrative leur annonçant que le départ pour l'Algérie d'un certain nombre de médecins aides-majors laissait en souffrance le service médical de l'armée, et les priant de faire savoir s'ils voulaient bien « prêter leur concours à l'administration de la guerre ». Les termes assez vagues de la circulaire municipale ont égaré quelques-uns de nos confrères de la presse médicale et politique. Ils ont considéré la mesure qui allait être prise comme une innovation durable et se sont demandé comment quelques semaines de lutte contre les tribus Arabes pouvaient désorganiser le corps de santé à ce point qu'il devenait tout à fait insuffisant. Sans excuser le moins du monde les rédacteurs maladroits de la lettre-circulaire adressée aux médecins de Paris, et tout en protestant contre les allégations que l'on n'a pas craint, dans certains bureaux, d'émettre dans le but d'encourager les médecins à répondre favorablement à la réquisition du ministre de la guerre, nous pensons que la demande du gouverneur de Paris n'aurait pas dû causer un tel émoi.

On sait que, pour des raisons que nous n'avons pas à développer ici, le corps expéditionnaire d'Algérie a été composé de bataillons empruntés à presque tous les régiments. Ces bataillons ne peuvent partir sans être accompagnés d'un médecin. Or, si ce médecin est l'aide-major du régiment, le médecin-major de 2e classe restant au dépôt, il devient impossible au médecin-major de 1re classe d'assurer le service de la portion active, alors surtout que le régiment occupe plusieurs casernements. C'est ce qui arrive à Paris. Les forts, où se trouvent concentrées les troupes, reçoivent tous les matins la visite d'un médecin. Cette visite a pour but de reconnaître quels sont les malades, de distinguer, parmi ces derniers, ceux qui peuvent rester à la chambre et ceux qu'il convient d'évacuer à l'hôpital. Il faut, pour qu'un pareil service soit bien fait, que le médecin expert connaisse les règlements militaires et les habitudes des soldats, qu'il soit à la fois médecin légiste, habile à déjouer les supercheries et médecin expérimenté, sachant poser rapidement un diagnostic ou même un pronostic suffisant. Il faut surtout qu'il ait

FEUILLETON

Quelques épidémies du quinzième siècle (1403-1445). — Le tac ou horion, la dando, la bosse, la variole.

(Fin. — Voyez le numéro 36.)

De tous les témoignages, le plus précieux est certainement celui du *Journal d'un bourgeois de Paris*, dont la chronique fut copiée plus ou moins fidèlement par les historiens des siècles suivants. Jean Chuffart, chanoine de Notre-Dame et probablement auteur de ce journal, fut atteint de cette maladie. Son récit a donc une plus grande valeur que celui des autres historiens.

« Il advint, dit-il, par le plaisir de Dieu, que ung mauvais air corrompu chut sur le monde, qui plus de cent mille personnes à Paris mit en tel état, qu'ils perdirent le boire et le manger, le repouser, et avaient très forte fièvre deux ou trois fois le jour et especialement toutes foys qu'ils mangeoient et leur sembloient toutes choses quelconques amères et très maulvoises et puantes; toujours trembloient, où qu'ils fussent. Et avec ce, qui pis estoit, on perdoit tout le pouvoir de son corps, qu'on n'osoit toucher à soi nulle part que ce fust, tant estoient grevez ceulx qui de ce mal estoient attains, et dura bien sans cesser trois semaines ou plus, et commença à bon escient à l'entrée du moys de mars, au dit-on, et le nommoit-on le tac ou le horion. Et ceulx qui point n'en avoient ou qui en estoient guériz, disoient par esbatement : En as-tu? Par ma foy tu as chanté

» Votre c..... a la toux commère;
» Votre c..... a la toux, la toux, la toux.

» Car avec tout le mal devant dit, on avoit la toux si fort et la rume et l'enrouence, que on ne chantoit qui rien fust de haultes messes à Paris. Mais sur tous les maulx la toux estoit

un grade militaire, qu'il soit reconnu, sans hésitation, non seulement comme un médecin dévoué, charitable, mais encore comme un officier soucieux de veiller tout à la fois au bien-être des hommes de troupe et aux intérêts de l'armée. C'est pourquoi ce service, plus militaire encore que médical, devrait toujours être confié à un médecin de l'armée active. Or, la circulaire administrative, qui vient d'être adressée à nos confrères, et les explications qui leur ont été données dans les bureaux semble prouver que l'on n'a eu pour but de solliciter le concours des médecins civils que pour remplir ces fonctions exclusivement militaires. Au lieu de les requérir pour le service des hôpitaux, comme on le faisait jadis, on demande à des médecins praticiens de faire tous les matins une visite dans les forts des environs de Paris pour y remplacer les médecins aides-majors déplacés en raison des nécessités du service. Au point de vue des intérêts de la discipline militaire et du corps de santé de l'armée, nous considérons cette mesure comme mauvaise. Mais il y a plus. On offre à ces médecins, que l'on déplacera de leur résidence habituelle et qui n'auront aucun intérêt médical ou professionnel à remplir ces nouvelles fonctions, une indemnité dérisoire, et l'on s'imagine que l'on trouvera des médecins sérieux pour obéir à une réquisition de ce genre! Si nos renseignements sont exacts, l'administration de la guerre est dès aujourd'hui en mesure de juger combien une semblable espérance est et sera toujours vaine. Quatre ou cinq docteurs en médecine ont accepté l'offre qui leur a été faite de prêter leur concours à l'administration de la guerre. Encore n'ont-ils signé la feuille d'adhésion qui leur a été présentée que, pressés par les employés des bureaux de la guerre, et séduits par des promesses qui, nous ne craignons pas de le leur dire franchement, ne se réaliseront jamais.

On leur a déclaré que le service qu'ils seraient appelés à faire dans les forts détachés ne durerait que peu de temps, que bientôt ils seraient appelés au titre de médecins requis, dans les hôpitaux militaires de Paris, et qu'on leur confierait *un service d'hôpital*. Nous comprenons que cet espoir les ait encouragés. Mais pourquoi leur laisser cette illusion? Certes, nous aurions trouvé plus simple et plus rationnel de détacher des hôpitaux les médecins aides-majors et de les charger du service militaire des forts et des corps de troupe. Ils seraient plus aptes à ces fonctions que des médecins civils, et ceux-ci auraient accepté, en plus grand nombre, les fonctions d'aides-majors dans les hôpitaux militaires. Mais jamais on ne songera, nous n'avons pas à expliquer pour quels motifs, à confier un service hospitalier à ces médecins requis. Le nombre des médecins traitants des hôpitaux militaires de Paris est suffisant. Il est même peut-être surabondant. En dédoublant certains services, on arriverait aisément à assurer à tous les malades militaires les soins dont ils ont besoin. Si, par malheur, il fallait appeler hors de Paris les médecins principaux ou les majors de 1re classe qui remplissent dans les hôpitaux les fonctions de médecins traitants, on trouverait parmi les médecins du même grade dans la réserve de l'armée active ou dans l'armée territoriale des hommes expérimentés tout prêts à les suppléer, si on sollicitait leur concours dans des conditions acceptables. Mais nous ne pensons pas que l'administration de la guerre ait jamais songé à confier ses services hospitaliers à des médecins dont elle ne connaîtrait au préalable ni l'expérience, ni l'aptitude. Nous n'hésitons donc point à prémunir nos confrères contre des promesses dont ils ne verront jamais la réalisation. Ce qu'on a voulu, c'est trouver des médecins civils qui, moyennant une faible indemnité, consentiraient à se présenter tous les matins dans les forts détachés ou les casernes excentriques pour y couvrir, au point de vue médical, la responsabilité des chefs militaires qui feront de leur avis ce que bon leur semblera. Le service demandé à ces médecins requis sera fatigant au point de vue physique, onéreux au point de vue professionnel, dérisoire au point de vue médical. Leur autorité sera nulle. Point n'est besoin d'insister aujourd'hui pour leur conseiller de refuser, comme ils l'ont fait pour la plupart, une adhésion à des propositions, aussi mal conçues que mal formulées.

L. L.

De l'emploi de la pilocarpine contre la diphthérie.

Le scepticisme en médecine est-il un bien, est-il un mal? La chose est discutable et discutée avec ardeur: les Allemands surtout se font remarquer par la vivacité avec laquelle ils attaquent « le nihilisme médical ». Mais lorsque l'on se pose la question au point de vue plus restreint du traitement des maladies, l'hésitation n'est plus permise: le scepticisme en thérapeutique est une nécessité absolue pour tout homme soucieux de maintenir l'art de guérir dans les limites de la science pure. Toutefois, si cette loi générale devait souffrir des exceptions, ce devrait être en faveur de la diphthérie, cette terrible maladie qui nous envahit incessamment, qui tue la société dans l'œuf, et qui a fait plus de ravages dans le

---

si cruelle à tous, jour et nuyt, que aucuns hommes par force de tousser furent rompus par les génitoires toute leur vie, et aucunes femmes qui estoient grosses, qui n'estoient pas à terme, orent leurs enfants sans la compaignie de personne par force de tousser, qu'il convenoit mourir à grand martire et mère et enfant. Et quand ce venoit sur la garison, ilz jetoient grand foison sanc bète par la bouche et par le nez et par dessoubz, qui moult les esbahissoit, et néanmoins personne n'en mouroit; mais à peine on pouvoit personne estre guéri, car depuis que l'apetiz de menger fut aux personnes revenu, si fust-il plus de six semaines après, avant que on feust nettement guéry; ne fisissien, nul ne savoit dire quel mal c'estoit (*loc. cit.*, en 1881, p. 49). »

Cette épidémie fut donc attribuée aux intempéries des mois de février et de mars. Aussi Nicolas de Baye la nommait-il *lues aut pestis aera*. Quant à ses symptômes: fièvre intense, troubles gastriques persistants, douleurs généralisées, enrouement, toux opiniâtre assez violente pour produire des hernies et l'avortement, enfin hémorrhagies critiques: ce sont des caractères qui conviennent à une fièvre catarrhale. La durée de la maladie fut de trois septenaires, et la mortalité fut faible, malgré le nombre considérable des personnes atteintes. C'était sans doute une sorte d'*influenza*, une grippe épidémique, dont l'extension fut telle, que l'on dût, le 19 mars, suspendre les audiences du parlement (*Archives nationales*, Xla, 4790, fol. 49).

Enfin, pour calmer l'émotion publique et suivant l'usage traditionnel en semblable circonstance, le chapitre de Notre-Dame, par une délibération du 10 mars 1414, ordonna une procession générale pour le dimanche suivant. « *Fiant processiones generales die dominica proxima, tam propter infirmitatem currentem, quam alias, in Ecclesia parisiensi* » (*Arch. nat.*, LL, 214, fol. 301, et *Journal d'un bourgeois de Paris*, édit. Tutey, *loc. cit.*).

Telle fut cette maladie de tac ou de horion, dont Monstrelet fait une épidémie de coqueluche (Monstrelet, t. II, p. 465) et

monde moderne, en 1880, par exemple, que bien des épidémies de peste au moyen âge. Pour combattre ce *phylloxera* du genre humain, tous les moyens sont bons : tous les traitements méritent d'être accueillis et enregistrés, sinon avec sympathie, du moins sans indifférence. Lorsque la pathologie expérimentale nous aura fourni les bases inattaquables d'une prophylaxie et d'une thérapeutique rationnelles, il sera temps de revenir à une sévérité nécessaire.

Parmi les médications préconisées récemment, la dernière venue est l'emploi de la pilocarpine, qui conquit d'emblée les faveurs du monde médical, d'abord parce qu'elle était rationnelle, puis parce que l'on ne sait vraiment plus comment lutter avec avantage contre la diphthérie.

A la suite de la remarquable observation communiquée par Lereboullet à la Société médicale des hôpitaux, j'eus la curiosité de rechercher si les singulières propriétés sialagogues et diaphorétiques de la pilocarpine avaient inspiré déjà de semblables essais dans la même maladie. C'est le résultat de ces recherches accompagné de quelques commentaires critiques, que je livre à l'appréciation des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*.

Au dire de Dehio, le médicament aurait déjà été employé en 1878, à l'Hôpital des Enfants de Saint-Pétersbourg. Lehwess a communiqué à la Société générale des médecins de Saint-Pétersbourg, dans la séance du 30 octobre 1879, des résultats satisfaisants obtenus au moyen des injections sous-cutanées.

D'autre part, on a revendiqué, mais à tort, la priorité de cette médication en faveur de la clinique de Wurzbourg. Le mérite d'avoir insisté le premier sur la possibilité de guérir la diphthérie par la pilocarpine revient incontestablement à un médecin praticien de Constadt, le docteur Guttmann.

Dans une première note parue en 1880, Guttmann annonçait que depuis un an et demi il obtenait, dans le traitement de la diphthérie, des succès tellement étonnants par l'emploi de la pilocarpine, qu'il se croyait autorisé à considérer ce médicament comme un véritable spécifique. Sur 66 malades, 66 guérisons!! Et cependant 15 cas sont déclarés *très graves*, et 33 cas *de moyenne gravité*. L'action propre du médicament s'établissait avec une très grande régularité : salivation abondante et continue, détachant les fausses membranes, faisant fondre l'infiltration, ramenant la coloration normale du pharynx, le tout en deux ou trois jours.

Ces observations amenèrent l'auteur à étendre la médication à toutes les maladies du larynx ou du pharynx, et les résultats obtenus furent tout aussi rapides et certains. La pilocarpine devenait donc le spécifique, non seulement de la diphthérie, maladie éminemment infectieuse, mais de toutes les lésions *locales* du pharynx (à l'exception des formes ulcéreuses). Tout cela paraît *a priori* bien extraordinaire. Le croup lui-même, ajoute l'auteur, qui est partisan de la doctrine dualiste, peut être influencé favorablement. Le travail de Guttmann, publié dans le principal organe médical de l'Allemagne, excita naturellement la plus grande curiosité. L'emploi de la pilocarpine n'avait rien d'irrationnel, au contraire : les merveilleux résultats annoncés incitèrent les médecins de tous les pays à employer la nouvelle méthode.

On trouvera plus loin, dans un petit *Index bibliographique*, tout ce qui a été publié jusqu'ici. Il est inutile d'analyser toutes ces observations, nous ne choisirons que les plus intéressantes.

Weise dit avoir employé la méthode aussitôt qu'il eut connaissance du travail de Guttmann, avec un médiocre succès. Voici deux exemples :

Obs. III. Enfant de quatre ans, malade le 8 octobre. Légère diphthérie de l'amygdale gauche, guérie en deux jours. Le 10, violente inflammation à droite, s'étendant sur l'amygdale, le pharynx et le voile du palais. Traitement par la pilocarpine selon la méthode de Guttmann. Guérison le 25 octobre (par conséquent, au bout de quinze jours seulement).

Obs. VI. Enfant de cinq ans. L'auteur est appelé à le voir, le 11 octobre au soir, vers minuit, et trouve une diphthérie pharyngée d'intensité moyenne. Traitement par la pilocarpine. Au bout de dix heures, la diphthérie avait disparu : malheureusement, on constata le début d'un collapsus qui emportait l'enfant au bout de quelques heures, malgré la cessation du médicament et l'emploi des roborants et des analeptiques. Deux autres enfants moururent dans les mêmes circonstances.

Dehio a employé la méthode dans 24 cas, dont 14 de diphthérie localisée au pharynx et 10 de diphthérie laryngée. Les premiers cas guérirent, malgré la gravité de quelques-uns d'entre eux. Une de ses observations rappelle, trait pour trait, celle de Lereboullet. Il fut moins heureux dans le traitement de la diphthérie laryngée, mais les cinq décès observés étaient survenus très peu de temps après l'entrée à l'hôpital. Il est vraisemblable que le médicament avait été employé trop tard.

Les résultats signalés par Lax sont excellents. Il suivit d'ailleurs minutieusement les prescriptions de Guttmann. Sur 16 enfants atteints, 6 moururent : c'était au début de

---

qui vraisemblablement prit naissance à la suite de perturbations atmosphériques et présenta les caractères d'une fièvre catarrhale, de la grippe épidémique.

3° *Épidémie de* 1427. *Dando* ou *la Dando.* — Cette maladie a été signalée par Estienne Pasquier (*loc. cit.*, p. 427), et cet auteur, dans son récit, n'a fait que copier le texte du *Journal d'un bourgeois de Paris*. C'est donc à cette source que l'on doit puiser des renseignements authentiques sur cette épidémie, qui, par sa nature et par quelques-uns de ses symptômes, présente des analogies avec le tac ou horion.

« En ce semps, environ quinze jours avant la Saint-Remy, cheut un mauvais air corrompu dont une très malvaise maladie vint, qu'on appelait *la Dando;* et n'estoit nul, ne nulle qui aucunement ne s'en sentist dedans le temps qu'elle dura... Elle commençait ès-reins et ès-épaules, et n'estoit nul, quand elle prenoit, qui ne cuidast avoir la gravelle, tant faisait cruelle douleur, et après ce à tous venaient les assées ou fortes frissons et estoit, ou bien VII ou X ou XV jours que on ne pouvoit ne boire, ne manger, ne dormir, les uns plus, les autres moins; après ce venait une toux si très mauvaise à chacun, que quand on estoit au sermon, on ne pouvoit entendre ce que le sermonneur disoit, pour la grant noise des tousseurs.

» Elle a très forte durée jusques après la Toussaint; bien quarante jours ou plus. Et ne eussiez guère trouvé homme, ne femme qui ne eust la bouche ou le nez tout eslevé de grosse rougue pour l'accès, et quant on rencontroit l'un l'autre, on demandoit : As-tu point eu la Dando? S'il disait : non, on lui respondoit tantôt : Or te gardes bien, que vraiement tu en gousteras ung morcelet. Et vrayment on ne mentoit pas, que pour vray, il fut pou, fust petit ou grand, femme ou enfans, qui n'eust en ce temps ou assées, ou frissons, ou la toux, qui trop durait longuement » (*Journal d'un bourgeois de Paris*, édit. 1881, p. 222).

Le début de la maladie suivit de brusques changements de température, et sa durée fut de six à sept semaines, de-

l'épidémie, et le traitement consistait simplement en badigeonnages au nitrate d'argent : les 10 suivants, traités par la pilocarpine, furent tous sauvés, malgré la gravité de la maladie.

Lepidi-Chioti rapporte quelques observations de la clinique du professeur Cautani : il s'agissait de personnes adultes dont l'affection, quoique débutant par des phénomènes de la plus haute gravité, eut un décours extrêmement bénin.

Nous rappelons, pour mémoire, l'observation déjà citée de Lereboullet.

Aucun des auteurs que nous venons de citer, sauf peut-être Lax, ne partage l'enthousiasme de Guttmann trop visiblement épris de sa méthode. Ils reconnaissent que l'emploi de la pilocarpine coïncide avec une amélioration sensible de l'état général et local. Mais ils se gardent bien de s'avancer trop loin dans l'explication de ces effets, et s'ils prononcent le mot de *spécifique*, ce n'est guère que pour combattre cette hypothèse.

Quelques-uns vont plus loin et nient purement et simplement les effets annoncés par Guttmann.

On a vu plus haut que Weise n'était pas très louangeur, Neumeister l'est encore beaucoup moins. Après avoir essayé la méthode dans 28 cas différents, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La pilocarpine est inconstante dans ses effets : la salivation est capricieuse dans son apparition.

2° Lorsque la salivation est établie, elle n'entraîne pas pour cela les fausses membranes.

2° La pilocarpine est pour les enfants un agent très agressif qui provoque, même à petite dose, de la faiblesse cardiaque et même des collapsus dangereux.

Le rédacteur du *Centralblatt für Chirurgie* (1881, n° 16), docteur Janicke, de Breslau, déclare que son expérience personnelle lui a démontré la vérité des deux premières propositions.

Küster ne se loue pas beaucoup non plus de l'emploi de la pilocarpine. Il semble que, pour lui, le remède est assez indifférent, et qu'on ne saurait lui attribuer ni les succès qui seraient l'évolution naturelle de la maladie, ni les insuccès, ni même les accidents (de collapsus et autres) qui seraient le fait de la diphthérie.

Doses et mode d'administration. — Le traitement, tel qu'il est prescrit par Guttmann, est fort compliqué.

Pour les enfants. — Chlorhydrate de pilocarpine, 2 à 4 centigrammes; pepsine, 6 à 8 décigrammes; acide chlorhydrique, 2 gouttes; eau distillée, 80 grammes. — Une cuillerée à café toutes les heures, sans interruption, jour et nuit.

Pour les adultes. — Chlorhydrate de pilocarpine, 3 à à 5 centigrammes; pepsine, 2 grammes; acide chlorhydrique, 3 gouttes; eau distillée, 240 grammes. — Pr. une cuillerée à bouche par heure.

Après chaque cuillerée, une pareille quantité de vin de Hongrie. Si, au bout de 12 à 24 heures, l'amélioration n'est pas sensible, la dose devra être augmentée.

En même temps, boissons froides, glace à l'intérieur, linges mouillés autour du cou, alimentation liquide toutes les deux heures.

Dehio dit que ce traitement est tellement compliqué, que l'on ne sait plus à quoi attribuer les succès, lorsqu'il y en a. Il prescrivait d'ordinaire une formule simplifiée :

Chlorhydrate de pilocarpine, 2 à 6 centigrammes; eau distillée, 50 grammes; vin d'Espagne, 50 grammes. — Pr. 10 grammes toutes les 1 ou 2 heures.

Gargarismes boratés. Trois fois par jour badigeonner avec solution de tannin au 1/40.

Lereboullet employait les injections sous-cutanées, en même temps que les pulvérisations phéniquées, la cravate de glace, les lavements de peptone et les lavements phéniqués.

Guttmann recommande, dans les cas de danger imminent, d'injecter une demi-seringue d'une solution à 2 pour 1000, soit 1 décigramme environ. On reviendra, aussitôt que l'amélioration se sera déclarée, à la méthode ordinaire.

Il n'est pas inutile de faire observer qu'il n'est pas indifférent de se servir d'une pilocarpine quelconque. Dehio démontre, au moyen d'expériences contradictoires, que la pilocarpine de Merck (de Darmstadt) est bien plus active que celle de Trommsdorff. Il est donc nécessaire de s'assurer de la qualité du médicament.

Lepidi-Chioti a eu l'idée d'administrer la pilocarpine en lavements. Il n'est pas rare, en effet, d'observer une irritation très vive de l'estomac se traduisant par des douleurs, des vomissements, etc. En administrant des lavements de 60 grammes contenant chacun 3 centigrammes de sel de pilocarpine on obtenait la salivation en 10 ou 15 minutes. Ce fait, s'il devait se confirmer, aurait une très grande importance, et les lavements de pilocarpine prendraient le premier rang dans le traitement de la diphthérie par cette méthode.

Effets et inconvénients. — Il ressort de la description des auteurs que nous venons de citer, que l'emploi de la pilocarpine à dose indiquée, provoque d'ordinaire, au bout de 24

---

puis le 15 septembre environ jusqu'au commencement de novembre. Douleurs de la région rénale, frissons, fièvre violente, troubles gastriques, toux rebelle se montrant vers le troisième septenaire, tels sont les symptômes de la période d'état; puis éruption d'*herpes labialis* vers le déclin. Elle atteignit toutes les classes de la population, sévissant sur un grand nombre d'individus, sans distinction de sexe ou d'âge, et cependant aucun des chroniqueurs ne mentionne d'augmentation excessive de la mortalité. Enfin, autre considération qui donne à la *dando* le caractère d'une fièvre catarrhale, c'est qu'elle apparut à la suite de grandes et longues perturbations atmosphériques. En effet, l'hiver de 1427 avait été remarquable par sa rigueur et sa durée. La gelée, qui commença le 1er janvier, persista sans interruption pendant trente-six jours, et fut suivie de froids rigoureux qui se prolongèrent jusqu'en juin. De plus, des inondations submergèrent une partie de la ville pendant l'été, qui fut pluvieux et auquel succédèrent en octobre des chaleurs excessives.

En résumé, les maladies qui reçurent les noms divers de coqueluche, de tac ou horion et de la dando, furent très vraisemblablement des épidémies de fièvres catarrhales et probablement de grippes. Elles frappèrent un nombre considérable d'individus, nombre exagéré sans doute par les chroniqueurs, et qui n'était pas en rapport avec le chiffre de la population. La malignité se traduisit donc par l'étendue même de la morbidité, plutôt que par une mortalité excessive. On peut se demander, en comparant la grippe telle qu'elle se montre habituellement de nos jours, si le génie épidémique de ces affections catarrhales a changé de caractère, surtout quand on considère le nombre relativement restreint des malades atteints de ces fièvres par rapport au chiffre de la population. Mais dans quelques-unes des endémies contemporaines, on a vu aussi la malignité se traduire par une mortalité proportionnellement excessive : tels sont, par exemple, les cas dont M. le docteur Bertholle a publié les observations, et dont le dramatique récit rappelle des épisodes

ou de 36 heures au plus tard, l'apparition d'une abondante salivation qui constitue précisément l'effet thérapeutique favorable et qu'il est important d'obtenir rapidement. Il semble d'ailleurs que cet effet, un des caractères les plus constants de la pilocarpine, se produit avec plus de difficultés chez les diphthéritiques que chez les personnes bien portantes (Lereboullet).

S'il ne se produit pas, c'est que la dose employée est trop faible.

« Pour arriver à faire disparaître *certainement* les symptômes de l'affection, dit Guttmann, il faut de toute nécessité une salivation continue, durant plusieurs jours, s'il le faut, capable d'éloigner entièrement les fausses membranes et d'arrêter l'inflammation. Pour cela, il importe que l'administration du médicament se fasse sans interruption, jour et nuit, pendant deux à huit jours. »

« Dès que l'on réussissait, dit Dehio, à obtenir une salivation et une diaphorèse persistantes, il y avait toujours, en un temps relativement court, une amélioration évidente. »

Et c'est pourquoi, si l'effet attendu tardait à se produire ou si l'état général était tellement grave que le malade ne puisse plus avaler, il faudrait sans hésiter recourir aux injections hypodermiques : on a tout autre moyen capable de produire rapidement l'effet physiologique. Ici, l'accord est complet, tous affirment que l'amélioration est en raison directe de l'abondance de la salivation. Et, en effet, sous l'influence de ce flux salivaire, on observe alors, en y prêtant une attention suffisante :

1° Que la salivation coïncide avec une diaphorèse modérée et un léger abaissement de la température. Un grand nombre de fausses membranes sont entraînées par l'expectoration, qui, dans le crachoir, se divise en trois couches : masses fibrineuses, mucosités et salive.

2° Le pharynx participe à la moiteur générale de la surface de la peau et des muqueuses : dès que la médication est suspendue, on voit réapparaître l'aspect lisse, brillant, sec, caractéristique de la maladie.

3° La tension, le gonflement, la douleur disparaissent presque simultanément, et souvent avec une extraordinaire rapidité.

4° On voit s'établir une démarcation très nette entre les portions nécrosées et les parties saines.

Il semble que l'action sur l'état général soit encore plus rapide et plus marquée que sur les lésions locales : dès le jour même, dès le lendemain, les enfants reviennent à eux, sont souriants, demandent à manger et à boire. On voit, chose presque incroyable, l'albumine disparaître en quelques jours des urines des petits malades.

Ceci n'est pas un tableau de fantaisie. Notre description résume assez exactement les faits observés, et nous sommes obligés de dire — ou bien que la pilocarpine produit, en effet, sur les lésions diphthéritiques, une amélioration incontestable (qui a peut-être été exagérée, l'avenir le dira, mais enfin réelle), — ou bien que les auteurs sont tombés sur des bonnes séries de diphthérie, ce qui n'est pas impossible, mais cependant improbable. Dans les deux hypothèses, il est indiqué de continuer les recherches.

L'emploi de la pilocarpine présente quelques inconvénients. En premier lieu, l'irritation de l'estomac et des premières voies digestives, qui se manifeste par de la douleur, des nausées, des vomissements, etc. Les vomissements sont très fréquents, mais moins gênants chez les enfants que chez les adultes : on les combat avantageusement avec le café noir. Cantani a noté des crampes et des accès de gastralgie compliquant les vomissements.

Mais l'accident le plus sérieux est le collapsus qui paraît être assez fréquent dans les conditions où l'on opère, vu la dose relativement considérable du médicament et l'âge peu avancé des malades. L'adjonction de vins généreux à la potion est destinée à parer à cette éventualité. D'ailleurs, les auteurs ajoutent que, dès qu'il y a menace de collapsus, il faudra suspendre la médication et administrer des analeptiques et des roborants.

Cet accident, faisant en quelque sorte partie de l'action physiologique de la pilocarpine, ayant d'ailleurs été observé dans d'autres maladies (Lewin), il n'y a pas lieu de s'occuper de l'opinion de ceux qui admettent qu'il fait partie du cortège symptomatique de la diphthérie.

Nous avons dit que Guttmann considérait la pilocarpine comme le *remède spécifique* de la diphthérie, et qu'il était resté à peu près seul de son opinion.

D'autres n'attribuent au médicament qu'une action locale, comparable, par exemple, à celle du chlorate de potasse. D'autres enfin (Cassin, Lépidi-Chioti, etc.), pensent que, à côté de l'action locale, il est permis d'admettre une action générale, non spécifique, *dépurative*. La diaphorèse aiderait à l'élimination du poison diphthéritique. En l'absence de notions exactes sur la nature de ce poison, ces hypothèses sont peu intéressantes et peuvent devenir dangereuses, en faisant

---

des épidémies du quinzième siècle (Bertholle, *in Union méd.*, 3e série, 1876 : *Du danger de la contagion dans la grippe*.

II. — ÉPIDÉMIES EXANTHÉMATIQUES.

I. Épidémies de bosse. — Si les épidémies catarrhales causèrent, en général, une faible mortalité, celles de bosse, au contraire, décimèrent la population parisienne. Elles furent d'autant plus meurtrières, qu'elles étaient plus fréquentes et de très longue durée.

1° *Épidémie de* 1418. — Cette année fut signalée par une cruelle mortalité. La maladie de *bosse* ou *boce* dura en effet plusieurs mois. D'après Juvénal des Ursins, « depuis le mois de juin jusqu'en octobre, il y eut si grande mortalité, que merveille, et non seulement à Paris, mais dans les villages des environs ». (*Loc. cit.* p. 354. *Septembre* 1418.)

D'après le récit d'un autre historien, « au mois de juin, le royaume fut frappé d'une épidémie qui dura quatre mois, et fit périr un grand nombre d'habitants, surtout parmi les jeunes gens des deux sexes. Ceux qui étaient atteints par ce fléau, éprouvaient un violent mal de tête, et avaient le visage et toute la peau du corps couverts d'une grande quantité de gros boutons enflammés. Ils succombaient au bout de deux ou trois jours, quelquefois même la mort était instantanée. Il n'y avait de chance de salut que quand on pouvait faire l'incision des pustules et y appliquer les médicaments nécessaires » (*Chroniques de Charles VI*, édit. Bellaguet, t. VI, des *Documents sur l'histoire de France publiés par le ministère de l'instruction publique*). Cette épidémie, d'après cette chronique, se termina vers la fête de Saint-Denis, c'est-à-dire en octobre.

D'après Félibien (*Histoire de Paris*, t. II, p. 792), qui s'inspira du texte du *Journal d'un bourgeois de Paris*, « la mortalité fut si grande, que, en moins de cinq semaines, plus de cinquante mille personnes furent atteintes, et que, depuis la Nativité de la Vierge jusqu'à la Conception (1), tant à

(1) C'est-à-dire du 8 septembre au 8 décembre.

dévier le médecin de la voie de l'expérimentation pure. Aussi nous paraît-il inutile d'y insister.

En terminant cet article, nous ne pouvons nous empêcher de manifester le regret que l'on n'ait pas fait des essais parallèles avec le jaborandi, dont la pilocarpine n'est qu'un des éléments. Nous signalerons, en outre, deux médicaments préconisés récemment, la papayotine (Rossbach) et le cyanure de mercure.

C. ZUBER.

Lehwess, (*St. Petersb. med. Wochensch*, 1880, n° 1, p. 11). — G. Guttmann, *Heilmittel gegen Diphtheritis* (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1880, n° 40). — Bosse. *Zur Behandlung der Diphtherie* (*Ibid.*, n° 43). — Annuschat, *Beiträge zur Behandlung der Diphtherie* (*Ibid.*, n° 43). — E. Lax, *Pilocarpinum murialicum bei Diphtherie* (*Ærztl. Int. Blatt.*, 1880, n° 43). — Neumeister, *Pilokarpin und Diphtheritis* (*Deutsche med. Woch.*, 1881, n° 8). — Dehio, *Ueber die Wirkungen des Pilocarpin bei Diphtheritis* (*St. Petersb. med. Wochensch*, 1881, n°s 19 et 20). — G. Faludi, *Ueber den Gebrauch des salzsauren Pilocarpin bei Diphtheritis* (*Pest. med. chir. Presse*, 1881, n° 12). — R. Weise, *Ein Beitrag zur antiseptischen Behandlung der Diphtherie* (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 4). — K. Küster, *Pilocarpin gegen Diphtherie, gegen Pseudocroup und Keuchhusten* (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 27, p. 394). — Prof. Giulio Lépidi-Chioti, *De la pilocarpine dans le traitement de la diphthérie* (analysé *in Arch. med. belges*, juin 1881, p. 477. — Cassin, *Croup, angine diphthéritique, pilocarpine; guérison* (*Ibid.*) — Gérard, *Lettre à l'Abeille médicale* (*citée in Arch. med. belges* (*Ibid.*).

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MYXŒDÈME. DU MYXŒDÈME EN BASSE BRETAGNE, par le docteur MORVAN, de Lannilis.

(Fin. — Voir les numéros 34, 35 et 36).

Anatomie pathologique. — Nous avons vu, chez nos malades, la maladie se terminer quatre fois par la mort, mais nous n'avons pas d'autopsie à présenter. La seule qui ait été faite jusqu'à présent est due au docteur Ord; elle est des plus intéressantes. Elle l'eût été plus encore si la maladie, à la fin, ne s'était pas compliquée d'albuminurie, et si les lésions du myxœdème avaient été pures de tout mélange avec les lésions de la maladie de Bright. Nous trouvons en effet, dans cette autopsie, outre les lésions qu'on donne comme propres au myxœdème, un état athéromateux des artères, prononcé surtout sur celles de la base du cerveau, et une atrophie des reins avec dégénérescence granuleuse.

Les altérations propres au myxœdème sont fournies par une infiltration gélatineuse qui possède toutes les réactions chimiques du mucus et tous les caractères histologiques du tissu muqueux: d'où le nom que lui donne le docteur Ord.

Ce tissu infiltrerait la peau et le tissu conjonctif sous-jacent, atrophierait les bulbes pileux, les glandes sudoripares, entourerait les réseaux vasculaires et encapuchonnerait les extrémités nerveuses.

Il pénétrerait aussi dans les muscles, dans le cœur, dans les reins, dans le foie, dans la glande thyroïde, dont il infiltrerait le tissu conjonctif, et dont il atrophierait les fibres, les cellules, les alvéoles.

On n'a rien consigné de semblable pour le cerveau.

Le liquide gélatineux, mucoïde, qui pénètre le tissu conjonctif, dissocie ce tissu dont les éléments fibrillaires sont gonflés et les éléments nucléolés, avec leurs noyaux, très développés. En un mot, il y a retour du tissu conjonctif à l'état embryonnaire.

Nature de la maladie. — Le docteur Ord, en s'appuyant sur la disposition des filets nerveux qui viennent se terminer dans le liquide d'infiltration, a voulu trouver l'explication des phénomènes dans cette espèce de gangue placée comme une barrière entre le monde extérieur et le cerveau, d'une part, et d'autre part, entre le cerveau et les muscles. Les impressions extérieures n'arrivant alors qu'émoussées au cerveau, celui-ci, privé de son stimulant habituel, tomberait dans un état de torpeur et d'obnubilation qui ne lui permettrait plus de réagir avec la même énergie. Les muscles, à leur tour, ne recevant le choc des impulsions cérébrales qu'amorti par une sorte de tampon, ne répondraient à l'appel qu'avec faiblesse et lenteur.

Des objections ont été faites à cette théorie qui expliquerait peut-être certains phénomènes postérieurs à l'établissement du myxœdème, à l'infiltration mucoïde, mais qui évidemment ne peut rendre raison du phénomène primordial même, de l'infiltration.

Dans la théorie du docteur Ord, le cerveau ne serait atteint qu'*a posteriori* et par défaut de stimulation. MM. Goodhart et Thaon, chacun de son côté, font remarquer contre cette hypothèse qu'on voit tous les jours des cerveaux privés de communication avec le monde extérieur par suite de la perte d'un sens, par exemple, dans le cas de cécité, de surdité ou d'anesthésie plus ou moins généralisée consécutive à l'hystérie ou à la lèpre, et ces cerveaux n'en conservent pas moins leur activité originelle.

MM. Goodhart et Thaon, chacun encore de son côté, ont alors placé l'explication des phénomènes dans le cerveau

---

l'Hôtel-Dieu que dans les paroisses, il en avait été enterré plus de cent mille. » Monstrelet évalue le nombre des victimes de toute l'année à un chiffre moins élevé que Juvénal des Ursins, chiffre cependant encore très considérable : « Et y fut, celle an, la mortalité si grande, qu'il y mourut plus de quatre-vingt mille personnes » (*Monstrelet*, t. VI, p. 265). Enfin, d'après Jean Le Fèvre de Saint-Remy, la mort enleva quarante mille personnes, nombre considérable et probablement exagéré, étant donné le chiffre de la population de Paris en 1418, chiffre déjà diminué par de longues guerres, de grandes calamités et les récents massacres.

Malingre (*Annales de Paris*, p. 182) donne le même chiffre que Monstrelet, et Sauval raconte que, pendant le mois de septembre, l'épidémie emporta cinquante mille personnes « la pluspart enfants et jeunes gens ». Il s'accorde du reste avec le *Journal d'un bourgeois de Paris*, dont il s'était inspiré dans son récit. D'après cette dernière chronique, l'épidémie fut précédée de grandes chaleurs : « En celui temps, vers la fin du mois d'août, faisait si grande chaleur de jour et de nuyt, que hommes ne femmes ne pouvaient dormir par nuyt, et avec ce estoit très grande mortalité de boce et d'espidémie. »

La maladie se développant au mois de septembre, « estoit à Paris et au loin la mortalité si très cruelle, que on eut vu depuis IIIc ans par ledict des anciens, car nul n'eschapoit qui fût féru de l'espidémie, espécialment jeunes gens et enfants. Et tant en mourut vers la fin dudit moys, et si hastivement, qu'il convient faire ès-cymetière, grands fosses où on en mettoit XXX ou XL en chascune, et estoient arrangés comme lars, et puis ung pou pouldrez par dessus de terre ; et touzjours, jour et nuyt où il estoit en rue que on ne rencontrâst Notre Seigneur, que on portait aux malades... Mais au dict des clercs, on ne avoit oncques veu, ni ouy parler de mortalité qui fust si désolée, ne plus aspre, ne dont moins échappast de gens qui féru en fussent ; car, en moins de cinq

lui-même. Pour le docteur Goodhart, les phénomènes cérébraux dépendraient d'une altération du cerveau qui serait atteint du myxœdème comme les autres organes. A cette interprétation, il n'y a qu'un défaut, celui-ci : le docteur Ord a cherché l'infiltration mucoïde dans le cerveau et ne l'y a pas rencontré.

Quant au docteur Thaon, après avoir montré que la thèse du docteur Ord est insoutenable, il déclare que la paresse cérébrale étant un symptôme cardinal de la maladie qui ne doit être subordonné en aucune façon aux autres symptômes, il est tenté de mettre au premier rang cet état cérébral et de faire dépendre de lui la plupart des autres symptômes.

Tous les trois concluent donc à une encéphalopathie, secondaire suivant le docteur Ord, primitive suivant les docteurs Goodhart et Thaon, mais avec altération (infiltration mucoïde) pour le docteur Goodhart, et sans altération pour le docteur Thaon.

Le docteur Hadden, après avoir montré par des recherches thermiques que la température centrale tombe au-dessous de la normale, et par des analyses d'urines faites à St Thomas's hospital, que l'urée, produit final de la nutrition des tissus, au lieu d'avoir le poids normal de 29 à 32 grammes dans les vingt-quatre heures, n'est, dans le myxœdème, au maximum, que de 12 grammes et une fraction, propose une quatrième hypothèse et la développe dans ces termes : « La diminution remarquable de la chaleur du corps peut être un symptôme précoce dû, sans doute, à une affection du système vaso-moteur. Sachant que les pensées, les actions sont toujours accompagnées par un développement de chaleur et par l'usure des tissus, il croit raisonnable de supposer que la torpeur intellectuelle et l'affaiblissement physique tiennent aux conditions circulatoires des malades que l'on peut comparer aux animaux à sang froid. »

L'introduction de cet élément nouveau, du vaso-moteur, dans la solution du problème est un progrès ; mais la théorie telle qu'elle est formulée est par trop fruste, c'est à peine une esquisse.

Nous sera-t-il permis à notre tour d'avoir notre théorie ? Pour nous le myxœdème se traduit par deux manifestations concomitantes, absolument contemporaines, la paralysie et l'œdème. L'observation nous a fait voir que tous les muscles de la vie de relation sont atteints d'une paralysie à forme spéciale ; non seulement ceux-là, mais encore, dans certains cas, les muscles de la vie organique qui sont ralentis ou empêchés dans leurs mouvements, témoin les cas de ralentissement du pouls et ceux plus nombreux encore de constipation que nous avons signalés. La paralysie ne s'arrêterait pas là, elle s'étendrait aux vaso-moteurs dont l'ensemble serait atteint, et c'est par leur paralysie ainsi généralisée que nous aurions l'explication d'un œdème également généralisé.

Ce serait donc un œdème d'origine neuro-paralytique.

Souvent, et nous en avons cité des exemples, le myxœdème se manifeste à la suite d'un refroidissement; toujours du moins il trouve une aggravation dans le froid de l'hiver. Or, il y a déjà bien longtemps que Germe et Goodfellow ont invoqué et que l'on a démontré l'influence des vaso-moteurs comme condition pathogénique des infiltrations succédant à un refroidissement subit et ne s'accompagnant pas d'urine albumineuse.

La paralysie des vaso-moteurs nous rendrait compte, par la stase du sang, de la teinte violacée des lèvres et des mains en toute saison, et principalement en hiver; elle nous rendrait compte aussi de la diminution des échanges organiques et de l'abaissement de la température, conformément à la théorie du docteur Hadden.

Une dernière remarque : le myxœdème, au moins dans les cas soumis à notre observation, n'altère en général ni les fonctions intellectuelles ni la sensibilité générale ou sensorielle.

De ce qui précède nous concluons que le myxœdème est une névrose du système nerveux central n'affectant de ce système que la portion afférente aux nerfs moteurs, tant de la vie animale que de la vie organique, lesquels sont frappés de paralysie, et laissant par conséquent indemne toute la portion afférente aux facultés mentales et aux nerfs sensitifs.

La thérapeutique du myxœdème est encore à trouver. Non pas, comme on l'a dit, que toutes les médications internes soient mal tolérées, non ; pour notre part, nous avons administré bon nombre de médicaments à nos malades, sans grand profit pour eux, nous devons en convenir, mais aussi sans dommage aucun. Ainsi, au début de notre pratique, partant de l'idée d'une cachexie quelconque ou d'un appauvrissement du sang, nous avons donné les toniques sous toutes les formes, quinquina, fer, huile de foie de morue, etc. Madame X même (obs. I) a fait usage de vin de quinquina au Malaga pendant plusieurs années consécutives. Ce tonique ne lui a peut-être pas été bien utile, mais enfin il n'a pas dû non plus hâter sa fin, qui n'est arrivée qu'après douze ans de maladie, et à l'âge de soixante-sept ans.

Plus tard, comprenant mieux la nature de la maladie, ou du moins croyant mieux la comprendre, afin de combattre la paralysie qui, pour nous, est le fonds du myxœdème, nous avons administré l'extrait de noix vomique, la strychnine ; nous avons faradisé : le tout sans grand profit en général. Une fois cependant la strychnine, et plus tard, chez la même malade (obs. II), la faradisation semblent avoir rendu des services. Dans tous les cas, pendant ce temps, l'amélioration était réelle. Mais obligé de suspendre le traitement pendant quelques mois, nous avons vu la malade retomber dans le même état ; nous n'avions rien gagné. Bien souvent depuis

---

semaines, trépassa en ville de Paris plus de L mil personnes. Et tant trépassa de gens de l'Eglise, qu'on enterrait IIII ou VI ou huit chefs de hostel à une messe à notte; et convenoit marchander aux presbtres pour combien ils chanteroient; et bien souvent on convenoit pour XVI ou XVIII solz parisis et d'une messe basse pour IV solz parisis. » (*Loc. cit.* p. 111.)

L'intensité de l'épidémie était telle, que, le 28 septembre, le parlement interrompit ses séances. Dans des circonstances semblables, en 1387, cette assemblée avait agi de même, et de plus, elle avait même quitté Paris pour Meaux, à la suite d'une épidémie qui avait frappé plusieurs de ses membres. Ce précédent et d'autres encore montrent bien que la suspension des séances en temps d'épidémie entrait dans les usages de la fameuse Compagnie.

D'un autre côté, les hauts dignitaires de l'Eglise quittaient Paris, abandonnaient le malheureux peuple aux atteintes et aux horreurs du fléau et lui enlevaient la consolation de voir le péril partagé par ses chefs. En effet, l'évêque de Paris fuyant la ville le 3 novembre, s'était retiré à l'abbaye de Saint-Mandé : « pour doubte de l'épidémie ayant cours à Paris. » (*Arch. nat.*, X[1a] décembre 1480.) Le seul moyen que le chapitre métropolitain trouva, pour relever les courages et soulager tant de maux, fut d'ordonner pour le 5 octobre une procession à Saint-Victor, « pour occasion des guerres et des graves mortalités étant en ce royaume » et de prescrire à la population « l'abstinence de viande ce même jour ». (*Arch. nat.*, décembre X[1a] 1480 fol. 149).

L'épidémie n'en continua pas moins à moissonner les victimes, et « tout le moys d'octobre et de novembre fut la mort ainsi cruelle, comme devant est dit, et quant on la vit si dervée que on ne savoit où les enterrer, on fit grans fosses, aux Saints-Innocents cinq, à la Trinité quatre, aux autres, selon leur grandeur et en chascune on mettait six cent personnes environ. — Et fut vray que les cordonniers de Paris comptèrent, le jour de leur confrérie Saint-Crespin et Saint-Crespinien, les morts de leur métier, et trouvèrent qu'ils estoient

nous avons réfléchi à notre cas, et nous rappelant que nos essais avaient lieu en été, c'est-à-dire à une époque de l'année où spontanément l'état des malades s'amende, nous avons compris que la part de nos médications était modeste, que l'honneur de cette fraction de succès revenait de droit à la saison.

Nous avons eu déjà occasion, à propos de l'étiologie, d'indiquer la nature de nos idées sur les climats et les saisons. Le fait suivant, comme le précédent, est propre à les confirmer. Madame X (obs. de MM. Charcot et Thaon), native des îles Ioniennes, quitte son pays pour venir habiter Londres où elle tombe malade ; après avoir parcouru inutilement toutes les stations d'eaux, elle se décide à retourner dans son pays natal et y recouvre la santé. Rentrée à Londres, rechûte. Cette fois elle consulte le docteur Charcot, qui l'envoie à Aix-les-Bains, avec ordre, la cure faite, de passer l'hiver à Nice. Voilà deux ans que le traitement est institué. Une première année, il y a du soulagement ; mais après deux ans de séjour dans le Midi, l'amélioration est certaine, car on peut faire d'assez longues promenades, se livrer aux travaux d'aiguille et jouer du piano. Quelle est, dans tout cela, la part qui revient aux eaux d'Aix-les-Bains ? Y a-t-il là autre chose qu'une cure par le soleil et la chaleur du Midi ?

Que dire maintenant de la diète lactée ? Un malade a été soumis pendant deux ans par M. Charcot au régime exclusif du lait, et il est survenu dans son état une amélioration remarquable, il avait repris en partie ses occupations. Cette constatation avait lieu l'été passé (M. Ballet, *Progrès médical*, 24 juillet 1880). Qu'est devenue cette amélioration à la fin de l'hiver qui a suivi ?

Quant à nous, d'après ce que nous savons sur la marche alternante de la maladie qui varie avec les saisons, nous n'aurions foi que dans le climat du Midi où le séjour devrait être indéfiniment prolongé.

Nous ne terminerons pas sans rappeler l'amélioration, nous avons presque dit la guérison temporaire survenue (obs. II) à la suite d'une débâcle gastro-intestinale, quelque chose comme une cholérine. Plus d'œdème, plus de paralysie, agilité aux bras et aux jambes ; on marche comme tout le monde, on travaille aux champs tous les jours et toute la journée. Et cela se passait en hiver. Malheureusement la guérison ne persista pas, il y eut rechute avant la fin de l'hiver. Que serait-il advenu si la malade, au lieu d'être une pauvre fermière, avait été en situation d'aller habiter le Midi ? Plus tard, pensant qu'il y avait peut-être là un enseignement, nous avons voulu imiter cette crise en administrant des purgatifs répétés, mais nous n'avons rien obtenu.

Épidémiologie.

De la recherche des lois qui régissent les épidémies en général. Détermination de la loi saisonnière de la fièvre typhoïde en particulier, par M. Ernest Besnier.

Sommaire : Aperçu critique sur les épidémies et les constitutions médicales depuis Hippocrate jusqu'à l'époque actuelle. — Institution des Rapports sur les maladies régnantes par la Société médicale des hôpitaux de Paris. — Recherche des lois qui régissent les principales maladies populaires ; étude et interprétation des exceptions et des anomalies. — Application de ces principes à la fièvre typhoïde en particulier. Loi saisonnière. Morbidité. Mortalité absolue, relative, nosocomiale, urbaine. Parallèle géographique. Applications pratiques à la nosologie, à la thérapeutique, et à l'hygiène publique.

I

Les épidémies, au sens qui est attaché à ce mot dans les textes hippocratiques, c'est-à-dire les maladies populaires ou les affections régnantes, les maladies communes qui frappent au même moment un grand nombre des habitants d'un pays ou d'une ville, évoluent à travers les saisons et les années selon des règles et selon des lois dont la détermination a été tentée à toutes les époques.

Cependant ces lois et ces règles, qui intéressent au plus haut point la médecine dans toutes ses branches, et l'hygiène publique en particulier, n'ont pas encore été dégagées en termes assez positifs pour recevoir une application générale, et leur formule n'a pas été produite en des termes assez simples ni assez précis pour demeurer imprimés dans l'esprit des médecins.

A la vérité, la doctrine d'Hippocrate n'a pas cessé d'être applicable aux régions pour lesquelles elle avait été conçue, mais elle ne pouvait avoir en d'autres lieux, aussi bien qu'en d'autres temps, que la seule valeur attachée à ses principes, à son esprit. Aussi la longue série de siècles pendant lesquels elle a été considérée comme un article de foi, comme un dogme universel et infaillible, a-t-elle été absolument détournée de la voie véritable, et incapable d'y puiser le germe d'aucun progrès.

On pourrait croire qu'à l'époque de la Renaissance, et dans les siècles suivants, les médecins, rendus à la spontanéité et à l'indépendance dans l'observation, ont repris la question par la base, et qu'ils ont essayé d'abord de constater, par exemple, les rapports qui s'établissent, en des contrées diverses, entre les révolutions des saisons et les vicissitudes des maladies. Il n'en est rien.

Dès la publication des épidémies et des éphémérides de Baillou, l'idée élémentaire de la relation des saisons aux maladies, déjà trop étroitement associée dans la doctrine hippocratique à la détermination corrélative de la nature, de la forme ou de la gravité des maladies populaires, se com-

---

trespassez bien dix-huit cents, tant maistres que varlez, en ces deux mois, en la dite ville. Et ceulx de l'Ostel-Dieu, ceulx qui faisaient les fosses ès-cymetières de Paris, affirmoient qu'entre la Nativité Notre-Damme et sa Conception, avoient enterré de la ville de Paris plus de cent mille personnes ; et en IIII ou V cents n'en mouroient pas XII anciens, que tous enfants et jeunes gens. » (*Loc. cit.*, p. 116.)

Quelle était cette épidémie ? Etait-ce une forme très maligne de variole ou la variole elle-même ? Etait-ce la peste ou tout au moins une maladie charbonneuse ? Le docteur Chéreau paraît admettre que cette épidémie fut la peste (Chéreau, *Les ordonnances faites et publiées pour éviter les dangers de la peste en* 1531. Paris, 1873, in-12). Dans cette hypothèse, il faudrait aussi admettre que les épidémies de bosse des années 1433 et 1438 furent de même nature. Il serait étrange cependant que les historiens leur aient imposé le nom de bosse, alors que la peste était depuis longtemps connue par ses terribles ravages dans les siècles précédents. Etait-ce une maladie de nature charbonneuse, causée par la famine, les chaleurs de l'été, l'inhumation incomplète et sommaire des victimes des massacres de juin (1).

Les incisions des pustules et leur pansement au moyen de topiques appliqués sur les incisions, moyens de traitement indiqués comme favorables, s'ils étaient pratiqués à temps, donneraient quelque valeur à cette manière de voir. Mais l'ouverture des pustules était aussi un moyen de traiter la variole. De plus l'apparition de la maladie pendant l'été, son développement de préférence sur les jeunes gens et les enfants, enfin le nom de vérole plate sous lequel la bosse fut également désignée, sont des probabilités en faveur de la dernière hypothèse. Il y a donc lieu de croire que cette ma-

(1) Ces massacres furent horribles : « Et tant tuèrent de gens à Paris, que » hommes, que femmes, depuis cette heure de minuit jusqu'au lendemain douze » heures, qui furent nombrés à mille cinq cent dix-huit. » Et les massacres durèrent plusieurs jours. (*Loc. cit.* p. 106 et 96.)

plique de la recherche de l'action variable que ces maladies peuvent recevoir des médicaments ou des médications.

Dès lors, il ne s'agit plus de déterminer le rapport qui unit les maladies aux conditions de l'atmosphère, mais bien de constater, au jour le jour, les différences que présentent ces maladies sous le rapport de l'évolution propre et des actions médicamenteuses. A la constitution d'Hippocrate, essentiellement météorologique et cosmique, succède la constitution médicale, telle que l'ont comprise ultérieurement Sydenham, Huxam et Maximilien Stoll, telle qu'elle est encore à présent le plus généralement conçue (1).

Avec Sydenham, la confusion devient complète; elle s'établit inextricable avec Stoll, pour qui la constitution médicale est une sorte de génie épidémique universel soumettant à son pouvoir, non plus seulement les affections régnantes, mais encore toutes les maladies chroniques fébriles ou non fébriles.

Sous l'influence de ces exagérations, formulées et soutenues avec la conviction la plus profonde et le plus admirable talent par les grands maîtres de l'art, la doctrine hippocratique fut absolument perdue de vue, et une seule idée prédomina désormais dans l'esprit général des médecins : cela étant établi que les maladies n'étaient pas toujours les mêmes devant le médicament ou la médication à des époques diverses d'une même année, ou aux différentes années d'une même époque, il ne s'agissait plus que d'observer empiriquement la maladie prédominante et de généraliser la médication qui semblait, d'après les résultats obtenus sur les premiers malades traités, avoir le moins mal réussi.

Peu importaient les conditions atmosphériques, on n'y pouvait d'ailleurs rien modifier; les conditions du sol, on les supposait ou on les niait sans chercher à les définir. On ne parlait plus de constitution atmosphérique froide ou chaude, sèche ou humide, ni même de constitutions saisonnières, automnales, hivernales, vernales ou estivales, mais bien de constitutions bilieuses, catarrhales, inflammatoires, voire même de constitution péripneumonique, gastrique, miliaire, etc.

La simplicité, et, il faut le dire, la grandeur apparente de ces idées générales, la facilité qu'elles apportaient, en fait, à l'exercice de la médecine pratique, qui n'avait plus à se préoccuper outre mesure des indications particulières à chaque maladie, mais à appliquer une formule uniforme, leur assurait un succès soutenu; le dix-huitième siècle presque entier leur resta asservi.

Avant que ce siècle ne fût terminé, cependant, la Société royale de médecine avait résolu de soumettre à une enquête nouvelle et indépendante la doctrine des constitutions médicales, mais cette enquête fut interrompue par la Révolution française. Ne l'eût-elle pas été, que les résultats cherchés seraient cependant restés incomplets : l'état trop imparfait de la nosologie, le manque de précision et d'uniformité dans la nomenclature, l'absence d'une organisation administrative permettant de réunir les éléments d'une statistique précise, la frappaient d'avance de stérilité.

(1) On consultera avec grand fruit, sur ce sujet, le très remarquable article de M. Bernutz sur les *Constitutions médicales*, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*.

Enfin, dès les premières années de ce siècle, de 1815 à 1820, tout ce qui restait de la doctrine des constitutions médicales s'était écroulé aux éclats de la voix de Broussais.

Depuis ce moment il n'a plus été fait que des essais d'appropriation ou des tentatives de restauration partielles et toujours suivies d'insuccès. Mais, avec les progrès de la philosophie médicale, une appréciation des faits plus saine et plus conforme à la réalité des choses s'est généralisée et accrue de jour en jour.

Tous ceux qui ont enseigné la pathologie générale ont reconnu qu'il y avait dans la doctrine des siècles précédents quelque chose de vraiment médical et d'incontestablement réel; mais presque tous se sont surtout attachés à faire ressortir les obscurités, les contradictions, les inconnues sans nombre qui ne permettaient pas de faire entrer cette doctrine dans le cadre de la science positive.

A l'heure présente, on admet généralement qu'il existe un rapport assez précis entre les oscillations de quelques maladies et le retour régulier des saisons; on reconnaît que les affections aiguës des voies respiratoires, par exemple, prédominent en hiver et au printemps, et qu'elles sont plus graves au commencement du printemps qu'au début de l'hiver, moins graves dans les hivers cléments que dans les hivers excessifs. On reconnaît expressément que les affections des voies digestives règnent en été et en automne, à l'époque où les fièvres intermittentes atteignent leur paroxysme dans les régions paludéennes des climats tempérés.

Mais, à côté de cela, existe-t-il des lois saisonnières propres aux maladies infectio-contagieuses de notre climat (diphthérie, fièvre typhoïde), aux exanthèmes vrais ou fièvres éruptives (variole, rougeole, scarlatine). Ces lois sont-elles assez précises pour qu'il soit possible de les formuler scientifiquement, et de tracer à leur aide la trajectoire que ces maladies parcourent à travers les saisons et les années? On s'est borné à le contester.

Ces diverses affections, et d'autres encore, sont-elles plus graves en certaines années ou durant certaines séries d'années qu'en d'autres? On est assez généralement disposé à le croire, mais sur parole.

Est-il vrai que des médications, souveraines ou efficaces à certaines époques, deviennent en d'autres nulles ou nuisibles? La démonstration est encore à produire.

S'est-il établi réellement entre les générations précédentes et la génération présente des différences assez générales et

---

ladie fut, sinon la variole maligne, du moins une de ses variétés les plus graves.

2° *Epidémie de* 1433. — La durée de l'épidémie de bosse de l'année 1433 paraît avoir été plus longue que celle de l'année 1418. Elle commença en mars et dura jusqu'en décembre de la même année, c'est-à-dire dix mois, d'après le *Journal d'un bourgeois de Paris :* « Très grande mortalité estoit en celui temps, spécialement sur les petits enfants, de bosse ou de vérole plate. » (*Loc. cit.*, p. 295.)

L'intensité de la maladie, au dire d'un autre historien, fut des plus grandes : tout traitement échouait, et personne ne pouvait se soustraire à la maladie; « car pour saignée, ne pour cristoire, ne pour bonne garde, nul ou nulle qui fut frappé de la boce, qui pour lors courait, et n'en pouvoit point eschapper, sinon par la mort, et commença dès le mois de mars, l'an 1433, et dura aussi cruellement jusques à bien près de l'an 1434; car touzjours jeunes gens mouraient. » (Félibien, *loc. cit.*, p. 819, t. II.)

De même que dans l'épidémie de 1418, le chapitre métropolitain ordonna des processions solennelles. Le 23 août 1433 eut lieu une procession générale à la Montagne Sainte-Geneviève; puis, l'épidémie continuant, le 24 septembre, on alla chercher à cette église la châsse de la sainte, que, suivant l'usage, on descendit processionnellement dans les rues de la ville. (*Arch. nat.*, LL 217, fol. 59.)

L'épidémie cessa en décembre, quand la saison fut devenue rigoureuse, vers la même époque que l'épidémie de bosse de 1418.

3° *Epidémie de* 1438. — De grandes intempéries, un long hiver et une cruelle disette donnèrent à cette année une triste célébrité. La mortalité fut évaluée à cinquante mille personnes, victimes de la famine autant que de la maladie (Jean Chartier, I, p. 245). Les historiens de Paris, Félibien, Sauval, sont d'accord à ce sujet. D'après Malingre, la famine était telle, « que les gens du plat pays étoient réduits à une telle pauvreté, qu'ils ne savoient où aller, ni se mettre, et n'ayant de

assez profondes pour qu'un état anémique ait pu succéder à un état pléthorique ou inflammatoire? C'est là une opinion qui conserve encore des adhérents.

Cependant, il faut le reconnaître, tout cela reste vague et indécis, et ce sont des questions importunes dont on s'est peu à peu désintéressé; les pathologistes ont sur elles des opinions contradictoires, mais ils ne s'en montrent ni jaloux, ni préoccupés, et les uns et les autres, d'un cœur tout à fait léger, laissent à l'avenir le soin d'apporter la lumière en ces obscurités. La pathologie du jour n'en porte nulle empreinte, et la thérapeutique générale, entraînée en d'autres voies, se livre toute entière aux entraînements magnifiques de la méthode expérimentale!

En dépit de tout cela, cependant, le moment est venu de reprendre ces questions délaissées, de chercher à chacune d'elles une réponse qui soit conforme aux exigences de la science actuelle, et qui permette de rétablir une juste proportion entre les éléments de la nosologie. Le progrès rapide de la nosographie dans toutes ses branches réclame un progrès corrélatif dans toutes les parties de la nosologie.

D'autre part, le développement de l'hygiène publique, si longtemps retardé, mais aujourd'hui si heureusement poursuivi, rend plus nécessaire encore et plus urgent cet examen nouveau.

II

C'est pour apporter son tribut à cette véritable renaissance de l'épidémiologie, dès longtemps préparée par les rapports annuels des membres de l'Académie de médecine, par les médecins de la province et par les médecins d'armée, que la Société médicale des hôpitaux de Paris, à l'instigation de l'un de ses membres, M. Lailler, a résolu, il y a bientôt vingt ans, de mettre en permanence à l'ordre du jour de ses séances l'étude des maladies régnantes. Désigné par elle depuis l'année 1865 pour faire régulièrement l'office de rapporteur sur cet objet, il m'a été possible, grâce au concours de mes collègues dans les hôpitaux et d'un grand nombre de médecins distingués de la ville et de la province, de réunir et de publier une collection de faits dont on chercherait en vain l'analogue dans les époques précédentes. J'ai pu, en outre, à l'aide des documents qui m'ont été fournis avec la plus grande et avec la plus bienveillante exactitude par l'Administration municipale et par les services de l'Assistance publique, réunir une somme de matériaux suffisante pour démontrer l'utilité de la mesure prise par la Société médicale des hôpitaux.

Mes recherches personnelles poursuivies durant quinze années dans un même lieu et avec des matériaux identiques, ont fourni sur divers points obscurs ou litigieux de l'épidémiologie générale ou de l'épidémiologie parisienne, des résultats dont on ne saurait méconnaître la valeur. Ces résultats sont notamment précis en ce qui concerne la réalité des *constitutions médicales bénignes et malignes, les variations de la gravité ou de la fréquence d'une même affection dans le même lieu à différentes époques, ou à la même époque entre différents pays voisins; la nature et le degré des rapports qui s'établissent entre les diverses affections et les conditions cosmiques, telluriques, individuelles, sociales, etc.; la variabilité du pouvoir contagieux d'une même affection, et enfin la détermination des lois saisonnières qui régissent les principales maladies populaires.*

Les oscillations ou les vicissitudes de ces maladies, dont la détermination exacte avait paru irréalisable à une époque où l'on manquait de documents numériques réels sur leur *morbidité* et sur leur *mortalité* absolue ou relative peuvent être aujourd'hui fixées par une représentation mathématique; il est dès lors permis d'en rechercher les lois.

Invariables dans leur généralité et dans leur attache saisonnière, ces lois peuvent subir des *exceptions* dont l'étude et l'interprétation conduisent à des résultats confirmatifs d'une importance qui était impossible à prévoir.

Les exceptions sont de deux ordres : tantôt l'anomalie est partielle, due à quelque circonstance parfaitement appréciable propre au sol, à l'altitude, à la contrée et à son exposition, ou, plus étroitement encore, à une catégorie d'habitants; à un établissement, à une maison, à une fraction de maison telle qu'une salle d'hôpital, par exemple. Elle mène alors directement, par cela même que la loi est enfreinte, à en rechercher et à en supprimer la *cause extra-saisonnière;* c'est là une donnée dont nous ne cessons de montrer l'importance au point de vue de la prophylaxie publique et au point de vue de l'extinction des foyers épidémiques, primaires ou secondaires.

Tantôt, l'exception est tout à fait inexplicable et inaccessible à nos moyens actuels d'investigation; on peut, dans ce cas encore, en tirer parti, car nous pensons qu'il s'agit le plus ordinairement alors d'une oscillation épidémique à plus longue portée, d'un changement survenu dans la trajectoire que quelques-unes de ces maladies décrivent au cours des années, ainsi, par exemple, que nous croyons l'avoir démontré d'une manière péremptoire pour la diphthérie, la scarlatine, etc.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Trois cas de mort à la suite de l'administration de l'éther.

Quel est le meilleur anesthésique? c'est là une question qui est encore loin d'être résolue. Le chloroforme a sans doute le plus de partisans, et son emploi est le plus général. A mon avis, il n'y a

---

quoi vivre et se sustenter, mouroient de faim. Ce qui fut cause que les peuples des champs se vinrent rendre à Paris, où ils causèrent une telle peste, que plus de cinquante mille personnes y moururent. » (Malingre, *Annales de Paris*, p. 189 et suiv.)

Le même fait est confirmé par un extrait d'un registre du Parlement, où il est dit que, pour cette cause, « plusieurs mesnaigiers furent astraints à eulx en aller vivre ailleurs. (*Arch. nat.*, L¹ᵃ2, et Tutey, *Journal d'un bourgeois de Paris*, p. 341.)

Sauval raconte aussi les ravages de l'épidémie de 1438 : « Sous l'épiscopat de Jean du Chastelier, écrit-il, à l'automne, cinq mille personnes moururent à l'Hôtel-Dieu, et plus de quarante-cinq mille dans la ville, autant de faim que de maladie, d'ailleurs la plupart jeunes et vigoureux. » (*Loc. cit.*, p. 98.)

La terreur qu'inspirait cette maladie fut si grande, que la ville fut abandonnée par les dignitaires et les nobles : « Les seigneurs sortirent de Paris, ce qui exposait la ville à un coup de main des Anglais, possesseurs des places fortes des environs. » (Félibien, *loc. cit.*, p. 829.)

Le *Journal d'un bourgeois de Paris* raconte que la mortalité ne fut pas moindre dans la ville qu'à l'Hôtel-Dieu : « Il mourut bien..., parmy la cité, plus de quarante-cinq mille personnes, que hommes, que femmes, que enfants; car, quand la mort se boutoit en une maison, elle en emportait la plus grande partie des gens, et espécialement des plus forts et des plus jeunes. » (*Loc. cit.*, p. 342.)

Les membres du Parlement furent cruellement frappés par cette épidémie; leur nombre fut réduit à treize conseillers, et la Cour interrompit ses séances, comme en fait foi la mention suivante, inscrite sur les registres de la Compagnie : « Jeudi, xxvi octobre 1438. Ce dit jour, délibéré a esté, considéré la pestilence de mortalité qui a couru, laquelle encore du tout n'est cessée, l'absence des conseillers de la Cour, et que plusieurs en sont trezpasséz... » Il a été décidé que « le

que peu ou point de reproches à lui adresser, pourvu que les deux conditions suivantes soient soigneusement remplies : 1° le chloroforme doit être pur; 2° son administration doit être convenablement faite. Grâce à ces deux conditions, on est en quelque sorte entièrement à l'abri des accidents. Depuis 1865, que je fréquente journellement les hôpitaux, comme interne, chef de clinique et chef de service, j'ai assisté à des milliers de chloroformisations, quelques-unes se prolongeant au delà de deux et trois heures, et je n'ai noté aucun accident sérieux, aucun cas de mort.

Pourtant il s'en produit quelquefois, surtout en Angleterre, et les partisans de l'éther, l'école lyonnaise en tête, ne manquent pas de relever ces quelques cas malheureux, en ajoutant qu'avec l'éther on n'est pas exposé à de pareils risques.

Cette affirmation n'est pas exacte; je ne relèverai pas les divers cas de mort, à la suite de l'administration de l'éther, qui ont été publiés depuis la découverte de l'anesthésie, j'appellerai seulement l'attention sur trois faits tout récents, puisqu'ils ne datent pas d'un mois, qui viennent de se produire coup sur coup en Angleterre, et dont le récit se trouve dans les journaux anglais du 3 septembre 1881.

Premier cas. — Le premier de ces faits s'est passé à Cambridge, à l'hôpital d'Addenbrooke. Il s'agissait d'une femme âgée de cinquante ans, à laquelle le professeur Humphry enlevait une tumeur de la mâchoire inférieure. Après la cessation de l'administration de l'éther, la respiration devint difficile, et la mort survint en quelques instants. L'autopsie révéla un cancer des poumons et du foie, et la mort put être attribuée à l'asphyxie.

Deuxième cas. — Le samedi 27 août 1881, un autre cas semblable fut observé à Guy's Hospital. Un homme âgé de soixante-trois ans, qui était atteint d'un phlegmon de la paume de la main et du poignet, fut anesthésié avec l'éther, afin de pratiquer l'ouverture de l'abcès. Avant que l'insensibilité complète ne fût obtenue, la respiration s'arrêta brusquement, et le cœur cessa de battre. La mort fut définitive.

Cet homme avait eu des rhumatismes antérieurs; mais l'examen du cœur, fait avant l'administration de l'éther, n'avait fait percevoir aucun bruit anormal. A l'autopsie, on constata l'existence d'une hypertrophie considérable du cœur et des reins : ces derniers pesaient 850 grammes.

Troisième cas. — Le troisième cas s'est passé cette semaine à London Hospital. Il s'agissait d'un jeune et vigoureux garçon de quatorze ans, qui avait une blessure du poignet intéressant le nerf médian et les tendons. Afin de pratiquer la suture de ces organes, l'enfant fut éthérisé; l'opération dura quatorze minutes. Elle venait à peine d'être achevée, et l'administration de l'éther suspendue, que soudain l'opéré vomit en abondance des matières pultacées et la respiration s'arrêta. Aussitôt l'interne (*House-Surgeon*) nettoya la bouche, pratiqua la respiration artificielle, et finalement ouvrit la trachée et y appliqua une canule. Les mouvements respiratoires recommencèrent, et le malade rejeta par la canule une quantité considérable de débris de fruits (groseilles, etc.). Peu après, la respiration se suspendit encore, et, malgré toutes les tentatives, elle ne reprit point; la mort arriva une heure un quart après le début des vomissements. A l'autopsie, aucune lésion viscérale; mais la bronche droite était entièrement obstruée par un morceau de peau de prune, enroulée en forme de boule. La mort paraissait évidemment être le résultat de l'asphyxie produite par la présence de ce corps étranger. Il semble qu'aucune imprudence ne puisse être mise sur le compte du chirurgien, puisque, avant de pratiquer l'éthérisation, à neuf heures du soir, cinq heures après l'accident, celui-ci s'était assuré que l'enfant n'avait pris aucune nourriture depuis deux heures de l'après-midi.

Ces trois faits, observés ainsi coup sur coup, ne laissent pas que de mériter l'attention du praticien; et, s'ils ne prouvent rien d'absolu contre l'éther, ils n'en démontrent pas moins qu'avec cet anesthésique comme avec tout autre, on n'est nullement à l'abri des dangers.

G. Eustache,
Professeur à la Faculté libre de médecine de Lille

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 5 septembre 1881. — Présidence de M. Wurtz.

Influence de la nutrition sur l'empoisonnement par la strychnine, par M. *G. Delaunay*. — D'expériences faites avec M. Wiet au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine, l'auteur conclut ce qui suit :

Constitution. — Si l'on injecte la même dose de strychnine à deux grenouilles, dont l'une est grosse et vigoureuse, l'autre petite et faible, on voit que les phénomènes de l'empoisonnement sont beaucoup plus rapides et surtout plus intenses chez la première que chez la seconde. En cas de guérison, la plus forte revient à la santé avant la plus faible.

Côté. — Les grenouilles sont généralement droitières. Chez une grenouille empoisonnée par la strychnine, le côté droit, qui est le plus développé, est le premier et le plus gravement intoxiqué. Si l'on applique sur les deux membres postérieurs de l'animal un décimètre tombant du côté droit, on voit ce décimètre se relever peu à peu sous l'influence des convulsions plus fortes à droite et tomber définitivement du côté gauche. Si l'on place la grenouille empoisonnée sur le dos, on voit, à chaque accès de strychnisme, le membre antérieur droit s'élever plus haut et retomber plus tôt que l'autre, ce qui prouve que les convulsions sont plus énergiques, mais durent moins longtemps à droite qu'à gauche. Enfin le côté droit revient à l'état normal avant le gauche.

Alimentation. — Une grenouille qui a toujours été bien nourrie est plus sensible à l'action du poison qu'une grenouille anémique qui a jeûné pendant plusieurs semaines.

Exercice musculaire. — Si l'on injecte la même dose de strychnine à deux grenouilles de même grosseur, dont l'une a marché et santé pendant une demi-heure, on voit que cette dernière est plus tôt et plus gravement empoisonnée que l'autre!

Ce qui s'applique à l'organisme entier est applicable à une partie de l'organisme.

Quand on empoisonne une grenouille dont le membre postérieur

---

commencement du Parlement à venir sera continué jusques aux premiers jours de décembre prochainement venant. » (*Arch. nat.*, XLa, 1482, fol. 72, et *Journal d'un bourgeois de Paris*, p. 342.)

En novembre, l'épidémie entrait dans la période de déclin; cependant, le 2 de ce mois, elle emporta l'évêque de Paris, Jacques le Châtelier. (Voy. *Journal d'un bourgeois de Paris*, p. 342.)

Le nombre des victimes, tout en tenant compte de l'exagération évidente et habituelle des chroniqueurs, fut des plus considérables : « Aussi dut-on faire cesser les sonneries dans les églises. » (*Journal de Maupoint*, p. 45.)

C'est à la bosse que succomba probablement Marie de France, seconde enfant de Charles VI et d'Isabeau de Bavière, et religieuse de Poissy. D'après le *Journal d'un bourgeois de Paris*, les médecins qui l'embaumèrent contractèrent la maladie et en moururent : « Le samedi 19 août trespassa madame Marie de France au Pallais, et mourut d'épidémie, dont elle fut moult merveilleusement esprise, comme il apparust; car les mires qui son corps ouvrirent pour l'ordonner, comme à telle dame appartenait, furent tantoz frappés de la dicte épidémie et tous en moururent bientôt après. » C'est là une preuve de l'excessive contagiosité de la bosse et une analogie nouvelle de cette maladie avec la variole. L'absence de documents cliniques ne permet pas cependant d'affirmer exactement quelle était la nature de cette épidémie, sinon sa désignation sous le nom de vérole, synonyme de bosse, par lequel on la dénommait quelque fois.

Quant à sa durée, elle fut de plusieurs mois. Elle commença dans le courant de l'été, certainement avant le mois d'août, et se prolongea jusqu'en décembre. Les morts de Marie de France et de Jacques le Chastelier sont des événements qui indiquent les époques extrêmes du cours de cette maladie.

II. Épidémies de variole. — Durant la période du quinzième siècle, dont il est question dans cette notice, les historiens signalent seulement, et sans s'y arrêter longuement

gauche a été électrisé pendant vingt minutes, on voit que ce membre, qui est d'ailleurs congestionné, est pris de convulsions un quart d'heure avant l'autre. Ce n'est qu'une demi-heure après l'injection que l'empoisonnement devient égal des deux côtés?

Mais cette influence de l'électrisation s'exerce entre des limites *minima* et *maxima*. En effet, si l'on fait passer le courant pendant cinq minutes seulement, on n'obtient rien, et il en est de même si le courant passe pendant une heure. Le fonctionnement organique n'agit qu'autant qu'il est suivi de réparation et qu'il n'est pas poussé jusqu'à l'épuisement.

Quand le fonctionnement est postérieur au lieu d'être antérieur à l'injection, il agit de la même façon. En effet, si après avoir empoisonné également deux grenouilles on en fait marcher et sauter une, on voit qu'elle est prise de convulsions bien avant l'autre.

Position. — Relativement à la position occupée par l'animal, si l'on donne la même dose de poison à deux grenouilles, dont l'une est suspendue par la tête et l'autre par les pieds, on voit les convulsions affecter la grenouille qui a la tête en bas vingt minutes avant l'autre et avec une intensité beaucoup plus grande.

Hémorrhagie. — Si l'on donne la même dose de strychnine à deux grenouilles, dont l'une a été préalablement affaiblie par une saignée, on voit que cette dernière est moins rapidement et moins gravement empoisonnée que la grenouille indemne.

Au point de vue thérapeutique, si, après avoir empoisonné également deux grenouilles, on en saigne une, on la voit revenir à l'état normal, à mesure qu'elle perd du sang.

On sait, par les recherches de M. Ch. Richet, que la strychnine à haute dose tue sans donner de convulsions. Si l'on saigne une grenouille ainsi empoisonnée, on voit se produire chez elle les convulsions toniques qui caractérisent le premier degré de l'empoisonnement. En affaiblissant l'animal, on a donc diminué l'empoisonnement, qu'on a fait passer du second degré au premier.

Congestion. — Si l'on provoque une congestion dans une patte de grenouille, en la brûlant avec de l'acide nitrique ou en plantant des épingles à demeure dans la face palmaire, on voit que cette patte est prise de convulsions avant l'autre, et que les convulsions sont plus violentes dans la patte congestionnée.

SUR LES EAUX CARBONATÉES FERRUGINEUSES, par M. *J. Ville.* — L'auteur, étudiant la solubilité du carbonate ferreux dans l'eau chargée d'acide carbonique, est arrivé à des résultats très intéressants au point de vue de la composition des eaux minérales. Il constate d'abord que, dans les conditions ordinaires de pression et de température (760 millimètres et 15 degrés), l'eau saturée de gaz carbonique, en agissant sur le fer métallique, dissout 1gr,390 de carbonate ferreux par litre. Etudiant ensuite l'action des composés salins sur cette eau ferrugineuse, il montre que les carbonates neutres alcalins précipitent immédiatement l'eau carbonatée ferrugineuse, et que les carbonates neutres alcalino-terreux agissent de même; on constate leur transformation en bicarbonates avec dépôt d'hydrate ferrique. Dans ce cas, la transformation s'effectue lentement, à cause de l'insolubilité de ces carbonates neutres. Les bicarbonates alcalins et alcalino-terreux n'altèrent pas l'eau ferrugineuse. Les chlorures et les sulfates, loin d'être un instrument d'instabilité, retardent d'une façon très sensible la décomposition à l'air de l'eau ferrugineuse. L'influence perturbatrice des carbonates neutres alcalins permet d'expliquer la relation qui semble exister entre la richesse des eaux carbonatées ferrugineuses et la présence de ces composés salins. En comparant, en effet, les eaux ferrugineuses naturelles à base de carbonate de fer, on constate que les eaux les plus riches (Orezza, Rennes-les-Bains) sont celles qui ne renferment pas de carbonate alcalin.

SUR L'ABSORPTION PAR LA MUQUEUSE VÉSICALE, par MM. *P. Cazeneuve* et *R. Lépine.* — Il est démontré, depuis les expériences de Küss, Susini, Alling, etc., que la vessie saine n'absorbe pas les substances toxiques et médicamenteuses. Cependant Kaupp et Treskin ont soutenu que l'urée s'y trouvait résorbée en quantité appréciable. Pour s'assurer de ce fait, les auteurs ont entrepris, sur le chien, de nouvelles expériences, d'où il semble résulter que si l'on vient à soustraire de la vessie, par ponction aspiratrice, une certaine quantité d'urine, puis à en retirer, vingt-quatre heures plus tard, après avoir sacrifié l'animal, une quantité égale, celle-ci renferme beaucoup moins d'urée et d'acide phosphorique. Les auteurs en concluent que la vessie saine absorbe les éléments normaux de l'urine.

SUR LA TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE. Note de M. *D. Brunet.* — M. Brunet conteste les expériences récentes de M. Toussaint en montrant que, chez le lapin, l'inoculation du pus, du cancer, de la matière tuberculeuse, etc., produit du tubercule, quelle que soit la matière inoculée. Ces expériences, bien souvent faites déjà, ont été suffisamment expliquées pour qu'il soit inutile d'y insister.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le docteur *Paquy* adresse un rapport sur les vaccinations qu'il a pratiquées à Aïn-Beïda. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *de Chilly* (de Vaucouleurs) envoie un travail intitulé : *Secours aux asphyxiés par causes diverses*, dont l'examen est confié à MM. Brouardel et Woillez.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose une lettre de M. le docteur *Taylor* (de Londres) à M. le docteur Carpentier, sur la vaccination.

M. *Bergeron* présente le *Rapport général sur les travaux des conseils d'hygiène du département de la Charente-Inférieure pour l'année* 1880, rédigé par M. le docteur *Drouineau* (de La Rochelle).

M. *Larrey* offre le tome III de la 8e série des *Mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse.*

M. *Méhu* fait hommage d'une *Étude sur les liquides extraits des kystes ovariques.*

M. *Léon Colin* présente un livre intitulé : *Nouveaux éléments d'hygiène*, par M. le docteur *Arnould* (de Lille).

---

deux épidémies de variole. Ce serait encore un motif pour admettre que la bosse était une forme de la variole; car il est peu probable que, durant cette longue suite d'années si fertiles en épidémies, une maladie aussi contagieuse que cet exanthème n'ait apparu que deux fois.

1° *Epidémie de* 1422. — Aucun des chroniqueurs qui écrivirent après l'auteur du *Journal d'un bourgeois de Paris* n'a mentionné cette épidémie. Cependant elle fut, d'après ce dernier, des plus graves et des plus meurtrières. Elle commença dans l'été et dura plusieurs mois. En juin et juillet, « celle grant chaleur fut, si grant année d'enfants malades de la vérole que oncques de vie d'hommes on eust veu, et tant en estoient couverts que on ne les coignossait ; et plusieurs grans hommes l'avoient, espécialement des Angloys, et disait-on que le roy d'Angleterre en eust sa part. Et vray est que moult de petits enfants en furent si aggrevez, que les ungs en mouroient, les autres en perdoient la veue corporelle. » (*Journal d'un bourgeois de Paris, loc. cit.*, p. 175.)

C'est le seul document émanant des contemporains que nous possédions sur cette épidémie, dont la nature d'ailleurs n'est pas douteuse.

2° *Epidémie de* 1445. — D'après Sauval, la variole fit de nombreuses victimes en 1445, et enleva, depuis le mois d'août jusqu'à la Saint-André, « six mille petits enfants et même bien des femmes, sans compter les hommes ».

Le *Journal d'un bourgeois de Paris* donne les mêmes chiffres pour la mortalité et assigne la même durée à cette maladie, qui sévit sur les adultes et de préférence sur les petits enfants. Ils mouraient soit emportés par la violence de la variole même, soit de complications, ainsi qu'il résulte du texte suivant : « Et moult en mourut de celle maladie; et mouroient depuis qu'ilz estoient gueriz de cette vérole maudite; et moult en furent malades plusieurs hommes et femmes de tout âge, espécialement à Paris. » (*Journal d'un bourgeois de Paris*, p. 379.)

C'était donc durant les mois les plus chauds de l'année que,

De la réceptivité dans les maladies virulentes. — Au cours de la communication que M. *Bouley* faisait, il y a huit jours, sur l'inoculation de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, il avait rappelé les effets différents produits par la maladie sur des animaux logés cependant sous le même toit. C'est à ce propos que M. *Hervieux* présente quelques observations concernant la réceptivité dans les maladies virulentes. Se basant sur les résultats produits par l'atmosphère des amphithéâtres de dissection et des Maternités, il montre que, dans un milieu saturé par un principe infectieux quelconque, tous les sujets habitant ce milieu subissent l'imprégnation, et celle-ci se traduit, suivant le degré de réceptivité de chacun, par un état morbide aussi variable dans son intensité que dans ses manifestations. Il ajoute que l'aptitude à contracter la maladie infectieuse peut être contrebalancée par la puissance éliminatrice de l'organisme, c'est-à-dire par l'aptitude plus ou moins développée que possède ce dernier à expulser le principe morbigène par diverses voies. Il insiste enfin sur ce que les exemples qui nous sont fournis, soit par l'expérimentation, soit par la clinique, de l'élimination d'un principe toxique à travers une voie quelconque, voie intestinale, voie respiratoire, voie cutanée, voie urinaire, etc., sont autant d'indications qui doivent diriger le praticien dans le traitement des maladies toxiques ou virulentes. La septicémie puerpérale, par exemple, n'a pas qu'une manière de se produire; elle présente des variétés dans l'intensité et même dans les formes de ses manifestations. Mais elle est cependant constante, quelque apparente que paraisse l'immunité; c'est parfois par un accouchement prématuré que la pénétration du principe toxique s'est produite, parfois aussi elle ne retentit que sur le fœtus, qui, quelque temps après son expulsion, succombera à une sorte de septicémie infantile. L'observation de Trousseau est toujours vraie, à savoir que, lorsqu'une phlébite ou une péritonite puerpérale, ou toute autre lésion abdominale grave, avortent ou s'amendent pour faire place tantôt à une phlébite des membres inférieurs, tantôt à un abcès du rein, ou bien à une arthropathie ou à un phlegmon des organes externes, ce déplacement du principe morbide vers la périphérie devient le signal d'un progrès plus ou moins prononcé dans la voie de la guérison; le plus souvent, en effet, ces métastases sont suivies d'une suppuration qui peut être considérée comme le résultat de la tendance éliminatrice de l'organisme. Il en résulte tout naturellement pour le praticien que, puisque la diarrhée, à part les cas de flux intestinal incoercible ou survenant dans la période ultime de la septicémie puerpérale, amène le plus habituellement une sédation, elle devra non seulement être respectée, mais provoquée, quand elle n'existe pas, par des laxatifs; du moment que les lochies, même très fétides, loin d'aggraver l'état général, coïncident avec l'amendement de tous les symptômes, aucune pratique ne doit être tentée qui pourrait les supprimer; il faut même les rappeler si elles sont supprimées. Du moment, enfin, que les vésicatoires sont susceptibles d'ouvrir une voie à l'élimination, comme semblent le prouver les cas où ces émonctoires exhalent une odeur véritablement lochiale, il ne faut pas en négliger l'emploi; l'expérience montre que de tous les moyens propres à combattre la septicémie puerpérale grave, le vésicatoire est, sans contredit, celui qui rend les plus signalés services.

La parole allait être donnée à M. *Jules Guérin*, lorsque celui-ci céda son tour à M. *Leblanc*, qui se proposait de combattre l'inoculation de la péripneumonie contagieuse. Mais M. *Bouillaud*, préalablement inscrit, commença une longue, curieuse et instructive dissertation sur le phénomène de putridité dans les maladies aiguës et sur la distinction à établir entre les fièvres de nature purement inflammatoire et les fièvres dites adynamiques, putrides ou typhoïdes. Il fit l'historique des diverses opinions émises sur ce point important de pathogénie par tous les grands cliniciens, depuis Hippocrate et Galien jusqu'à M. Bouillaud lui-même, en passant par Pinel, Broussais, Serres et Petit, Prost, Louis et Chomel, pour en arriver à faire le procès non aux microbes, mais aux théories microbiennes, qui, d'après lui, ne sauraient s'appliquer à cet ordre d'affections, et ne tiendraient pas assez compte de certains phénomènes de putridité traumatique ou chirurgicale (connus depuis longtemps), permet à l'organisme de s'infecter de lui-même *sans le secours* d'agents extérieurs.

Mécanisme de la respiration par le nez et par la bouche. — M. le docteur *Smester*, à la suite d'un certain nombre d'expériences spéciales, pose la loi physiologique suivante : La respiration se fait par le nez ou par la bouche seule et non simultanément par les deux orifices. — MM. Vulpian et Woillez sont désignés pour examiner ce mémoire.

REVUE DES JOURNAUX

De la transfusion du sang dans le péritoine et de son influence sur la richesse globulaire du sang en circulation, par MM. Bizzozzero et Golgi.

Les injections de sang dans la cavité péritonéale ont amené les auteurs aux conclusions suivantes :

1° Il est hors de doute que le sang injecté dans le péritoine s'unit à la masse sanguine générale. Ce fait se démontre par l'examen comparatif de la richesse du sang en hémoglobine avant et après l'injection.

2° La période pendant laquelle on peut, à la suite de l'injection, déterminer une augmentation progressive de l'hémo-

---

comme la bosse, la variole décimait la population parisienne. L'une et l'autre s'attaquaient surtout aux enfants. C'est là une preuve nouvelle en faveur de l'identité des deux maladies.

A la vue de ces épouvantables ravages, on comprend facilement l'utilité de la vaccination obligatoire. Aussi, et c'est là notre conclusion, à notre époque où la médecine prophylactique est à l'ordre du jour, comme le disait avec tant de justesse l'un de nos maîtres les plus éminents dans la *Gazette hebdomadaire* du 18 mars 1881, « la variole n'apparaît pas aux yeux de nos contemporains sous l'aspect lugubre qu'elle présentait avant que la pratique de la vaccination fut instituée. On a oublié les ravages de cet épouvantable fléau..., qui levait une dîme d'un douzième sur la population de l'Europe, défigurant la plupart de ceux qui échappaient à la mort, laissant à sa suite des infirmités incurables, parmi lesquelles la cécité occupait la plus grande place. »

Aussi la science moderne, qui peut revendiquer comme une de ses gloires l'atténuation de ces grands fléaux de l'humanité, malgré les progrès déjà accomplis dans l'hygiène publique et privée, ne doit pas, sentinelle vigilante, désarmer un seul instant devant ces périls, d'autant plus redoutables qu'ils sont toujours latents. Telle est la conclusion naturelle de cette étude, conclusion qui se dégage des faits que je viens d'exposer.

D[r] Ch. Eloy.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ecole de médecine de Reims. — Par arrêté en date du 7 septembre 1881, des concours seront ouverts, le 11 mars 1882, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, savoir : 1° pour un emploi de suppléant d'anatomie; 2° pour un emploi de suppléant de thérapeutique et matière médicale.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

globine, est comprise entre une heure et demie et quarante-huit heures.

3° L'augmentation artificielle de l'hémoglobine en circulation est, dans de certaines limites, proportionnelle à la quantité de sang injecté.

4° Il y a des différences à signaler dans la manière dont se produit l'augmentation de l'hémoglobine, suivant qu'il s'agit d'animaux sains ou d'animaux préalablement saignés.

5° L'examen direct du sang des animaux transfusés pratiqué au microscope ne laisse constater rien d'anormal quant à la forme, au volume, à l'aspect et à l'agglomération des globules. (*Archivio p. l. scienze mediche*. Torino, vol. IV, fasc. 1, 1880.)

Lésions histologiques dans un cas de macroglossie (prolongement hypertrophique congénital de la langue), par M. Variot.

En examinant un cas de macroglossie, M. Variot a obtenu les résultats suivants :

Lésions de la muqueuse, épaississement avec hypertrophie considérable des papilles ou des colonnes épithéliales qui les séparent. Evidement de la plupart des papilles, les lacunes ainsi formées sont remplies d'une matière grenue et de quelques leucocytes.

La zone sous-muqueuse présente un aspect réticulé. Des travées minces de tissu conjonctif circonscrivent de grandes lacunes tapissées plus ou moins régulièrement de cellules plates.

Enfin la couche profonde est formée d'une masse de tissu fibreux englobant des fibres musculaires dont la structure est normale.

Tout cet ensemble de lésions doit être rapporté à des ectasies lymphatiques résultant de la dilatation du réseau normal signalé par M. Sappey. (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, n° 6, 1880.)

Contribution à l'étude expérimentale de l'hypnotisme, par MM. Tamburini et Seppili.

Les auteurs, dans cette communication préalable faite à l'Institut royal de Lombardie, donnent de leurs recherches les conclusions suivantes :

1° L'*hyperexcitabilité neuro-musculaire* qui se manifeste sous l'influence des excitations mécaniques et de l'application de l'aimant n'est point un phénomène caractérisant seulement l'état hypnotique : on peut aussi l'observer à l'état de veille dans la grande hystérie. Dans l'*hypnose*, les phénomènes sont plus prompts à se produire, plus énergiques, se généralisent davantage, et les contractions se transforment plus facilement en contractures.

2° Le phénomène du *transfert* au moyen des agents esthésiogènes s'obtient aussi dans l'état hypnotique.

3° L'hyperexcitabilité réflexe neuro-musculaire, tant à l'état de veille que dans l'état hypnotique, disparaît en même temps que la sensibilité par l'application locale du froid, et reparaît plus vite au moyen de l'application des métaux.

4° Le passage de la veille au sommeil provoqué se caractérise par des modifications très nettes de la respiration et de la circulation, qui peuvent être mises en évidence au moyen de la méthode graphique. (*Gazz. med. Italiana-Lombardia*, 2 juillet 1881.)

Travaux à consulter.

Effets des injections sous-cutanées d'eau, par F.-A. Falck. — Des tentatives ont été faites pour faire pénétrer des substances alimentaires dans l'organisme par la voie hypodermique ; or, l'auteur a voulu, avant d'étudier cette question, voir ce que produiraient, de simples injections d'eau, et il est ainsi arrivé à constater que, si la quantité d'eau injectée est considérable, il se produit des accidents locaux graves et des accidents généraux graves également, fort graves et même mortels. Il semble donc que cette voie soit fermée ; il ne faut pas cependant y renoncer sans savoir : 1° si les substances autres que l'eau produisent les mêmes accidents ; 2° si, en employant la méthode de Pasteur ou de Lister, on n'arrive pas à empêcher les dangers ; 3° voir ce que font des doses faibles de liquide souvent répétées. (*Arch. f. die gesammte Physiol.*, t. XIX, p. 413.)

Nouvelle méthode d'étude du système nerveux central, par M. F. Merkel. — M. Merket conseille de traiter les pièces d'abord par l'alcool concentré, puis par le *xylol*, et affirme qu'on obtient ainsi des préparations d'une transparence absolue. Dans ces préparations les cylindres axes et les cellules ganglionnaires se détachent avec un éclat spécial et une grande netteté. (*Archiv für Mikroskop. Anat.*, Band XIV, n° 4.)

Effets des préparations de platine sur l'organisme animal. par M. F. Kebler. — L'auteur a injecté dans le sang de grenouilles, de lapins et de chiens du chlorure de platine dissous dans le bicarbonate de soude ; voici les résultats auxquels il est arrivé : paralysie des centres de mouvements volontaires chez les grenouilles, avec excitation des mouvements réflexes. Le cœur continue à battre normalement jusqu'à la mort ; les muscles striés s'affaiblissent peu à peu jusqu'à la mort de l'animal, sans que leur excitabilité soit jamais totalement abolie. Chez les mammifères, le premier effet appréciable consiste en une paralysie des vaisseaux. Cette paralysie est d'origine périphérique et reconnaît probablement pour cause un effet du platine sur les vaisseaux comparable à l'action du curare. Les vomissements, les diarrhées séreuses et sanguinolentes, l'hyperhémie des organes abdominaux, les ecchymoses des muqueuses digestives et vésicales, autres effets de l'empoisonnement par le platine, sont, en majeure partie, le résultat de l'action de ce métal sur les vaisseaux. Enfin, les préparations de platine déterminent également chez les mammifères une paralysie de la motilité volontaire, avec secousses convulsives dénotant une excitation des centres réflexes et de la moelle épinière. (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, Band IX, Heft 3 et 4, page 137, 1878.)

De l'action des antimoniaux sur l'organisme, par Soloweitschyk. — Expériences de laboratoire au moyen du tartrate double d'antimoine et de soude (grenouilles, lapins et chiens). Nous détachons les résultats obtenus sur les mammifères : l'antimoine détermine une dépression continue de la pression sanguine probablement par voie de dilatation vasculaire, peut-être aussi par une action directe sur le cœur. En plus, il produit des désordres du système nerveux central, du vomissement et des lésions intestinales (hémorrhagies en masse dans et sur la muqueuse). Cette action de l'antimoine se range complètement à côté de celle du platine et de l'arsenic. (*Archives de Klebs*, t. XII.)

Des congélations, par MM. Zuppian et Fremmert. — Mémoire de première importance, dû à la plume de deux médecins de Saint-Pétersbourg, ne se prêtant pas à l'analyse. Matières traitées : statistique et météorologie, asphyxie par le froid, étiologie générale et spéciale, symptomatologie des congélations aux divers degrés, thérapeutique. Le chiffre des congelés, dans la capitale de la Russie, est de 700 environ pour 1870 ; la statistique des auteurs comprend 494 cas observés à l'hôpital Obuchow, de 1867 à 1877. (*Archiv für klin. Chirurg.*, t. XXV.)

Action de la pilocarpine contre la syphilis, par M. Lewin. — Employée dans trente-deux cas. Durée moyenne du traitement : trente-quatre jours. Dose moyenne (en injections hypodermiques) 0gr,372. Récidives : 22 pour 100, moins nombreuses et moins graves que celles consécutives à la diète végétale ou au traitement classique par les mercuriaux. Chaudement patronné par l'auteur. (*Charité-Annalen*, 1880, p. 489.)

BIBLIOGRAPHIE

Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants, par le docteur Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants malades. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1880.

Leçons sur les maladies des enfants, par Ch. West, traduites et annotées par le docteur Archambault. — Masson, 1881, 2e édition.

Notre littérature médicale s'enrichit depuis quelques années de travaux importants sur la pathologie infantile. Pendant près de vingt ans, l'ouvrage si remarquable de MM. Rilliet et Barthez était resté le seul classique de cette spécialité. L'accueil fait aux nombreuses éditions du livre de M. le docteur Bouchut, montrait assez l'intérêt avec lequel on suivait tous les progrès de la médecine des enfants. Lorsque parurent, en 1872, les recherches cliniques de M. le docteur Roger, on attendait de la longue expérience de l'auteur et de sa haute réputation un travail d'ensemble résumant tout son enseignement. Après un exposé magistral de la sémiotique infantile, M. Roger consacra la plus grande partie de son ouvrage à l'étude si intéressante de la température qu'il poursuivait depuis de longues années, et les espérances fondées sur l'apparition de son premier volume n'ont malheureusement pas encore été remplies. La science marchait cependant. MM. Culmann et Lengel (de Forbach) nous firent connaître l'ouvrage de A. Vogel (de Dorpat), 1872. Nous devons à M. Archambault une excellente traduction, avec notes, du livre si original et si éminemment clinique du docteur Ch. West (de Londres), 1875. L'année suivante, MM. d'Espine et Picot (de Genève) publièrent un manuel aussi complet que possible et dont le succès a été fort légitime. Nous n'avons pas la prétention de donner ici la bibliographie de la pathologie infantile. Nous n'avons nommé ni Billard, ni Valleix, ni Trousseau, dont l'enseignement a laissé une trace si lumineuse dans la médecine des enfants. Il nous suffit de montrer que depuis quelques années, cette branche importante de notre science a suscité des études sérieuses. Nous signalions cette année même la clinique de M. Cadet de Gassicourt, dont le premier volume a paru il y a peu de temps; œuvre bien personnelle, toute pénétrée d'un rare talent d'observation et dont nous n'avons certes pas dit tout le bien qu'elle mérite. Aujourd'hui nous nous trouvons en présence d'un livre fait à un point de vue différent et dû à la plume de M. Jules Simon.

Attaché depuis une douzaine d'années au service des chroniques de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, M. Simon fait depuis cinq ans des conférences dont le succès croissant n'est que la juste récompense de sa persévérance. Ces conférences portent principalement sur la thérapeutique, et l'auteur y étudie successivement les principaux médicaments et les grandes médications. C'est ainsi qu'il passe en revue la médication évacuante en général, l'opium, la belladone, l'aconit, la digitale, l'arsenic, le quinquina, le mercure, etc... Tous ces médicaments, leur posologie, leur mode d'administration sont soigneusement étudiés. Viennent ensuite des digressions sur les diverses maladies auxquelles ils sont applicables; et l'auteur laisse alors de côté la thérapeutique pour entrer dans des considérations cliniques sur ces maladies, leurs symptômes, leur diagnostic, leur étiologie. Il en résulte bien une certaine confusion, et nous voyons dans une même conférence sur le mercure, et à côté de la syphilis, figurer les teignes, les vers intestinaux, les méningites, la pleurésie, la péritonite, la diphthérie, les maladies générales, les fièvres, l'anémie, etc... M. Simon reconnaît lui-même que sa méthode n'est pas absolument régulière; mais cet aveu fait de bonne grâce et une fois acquis à son auditoire, l'auteur revient à son procédé habituel et profite de la licence qu'il s'est accordée pour donner d'excellents conseils pratiques sur la thérapeutique infantile, hérissée de tant de difficultés.

Nous recommandons tout particulièrement à l'attention des lecteurs les chapitres concernant l'allaitement des nouveau-nés. Ils y trouveront tous les enseignements nécessaires pour se guider dans des circonstances souvent embarrassantes où des intérêts multiples se trouvent en conflit. L'auteur y touche en passant la question de l'allaitement artificiel et des établissements qu'on a proposé d'affecter à cet usage. Il serait assez disposé à favoriser la fondation de petits asiles, disséminés autour de la capitale, de façon à ne pas créer de vastes foyers d'infection.

La question n'est pas mûre; mais il est bon de signaler en passant l'opinion des médecins auxquels leurs études spéciales donnent une compétence particulière.

En sa qualité de médecin attaché au service des chroniques, M. Simon a souvent rencontré les paralysies infantiles. La conférence qu'il consacre à l'étude de cette maladie, au traitement qui convient à ses différentes périodes devra être souvent consultée. Elle est riche de ces indications cliniques que le praticien recherche avant toute autre chose et qu'il trouvera d'ailleurs à chaque page dans l'ouvrage que nous parcourons en ce moment.

Nous signalons plus haut les leçons de M. Ch. West et le succès qu'elles ont obtenues en France. M. le docteur Archambault vient d'en publier une 2e édition enrichie de nouvelles notes et mise au courant de la science. Son succès n'est pas douteux.

Blachez.

De la résorcine et de son emploi en thérapeutique; recherches expérimentales et cliniques, par M. le docteur Hippocrate Callias. In-8 de 106 pages. — Paris, 1881. O. Berthier.

Déjà plusieurs fois, à propos de travaux du même genre, nous avons eu occasion de dire à nos lecteurs combien nous trouvions ces thèses de thérapeutique expérimentale et scientifique supérieures aux banales compilations qu'on voit s'accumuler chaque année; ces réflexions s'appliquent de tous points au travail de M. Callias, sérieux et bien ordonné. La résorcine est un produit extrait de la benzine; par sa composition chimique, la résorcine $C^6H^6O^2$ occupe une place voisine de l'acide phénique C^6H^6O; cette parenté a donné à l'auteur l'idée de rechercher si la résorcine jouissait de propriétés analogues à celles de l'acide phénique. Les mêmes expériences ont été entreprises dans ces derniers temps par J. Andeer (*Einleitende Studien über das Resorcin*, Wurtzbourg, 1880). Les résultats obtenus par le médecin allemand concordent avec ceux de M. Callias.

La résorcine a été découverte en 1860 par deux chimistes anglais, Barth et Hlassiwetz, et ensuite extraite de plusieurs résines. Nous citerons encore les travaux de Kœrner, de Oppenheim et G. Vogt, qui en firent la synthèse, puis de Baumann, Brieger, Saltmann, Lichtheim et O. Kahler. Dans le commerce, la résorcine se présente sous trois formes différentes : 1° gros cristaux impurs, avec odeur phénique; 2° cristallisé en aiguille; 3° en aiguilles très fines d'un blanc éclatant (procédé de Monnet).

La résorcine, c'est ce qui résulte des expériences de M. Callias, jouit des mêmes propriétés que l'acide phénique, l'acide salycilique et les autres corps de la série aromatique. En solution de 1 pour 100, elle est antifermentescible; à 1,5 pour 100, elle est antiputride. Son pouvoir toxique est moindre que celui de l'acide phénique. M. Callias fixe sa tonicité de la manière ci-après, en ayant soin de faire les réserves pour les différentes espèces animales : « De 30 à 60 centigrammes par kilogramme du poids du corps de l'animal, la

résorcine produit du tremblement, des convulsions cloniques, et amène l'accélération de la respiration et de la circulation, le tout disparaissant dans l'espace d'une heure. La sensibilité et la conscience sont intactes. A partir de 60 centigrammes par kilogramme, des vertiges intenses et la perte de connaissance surviennent; la sensibilité est obtuse; les convulsions cloniques sont violentes et fréquentes, et se localisent surtout à la moitié antérieure du corps de l'animal; on observe la dilatation des pupilles et l'accélération de la circulation et de la respiration. La température est peu modifiée. Le tout dure une ou deux heures. Avec des doses de 90 centigrammes à 1 gramme par kilogramme, la mort survient en une demi-heure. Les accidents qui la précèdent sont les mêmes, mais les convulsions sont moins fortes aux membres, tandis que les muscles de la nuque sont tétanisés. La température monte pendant ce temps pour atteindre toujours 41 degrés au moment de la mort. Rigidité cadavérique au bout de quinze minutes. L'auteur admet que la résorcine est un excitant du système nerveux central. Elle n'a aucun effet sur le sang.

La résorcine est un médicament qu'on peut utiliser à l'intérieur et à l'extérieur dans toutes les maladies dues à des germes contagieux ou qui sont favorables à leur développement. Quant aux propriétés antirhumatismales, fébrifuges et antithermiques de la résorcine, l'auteur admet qu'elles ont besoin de recherches nombreuses, n'étant encore nullement établies. « Nous émettons le vœu, dit-il en finissant, que la *résorcine*, à cause de sa solubilité extrême, son odeur à peine sensible, sa toxicité beaucoup moindre et sa causticité peu intense, soit expérimentée dans son action chirurgicale, dans les mêmes conditions que l'acide phénique, dont elle ne possède pas les graves inconvénients. »

On voit qu'il s'agit d'un bon mémoire, d'un travail sérieux; l'auteur dit ce qu'il a constaté, rien de plus; il ne se lance pas dans le champ des hypothèses. C'est là la vraie méthode scientifique, celle qui donne des résultats utiles.

H. Chouppe.

VARIÉTÉS

Les médecins militaires en Tunisie. — Dans le but de fixer l'opinion sur l'état sanitaire du corps expéditionnaire et de répondre à certaines insinuations calomnieuses lancées contre les médecins militaires, le *Progrès militaire* vient de publier la liste des congés de convalescence accordés aux médecins dans les trois hôpitaux de La Calle, Bone et Philippeville. On y voit que neuf médecins ont été atteints de fièvre typhoïde. L'un d'eux, le médecin-major Jacquemet, est mort en arrivant à Bordeaux; trois médecins ont été atteints de dysentérie; deux étaient, à leur retour en France, malade de diarrhée chronique ou d'hépatite. Un autre a été frappé d'une insolation.

Fièvre jaune. — Les dernières nouvelles qui nous parviennent permettent d'espérer que l'épidémie de fièvre jaune qui sévit si cruellement à Saint-Louis est en voie de décroissance dans cette ville. Malheureusement, elle a gagné les ambulances de Bakel, et elle tend à s'étendre jusqu'à Gorée et Dakar. Déjà la maladie a causé 363 décès, parmi lesquels un grand nombre d'officiers et de soldats français. Il serait bien temps de songer à prendre d'urgence, au début de semblables épidémies, des mesures prophylactiques et hygiéniques dont on paraît, cette fois encore, n'avoir tenu aucun compte.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lemoine, qui exerça à Nancy, pendant de longues années, les fonctions de médecin des prisons et de diverses associations de bienfaisance.

Mortalité a Paris (36e semaine, du vendredi 2 au jeudi 8 septembre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 938, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 11. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 36. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 35. — Bronchite aiguë, 15. — Pneumonie, 40. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 65; au sein et mixte, 32; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 76; de l'appareil circulatoire, 65; de l'appareil respiratoire, 46; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 3; causes non définies, 6. — Morts violentes, 57. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 36e semaine. — Il y a cette semaine un dégrèvement général de la mortalité, auquel concourent presque toutes les maladies. Une seule catégorie de décès s'est vraiment aggravée, ce sont les morts violentes; mais les dix-huit décédés ne sont pas des Parisiens; ce n'est pas non plus sur le territoire de la ville de Paris qu'ils ont été frappés : dix-sept d'entre eux sont des victimes de la catastrophe de Charenton, et le dix-huitième a été tué sur la ligne de l'Est. Ces infortunés, non réclamés immédiatement, ont été transportés à la Morgue, et dès lors, en vertu des règlements en usage jusqu'à ce jour, ils ont été inscrits sur les registres de décès du IVe arrondissement. Notre effectif mortuaire de cette semaine n'est donc pas 938 décès, chiffre officiel, mais seulement 920, ce qui, pour plus de deux millions d'habitants que doit contenir aujourd'hui la ville de Paris, ne fournirait sans doute pas une mortalité annuelle de 23 décès par 1000 habitants, tribut en apparence fort modéré, puisqu'il est à peu près égal à celui de la France entière; mais l'*Annuaire* que nous publierons prochainement démontrera que ce chiffre reste encore élevé, à cause de la composition spéciale de la population parisienne, qui compte peu d'enfants et peu de vieillards.

Les maladies épidémiques, dont plusieurs dans la semaine précédente avaient paru de nouveau croissantes, se sont au contraire atténuées en celle-ci; on ne compte plus que 41 décès typhiques au lieu de 74; 11 par variole au lieu de 19; 36 par diphthérie au lieu de 44.

Les décès par maladies cérébro-spinales ont plutôt quelque peu augmenté, ainsi que ceux par maladies des voies respiratoires; mais il semble que ce soit là des hausses passagères et de faible importance.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Contribution à l'étude expérimentale du charbon bactéridien, par le docteur A. Rodet, brochure grand in-8, 1881. Paris, G. Masson. 2 fr. 25.

Du traitement du strabisme, précédé de notions générales sur le strabisme, avec le tableau du résultat de 26 opérations et les photographies de 6 strabiques prises avant et après l'opération, par M. le docteur Motais. 1 vol. in-8 de 94 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 5 fr.

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires professées à l'hôpital Necker, par M. le professeur Félix Guyon. 1 vol. in-8 de XX-1000 pages, avec 46 figures. Paris, J. B. Baillière et fils. 14 fr.

Le sommeil et l'insomnie, étude physiologique, clinique et thérapeutique, par M. le docteur A. Marvaud. 1 vol. in-8 de 137 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur le foie cardiaque, par M. le docteur Ch. Talamon. Une brochure in-8. Paris, Germer-Baillière et Ce. 2 fr.

Contribution à l'étude des néphrites, par M. le docteur A. Brault. 1 vol. broch. in-8, avec 3 planches gravées hors texte. Paris, Germer-Baillière et Ce. 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 22 septembre 1881.

Projet de réglementation de l'art dentaire en France (1).

Le ministre de l'instruction publique a formé le projet de mettre fin aux incertitudes de la jurisprudence touchant l'application de la loi de ventôse an XI à l'exercice de l'art dentaire. Nous croyons devoir dès à présent tracer brièvement l'historique de cette importante question, en imposer les termes et apprécier les solutions qu'elle peut comporter.

Dans l'édit de 1768, le titre IX, relatif à la *réception des experts* portait : « Art. 127. Ne pourront aucuns aspirans être admis à ladite qualité d'experts, s'ils n'ont servi deux années entières et consécutives chez l'un des maîtres en chirurgie, ou chez l'un des experts établis dans la ville et faux-bourgs de Paris, ou enfin sous plusieurs maîtres ou experts des autres villes pendant trois années ; ce qu'ils seront tenus de justifier par des certificats en bonne forme, et par des actes d'entrée chez lesdits maîtres ou experts, enregistrés comme il a été dit ci-devant, article LXXXIII, au greffe de notre premier chirurgien dans la quinzaine de leur entrée, à peine de nullité. — Art. 128. Seront reçus lesdits experts en subissant deux examens en deux jours différents dans la même semaine, après avoir présenté requête dans la forme ordinaire, à laquelle seront joints leurs extraits baptistaires, certificats de religion et ceux de service. Ils seront interrogés le premier jour sur la théorie, et le second sur la pratique desdits exercices par le lieutenant de notre premier chirurgien, les quatre prévôts et le receveur en charge, en présence du doyen de la Faculté de Médecine, des deux prévôts et du receveur qui en sortent, de tous les membres du Conseil et deux maîtres de chacune des quatre classes qui seront successivement choisis à leur tour. S'ils sont jugés capables dans ces examens, ils seront admis à ladite qualité d'experts, en payant les droits portés ci-après pour les experts, et en prêtant serment entre les mains de notr epremier chirurgien, ou de son lieutenant. — Art. 129. Défenses sont faites auxdits experts, à peine de trois cents livres d'amende, d'exercer aucune partie de la chirurgie que celle pour laquelle ils auront été reçus, et de prendre sur leurs enseignes ou placards, affiches ou billets, la qualité de chirurgiens, sous peine de cent livres d'amende. Ils auront seulement la faculté de prendre celle d'*experts herniaires* ou *dentistes*. »

Voyons maintenant ce qui a été fait plus récemment sous ce rapport dans les pays où la profession de dentiste a été soumise à réglementation. Nous citerons la Prusse, l'Angleterre et les Etats-Unis.

En Prusse, sous le régime de l'ordonnance du 24 août 1825, les aspirants au titre de dentiste ne pouvaient se présenter aux examens exigés d'eux que s'ils appartenaient déjà à l'une des trois classes de médecins : celles des médecins praticiens, des chirurgiens de première classe et des chirurgiens de seconde classe. Mais la loi du 1er décembre de la même année, après avoir réglementé l'*examen d'état* pour les médecins, chirurgiens, pharmaciens, vétérinaires, oculistes et dentistes, permit, en ce qui concerne ces derniers (art. 51, § 5), de remplacer le diplôme de médecin ou de chirurgien par un certificat d'assiduité aux cours d'anatomie, de chirurgie générale et spéciale, de médecine opératoire, de matière médicale et thérapeutique, de chirurgie clinique. L'aspirant était tenu, en outre, à un stage chez un dentiste. L'expérience ayant montré que le titre de chirurgien de seconde classe était une trop faible garantie d'instruction, on le remplaça par un service militaire de trois ans ou par deux années d'études dans une école de médecine (ordonnance du 29 avril 1835). Enfin, après l'unification du diplôme, quand il n'y eut plus en Prusse qu'un seul ordre de médecins (ordonnance du 8 octobre 1852), il parut excessif de maintenir à l'égard des dentistes l'obligation d'être médecins, et on créa pour eux, par ordonnance du 25 septembre 1869, des examens spéciaux. Nous abrégerions trop peu cette ordonnance en l'analysant ; nous préférons donc la reproduire textuellement :

« ART. 1er. — L'approbation ne peut être conférée qu'aux candidats qui ont subi dans toutes leurs parties les examens

(1) Au moment où cet article déjà composé allait paraître, nous avons reçu sur le même sujet quatre lettres de M. le docteur Magitot, dont l'opinion tire de sa compétence spéciale une grande importance. Nous ne changeons rien à notre travail. Quand les lettres de notre distingué confrère auront été publiées (ce qui aura lieu sans retard), nous verrons s'il y a lieu de revenir sur des points de détail ou des questions d'opportunité.

de dentiste. Une seule exception est faite pour ceux auxquels l'article 6 est applicable.

Art. 2. — L'examen de dentiste est passé devant la commission d'examen pour le titre de médecin praticien (*Arzt*). Un dentiste praticien est adjoint à cette commission.

Art. 3. — Le candidat, pour se présenter à l'examen, doit produire : 1° un certificat de maturité pour la première classe d'un gymnase (lycée) ou d'une école professionnelle (*Realschule*) de première classe (école secondaire spéciale) ; 2° un certificat de deux années d'études dans une université ; 3° un certificat de deux années de pratique de travaux odontologiques.

Art. 4. — L'examen se compose de quatre parties :

La première épreuve comprend l'examen clinique d'une affection des dents, des gencives, du palais, etc. Après avoir établi son diagnostic, le candidat doit rédiger, sans pouvoir s'aider de livres, de notes ou de conseils, une composition écrite sur la nature, l'étiologie et le traitement de la maladie qu'il a eu à examiner.

La deuxième épreuve, passée sous la surveillance d'un membre de la commission d'examen, consiste dans une composition sur 10 questions tirées au sort, parmi 40 au moins, et portant sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique générales (y compris la matière médicale), la toxicologie, la pathologie et la thérapeutique chirurgicales et odontologiques.

Dans la troisième épreuve, le candidat doit prouver des connaissances pratiques dans la fabrication et l'application de dents ou de dentiers artificiels, comme dans toutes les parties de l'art du dentiste et dans l'emploi des instruments d'odontologie, par des opérations sur le cadavre ou sur le squelette.

Dans la quatrième épreuve, passée devant trois examinateurs au moins, le candidat est interrogé oralement sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie et l'hygiène dentaires, les maladies des dents et des gencives, la préparation et l'emploi des médicaments employés dans l'art dentaire, sur les indications et l'exécution des opérations pratiquées sur les dents.

Art. 5. — En ce qui concerne l'inscription aux examens, l'admission ou l'ajournement à chacune des épreuves, la fixation des notes, la publication des noms des candidats admis, les mesures sont les mêmes que pour ce qui concerne les examens au titre de *Arzt*.

Art. 6. — Les médecins *diplômés* qui désirent obtenir le titre de dentiste sont exemptés des formalités mentionnées à l'article 3, et doivent subir la première, la troisième et la quatrième épreuves des examens.

Art. 7. — Les droits à acquitter pour chaque épreuve sont fixés à 5 thalers (18 fr. 75 c).

Les condidats au diplôme de dentiste qui, avant le 1er octobre 1871 s'inscriront pour les examens, n'auront à présenter que les certificats qui, dans leur pays, suffisent pour l'admission à l'examen d'état pour le titre de dentiste. »

En Angleterre, la réglementation de la pratique dentaire date de la loi du 22 juillet 1878, connue sous le nom de *The Dentists Act*. Les corporations et les écoles officiellement reconnues exigent de ceux qui veulent se livrer à la pratique dentaire des examens conférant un titre que nous spécifierons tout à l'heure. Le candidat qui a conquis ce titre peut demander son inscription sur le registre des dentistes, laquelle lui confère le droit à l'exercice légal. Néanmoins, le Conseil général d'éducation médicale et d'enregistrement, qui dresse chaque année le *Medical Register*, c'est-à-dire la liste de ceux qui, munis des diplômes délivrés par les corps enseignants indiqués plus haut, peuvent exercer légalement la médecine, ce Conseil a le droit d'apprécier les garanties offertes par les examens passés devant tel on tel corps enseignant; il a également, à l'égard des dentistes, le droit qu'il possède à l'égard de l'ensemble des médecins, celui de rayer de la liste quiconque tendrait, par sa conduite, à déshonorer la profession. Il reste juge de la validité des demandes d'inscription. L'usurpation du titre de dentiste peut être punie d'une amende de 500 francs, et l'inscription sur le registre au moyen d'une fausse déclaration est punie d'une année d'emprisonnement. Il faut bien remarquer que ce droit légal de pratiquer l'art dentaire, ou la médecine en général, qui résulte d'une inscription sur un registre, après obtention de titres conférés par diverses corporations, n'est pas l'analogue du droit conféré chez nous ou en Allemagne par des titres d'état délivrés par des corps officiels.

Le titre exigé pour avoir droit à l'inscription est celui de *licencié en chirurgie dentaire*. Il est délivré par le Collège royal de chirurgie d'Angleterre, le Collège royal de chirurgie d'Édimbourg, la Faculté de médecine et de chirurgie de Glascow et le Collège royal de chirurgie d'Irlande. Son obtention est soumise à des conditions assez dures. Il faut avoir suivi un cours d'études auquel déjà on n'est admis qu'après avoir subi avec succès un examen ès arts, analogue à notre baccalauréat. Ce cours dure quatre années. Les deux premières sont consacrées : l'une à l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de la chimie générales ; l'autre à l'étude de l'anatomie de la tête et du cou, de la médecine, de la chirurgie et de la chimie pratiques. Pendant ces deux années, l'élève est astreint à un stage d'au moins douze mois dans un hôpital général pour y suivre l'enseignement clinique. Les deux années suivantes sont consacrées à l'étude de la dentisterie : anatomie et physiologie dentaires, humaines et comparées, chirurgie, métallurgie et mécanique dentaires. Dans le cours de cette seconde période, l'élève doit faire un stage dans un hôpital dentaire spécial ou dans un service dentaire d'un hôpital général. Après les deux premières années d'études, l'élève subit un examen sur l'anatomie et la pathologie générales; après les deux autres, un examen dit de *réception*. Ce second examen comprend une épreuve écrite et une épreuve orale sur l'anatomie chirurgicale, la théorie et la pratique de la médecine, de la chirurgie et de la mécanique dentaires. Il ne peut, du reste, être passé que sur la présentation d'un certificat de trois ans d'apprentissage chez un praticien enregistré. Chaque candidat ayant subi l'examen avec succès doit promettre de ne recourir, dans l'exercice de cet art, qu'à des moyens honorables.

Les Etats-Unis ont de nombreux collèges de dentistes, que les uns disent libres, les autres officiels. Cette contradiction n'est qu'apparente et résulte d'un malentendu. Ces collèges ne sont pas créés par l'Etat, ni payés par l'Etat, mais seulement créés avec l'autorisation de l'Etat, par une charte de l'Etat, qui jouit à leur égard du droit de contrôle. Nous en donneront ici la liste d'après le rapport officiel de 1880, relatif à l'année 1878, en indiquant la date de la fondation de la plupart d'entre eux : *New York dental College* (1867) ; — *Baltimore College of dental Surgery* (1839); — *Boston dental College* (1869); — *Dental School of Harvard university Boston* ; — *Dental College of the university of Michigan; — Missouri dental College* (1865); — *New York*

College (1865); — *Ohio College of dental Surgery* (1844); — *Depart. of dentistry, university of Pennsylvania;* — *Pennsylvania College of dental Surgery* (1856); — *Philadelphia dental College* (1863); — *Dental depart. Nashville medical College* (1876). Chacun de ces collèges a un président doyen à sa tête, avec des professeurs, les uns résidants, les autres non résidants. On compte dans *Pennsylvania College*, président M. Peisse, 157 élèves; dans *Philadelphia College*, président M. D. D. Smith, 118; dans *New York College*, président M. Abbott, 86; dans *Baltimore College*, président M. Gorgas, 82; dans *Dental College of Michigan*, président M. Taft, 62, etc. Relativement aux études, prenons l'exemple de Philadelphie : elles durent deux années, et comprennent la chimie générale et pratique, l'anatomie, la physiologie, la matière médicale et la thérapeutique, la chirurgie, la mécanique et la métallurgie dentaires, les opérations dentaires. Les cours de chimie ne sont suivis que la première année. Les élèves doivent suivre les cliniques de l'hôpital. Deux examens sont passés : l'un, à la fin de la première année, sur la chimie et la matière médicale; l'autre, à la fin de la seconde année, sur l'anatomie, la physiologie, les opérations dentaires, la mécanique dentaire et la métallurgie.

En présence de semblables institutions, il y a longtemps qu'on s'étonnait en France de ne pas voir la législation mettre fin à l'équivoque que nous avons rappelée en commençant, quand le 18 mai 1830, M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, adressa à M. le doyen de la Faculté de médecine les deux questions suivantes, ressortant de nombreuses plaintes parvenues au ministère de l'instruction publique : 1° Faut-il exiger de tout dentiste qu'il ait acquis par des examens, au moins par ceux d'officier de santé, le droit d'exercer la médecine? 2° Y a-t-il lieu, en dehors de cette exigence, d'imposer aux futurs dentistes un stage professionnel, qui aurait pour conséquence un examen de validation de stage? A la lettre de M. le vice-recteur était joint un projet de loi ainsi conçu :

« Art. 1er. — A partir du 1er janvier 188..., nul ne pourra exercer l'art dentaire, ni porter le titre de chirurgien-dentiste, s'il n'est pourvu du diplôme spécial de chirurgien-dentiste.

Art. 2. — Pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, le candidat doit : 1° produire le diplôme d'officier de santé; 2° justifier de trois ans de stage, soit chez un dentiste, soit dans une école d'odontologie; 3° passer un examen de validation de stage.

Art. 3. — Le jury pour cet examen est composé d'un professeur de Faculté, président, et de deux dentistes pourvus du grade de docteur en médecine ou pourvus du droit d'exercice de la médecine.

Art. 4. — L'examen comporte des épreuves pratiques et une épreuve orale.

Epreuves pratiques : Les épreuves pratiques consistent en opérations faites sur un sujet vivant ou mort : extraction, obturation, exécution *en loge* d'un appareil de prothèse entier ou partiel et application de cet appareil.

Epreuves orales : L'épreuve orale comprend : l'anatomie, l'histologie, la physiologie, principalement en ce qui concerne la tête; la pathologie interne et externe, la matière médicale et la thérapeutique au point de vue des maladies de la bouche; la physique, la chimie, la métallurgie, la mécanique appliquée à l'art du dentiste.

La Faculté renvoya ce projet à une commission composée de MM. les professeurs Gavarret, Duplay et Léon Le Fort. Ce dernier, connu par de beaux travaux sur l'organisation de la médecine en France et à l'étranger et sur celle des services hospitaliers, rédigea un rapport étendu auquel nous avons déjà fait des emprunts et dont nous aurons à tenir grand compte dans l'appréciation qui va suivre.

Et d'abord, sur la question de M. le vice-recteur, s'il convient d'imposer au dentiste la production d'un diplôme d'*officier de santé*, nous partageons les répugnances de la commission.

L'officiat en lui-même est, à nos yeux, un mal présentement nécessaire, mais qui diminue de jour en jour, et dont le train des choses amènera tôt ou tard la disparition. Nous nous sommes longuement expliqué sur ce point dans l'article Officier de santé du *Dictionnaire encyclopédique*. Ce n'est donc pas nous qui pouvons souhaiter une mesure où l'officier de santé trouverait l'appât nouveau d'une profession devenue tout ensemble plus lucrative par la réduction de son personnel, et plus relevée par son titre dans la considération publique. En l'état actuel des choses, les dentistes ne trouvent pas d'avantage sensible à acquérir le diplôme d'officier de santé, parce que ce signe exceptionnel n'est pas visible chez ceux qui le portent et parce qu'il constitue une force médiocre contre la concurrence dans une profession ouverte à tous et où le savoir-faire est si puissant. On ne s'impose pas d'ailleurs volontiers une charge dont la loi vous dispense. Que ces conditions changent, que l'art du dentiste soit classé parmi les professions savantes, comme celle du médecin, au prix d'un diplôme facile à acquérir, et il n'est pas douteux que la classe des officiers de santé ne trouve là une nouvelle et abondante source de recrutement; d'autant plus que le titre vaudrait toujours à tout hasard *pour l'exercice général de la médecine*. Et comme l'art dentaire ne peut périr, la classe bâtarde de l'officiat menacerait de durer indéfiniment.

Est-ce donc le doctorat qu'il convient d'imposer aux dentistes? A plusieurs reprises, des praticiens distingués, M. Audibran en 1844, M. Andrieu en 1864, 1868 et 1877, adressèrent des pétitions au ministre de l'instruction publique, au ministre de l'agriculture et du commerce, au Corps législatif, au Sénat, pour demander que la loi qui régit la médecine fût observée à l'égard des dentistes ; et M. Andrieu, président de la chambre syndicale, dans sa pétition de 1877, allait jusqu'à réclamer l'obligation du doctorat. Cette pétition fut renvoyée aux ministres de l'instruction publique et de l'intérieur, sur un rapport favorable de M. le sénateur Gayot. Contre cette opinion, on fait valoir un argument qui mérite considération. En raison même de sa spécialité si marquée et si bien établie qu'elle échappe à notre enseignement officiel, la technique dentaire exige un apprentissage qui ne peut être de moins de deux ou trois ans, soit chez un praticien, soit, quand cela est possible, dans un hôpital dentaire. Cette obligation d'un apprentissage, jointe à l'obligation du doctorat, impose à un art très limité une plus lourde charge qu'à l'art médical tout entier, et du même coup on confère aux dentistes une sorte de supériorité sur les médecins ordinaires, puisqu'ils doivent plus apprendre et subir plus d'épreuves. C'est même un avantage qu'ils se procurent quelquefois sans y être astreints par la loi, dans les pays où la scolarité du doctorat n'est pas de longue durée. En Pensylvanie, par exemple, il paraît que nombre d'étudiants du collège dentaire, au lieu de se contenter du diplôme de *docteur-dentiste*, qu'ils peuvent, comme on l'a vu, obtenir au bout de

deux ans, préfèrent pousser leurs études jusqu'à la fin de la troisième année, pour conquérir celui de docteur-médecin.

Ces objections, que nous rencontrons en partie dans le rapport de la commission de la Faculté, ne suffiraient pourtant pas à nous convaincre, si nous n'étions en présence que d'un seul ordre de médecins. Il faut bien reconnaître que la seule demande équitable à adresser aux pouvoirs publics, dès qu'on veut appliquer aux dentistes la loi de l'an XI, est de l'appliquer toute entière. Aucun moyen conséquemment de forcer les aspirants dentistes à prendre le diplôme de docteur à l'exclusion de celui d'officier de santé. Ce serait déclarer la pratique de l'art dentaire plus difficile, plus relevée que la pratique de la médecine rurale, pour laquelle on sait que le second ordre de médecins a été inventé. Mais si cette difficulté n'existait pas ou était écartée, si l'on venait à supprimer légalement l'officiat ou à unifier d'une manière quelconque le diplôme de médecin praticien (1), nous n'hésiterions pas à demander l'assujettissement des dentistes à la loi commune et à leur imposer le même diplôme qu'à la généralité des praticiens. Il faut, pour bien juger cette question, ne pas tenir les yeux fixés sur une seule spécialité, mais bien les envisager toutes dans leur ensemble. Chacune, en dehors des connaissances médicales dont elle ne peut ou ne doit point se passer, a une technique qui tient plus de l'industrie, de l'art, si l'on veut, que de la science. A quel titre une loi organique sur la médecine s'occuperait-t-elle plus de la technique dentaire que de la technique oculaire ou de la technique herniaire, ou de la technique orthopédique? Il n'est pas besoin de lois spéciales pour la pratique de l'ophthalmiàtrie, de la chirurgie herniaire, de l'orthopédie, et le diplôme est exigible pour le traitement d'une seule maladie des yeux et d'un seul malade, pour une seule kélotomie, pour une seule opération de pied-bot. Supposez qu'on veuille rattacher à ces spécialités diverses, comme dépendance inséparable, leur partie technique, manuelle, instrumentale, que s'en suivra-t-il? Qu'il faudra interdire aux opticiens la vente sans ordonnance de verres concaves, ou convexes, ou périscopiques, et exiger des médecins qu'ils choisissent ces verres et même les fabriquent de leurs propres mains; il faudra interdire encore aux bandagistes, pour en charger les médecins, la confection et la pose des pelotes herniaires; aux orthopédistes, la fabrication d'appareils de redressement ou de soutènement, tout comme on s'apprête à refuser au premier venu le droit de fabriquer et poser des appareils prothétiques. Or, certainement la santé publique n'est pas plus compromise par ces dernières pratiques que par les précédentes; nous croyons même qu'elle l'est moins en raison de ce véritable stage auquel s'astreignent toujours d'eux-mêmes ceux qui se préparent à la profession de dentiste, et grâce auquel ils n'ont pas de peine à devenir aussi habiles dans cette partie mécanique de leur art que, dans d'autres, les ébénistes, les couteliers, les bijoutiers, qui, eux aussi, doivent tour à tour *fabriquer* et *ajuster* des pièces délicates.

Que l'Etat, en tant que dispensateur de titres de capacité, ne s'occupe donc pas des dentistes; qu'il les ignore, comme il ignore les oculistes, les auristes, les orthopédistes, les aliénistes, les syphilographes, les dermatographes, les uropathes, les laryngopathes, etc.! Qu'il demande un titre de médecin à tous ceux qui pratiquent la médecine! C'est le moyen régulier, pratique, d'en finir avec cette question embrouillée de la limitation du champ d'exercice professionnel, qui déjà, sur un autre terrain, celui des deux classes de praticiens, est une source de perpétuels conflits. On ne demandera plus où commence et où finit la bouche, jusqu'à quel point les dents tiennent aux gencives, si l'alvéole va avec la dent ou avec le maxillaire, et celui-ci avec le périoste. Le patient ne sera plus obligé de courir du médecin ordinaire au dentiste, du dentiste au chirurgien, pour une névralgie de la face, pour un abcès du sinus maxillaire, pour un kyste périostique dentaire, etc. Tout cela n'empêcherait pas, au contraire appellerait un enseignement spécial au sein du grand enseignement, des cliniques dentaires parmi les cliniques médico-chirurgicales, analogues à l'enseignement actuel et aux cliniques actuelles des maladies de la peau, des maladies des yeux, de la médecine mentale. Bien plus, si l'on tenait absolument à surveiller la prothèse, rien ne serait plus simple que de munir ces cliniques d'un laboratoire approprié. Conséquemment, pas d'écoles odontologiques d'Etat, c'est-à-dire d'écoles séparées de la Faculté, avec un personnel professoral distinct. Aucun besoin non plus d'écoles odontologiques libres et délivrant des brevets de *chirurgien-dentiste*, telles qu'il s'en est fondé une l'an dernier à Paris (elle exige deux ans d'études et trois examens; il ne faut pas la confondre avec la *Chambre syndicale odontologique de France*). Ces diplômes deviendraient même une sorte d'anomalie, en ce qu'ils constitueraient un titre privé à côté d'un titre officiel. Aujourd'hui, en l'absence d'une loi qui fixe la position légale des dentistes, un brevet de ce genre, outre qu'il rencontre la protection de la loi sur l'enseignement libre, peut avoir l'avantage de témoigner, sans garantie de l'Etat, d'un certain savoir, d'une certaine expérience; il est l'analogue de ce droit de *maîtrise* conféré, dans les anciennes corporations, à ceux qui avaient rempli certaines conditions et fait, comme on disait, leur *chef-d'œuvre*. Il n'aurait plus de raison d'être, dès que l'art dentaire serait placé sous l'autorité de la loi de Ventôse.

Pour résumer toute notre pensée, que la *loi* divorce avec toutes les spécialités et que l'*enseignement* les épouse toutes! On sait déjà que nous exceptons du divorce la spécialité des accouchements.

Mais nous oublions que nous nous sommes placé volontairement en face d'une hypothèse, et d'une hypothèse qui peut tarder à se réaliser : celle de la suppression des officiers de santé. Le dentiste obligatoirement officier de santé est un danger; le dentiste *obligatoirement docteur quand il ne voudrait être qu'officier de santé* est presque une illégalité. Dès lors, il n'y a pour nous de bonne solution que celle-ci : demander aux Chambres la revision de la loi de l'an XI, l'unification du diplôme, c'est-à-dire la suppression du second ordre de médecins dans un délai suffisant pour donner toute satisfaction aux besoins de la santé publique. Si l'on faisait cela, plus de difficultés pour nous. Nous demanderions formellement que la nouvelle loi fût applicable à l'art dentaire. Autrement, nous admettrions (à titre provisoire, nous le répétons, et pour un temps égal à la durée de l'officiat) qu'on préférât au *statu quo* la création d'un diplôme spécial qui fût le prix d'études et d'examens sérieux.

En tout cas, un projet dans ce sens existe, et nous avons à l'examiner.

Une école d'odontologie distincte des facultés et écoles actuelles ne semble pas encore indispensable, bien qu'il soit possible, comme le dit M. Le Fort, que l'utilité s'en fasse sentir. En attendant, la Commission de la Faculté a fait subir

(1) On sait qu'il a été souvent proposé, — et naguère encore (*Rapport de M. Paul Bert à l'Assemblée nationale*, 1874), — de créer, au-dessous du doctorat, le grade de licencié, donnant seul droit de pratique, en faisant du doctorat relevé un titre purement honorifique.

au projet de l'administration certaines additions et certains changements. N'ayant pas en vue un autre dentiste que le dentiste actuel, et ne considérant pas le dentiste-médecin, elle se montre modérée dans l'ensemble de ses exigences. Rejetant l'obligation du diplôme d'officier de santé, elle le remplace par un diplôme spécial, et écarte à dessein le titre de *chirurgien-dentiste*, afin de bien marquer l'interdiction de pratiquer des opérations chirurgicales. Elle demande au candidat la preuve d'une certaine instruction littéraire, en exigeant de lui le certificat de grammaire (mesure excellente, qui a produit de très bons effets sur un autre terrain [*Voy.* Officier de santé]), un diplôme d'études de l'enseignement secondaire spécial. Elle réduit à deux ans la durée de la scolarité avec un stage d'un an dans un service de chirurgie. Quant au stage chez un dentiste (ou dans une école d'odontologie), elle prescrit formellement, ce qui peut se comprendre, malgré certaines difficultés d'applications, dans un projet destiné à donner à une profession médicale une organisation entièrement séparée de l'organisation générale de la médecine. Enfin, les examens se composent de trois épreuves très bien comprises pour permettre de juger de l'aptitude des candidats. Voici d'ailleurs tout entier le projet sorti des délibérations de la Commission.

« Art. 1er. — A partir du 1er janvier 188..., nul ne pourra exercer l'art dentaire, ni porter le titre de dentiste, s'il n'est pourvu du diplôme spécial de dentiste.

Art. 2. — Pour obtenir le diplôme de dentiste le candidat doit :

1° Être âgé de vingt ans au moins ;

2° Produire un certificat de grammaire ou un diplôme d'études de l'enseignement secondaire spécial ;

3° Suivre pendant deux années, auprès d'une Faculté ou d'une Ecole de médecine, les cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie interne et externe ;

Remplir pendant les deux derniers semestres les fonctions de stagiaire dans un service de chirurgie ;

4° Justifier de deux années de stage, soit chez un dentiste, soit dans une école d'odontologie. Le début du stage, qui ne peut commencer qu'à l'expiration des deux années d'études prescrites par le paragraphe 3, est établi par l'inscription du candidat sur un registre spécial, soit dans une Faculté, soit dans une Ecole de médecine.

Tout changement dans le lieu où l'élève fait le stage devra être précédé d'une déclaration auprès de la Faculté ou de l'Ecole, et consigné sur le registre d'inscription ;

5° Satisfaire aux examens établis par la présente loi.

Art. 3. — Chaque jury d'examen est composé d'un professeur de Faculté, président, d'un agrégé et d'un dentiste, nommés chaque année par le ministre de l'instruction publique.

Art. 4. — Les épreuves sont au nombre de trois.

1° *Une épreuve orale* sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie de la bouche et de ses dépendances ; sur la pathologie interne et externe, la matière médicale et la thérapeutique, au point de vue spécial des maladies de la bouche ;

2° *Une épreuve clinique* sur un malade atteint d'une affection de la bouche et de ses dépendances. Le candidat, après avoir établi de vive voix son diagnostic, devra rédiger, sans pouvoir s'aider de livres, de notes ou de conseils, une composition écrite sur la nature, l'étiologie et le traitement de la maladie qu'il a eu à examiner ;

3° *Une épreuve pratique* consistant en opérations faites sur le vivant, sur le cadavre ou sur le squelette : extraction, obturation des dents, etc., et, de plus, exécution en loge d'un appareil de prothèse entier ou partiel, avec application de cet appareil. A la suite de cette épreuve, le candidat sera interrogé sur les opérations odontologiques, sur la physique, la chimie, la mécanique et la métallurgie dans leurs applications à l'art du dentiste.

Art. 5. — Les docteurs en médecine et les officiers de santé qui désireront pouvoir joindre à leur titre celui de dentiste, ne seront astreints qu'aux deux années de stage spécial, et n'auront à subir d'autre examen que l'épreuve pratique établie par l'article 4.

Art. 6. — Les étrangers, quels que soient leurs titres, qui désireront pratiquer en France la profession de dentiste, seront soumis aux examens exigés des nationaux. Toutefois le ministre, sur l'examen de leurs titres, et après avis du comité consultatif, pourra les dispenser des formalités de stage et d'inscription établies par l'article 2.

Art. 7. — La liste officielle des dentistes ayant droit de pratique légale en France sera publiée chaque année par les soins du ministre de l'instruction publique. Cette liste, dressée par ordre alphabétique, comprendra la mention de résidence, la nature et la date des titres donnant droit à la pratique.

Dispositions transitoires. Les dentistes français pouvant par pièces officielles, telles que la patente, établir qu'ils exercent leur profession en France depuis dix ans au moins, sont admis de droit à la pratique légale.

Ce droit pourra être conféré par le ministre aux dentistes étrangers exerçant en France depuis dix ans au moins, après avis du comité consultatif.

Un délai de trois années est accordé aux dentistes français et étrangers exerçant en France depuis moins de dix ans pour se soumettre aux examens établis par la présente loi. Sur le vu des pièces établissant la nature de leurs études antérieures et la date de leur établissement, ils pourront être exemptés des formalités imposées par l'article 2. Passé ce délai, le droit d'exercice leur sera retiré, à moins qu'ils n'aient satisfait aux examens établis à l'article 4. »

Le programme de la Commission, en ce qui concerne les études, est, comme on le voit, plus simple, moins onéreux que le programme allemand. Il modifie le projet de l'administration principalement en ce qu'il ajoute une épreuve clinique, en partie écrite, à l'épreuve orale ; en ce que l'élève devra s'initier aux notions générales de la médecine en suivant des cours d'anatomie, de physiologie et de pathologie dans une Ecole préparatoire ou une Faculté ; enfin en ce que le stage chez un dentiste ou dans une école d'odontologie ne sera que de deux ans au lieu de trois ; toutefois ce stage ne commencera qu'à l'expiration des deux années d'études.

On aura remarqué l'article 5 suivant lequel le stage de deux ans et l'épreuve pratique (n° 4) seront seuls imposés aux docteurs ou officiers de santé qui voudront acquérir le diplôme de dentiste. Cet article répond à cette pensée exprimée dans le corps du rapport : que les hommes de l'art, malgré le caractère général de leur droit d'exercice, ne doivent pas pouvoir pratiquer l'art dentaire sans avoir subi des épreuves spéciales. Il en est ainsi, comme on l'a vu, dans le système allemand. Cette pensée, que rend naturelle la préoccupation de la partie technique de l'art dentaire, nous ne saurions la partager. On s'étonnera d'une restriction apportée aux droits du doctorat. On comprendra difficilement qu'un

docteur qui peut faire l'ablation de deux mâchoires n'ait pas le droit de soigner les dents. Le rapport fait remarquer que la technique de l'art dentaire n'est pas enseignée dans les Facultés et dans les Ecoles médicales. Il faut s'entendre. Qu'est-ce qui n'est pas enseigné de l'art dentaire? est-ce la partie chirurgicale? Alors, on a tort: les maladies de la bouche appartiennent au programme des professeurs de chirurgie, et M. Le Fort, personnellement, s'en est souvenu. Est-ce la partie manuelle, la prothèse? Mais la prothèse dentaire encore une fois, n'est pas liée à la médecine proprement dite plus étroitement que la technique des autres spécialités, qui n'est pas enseignée davantage; car donner aux élèves des notions sur les bandages ou sur les corsets n'est pas la même chose qu'exiger la *fabrication* de ces appareils. Il nous semble d'ailleurs que cette disposition jetterait quelque confusion dans la matière même qu'il s'agit de régler. Il n'est pas un praticien de campagne ou de petite ville qui ne soit appelé fréquemment à extraire, à cautériser des dents, même à les limer pour guérir certaines érosions de la langue, ou à les nettoyer pour enlever les dépôts de tartre qui produisent l'inflammation des gencives. Si c'était là faire acte de dentiste, il faudrait imposer le stage et l'épreuve pratique à l'immense majorité des docteurs. Dans cette difficulté nous ne pouvons voir, pour notre part, qu'un motif de plus de faire entrer à un titre quelconque l'odontologie dans la clinique des hôpitaux, en laissant les futurs docteurs ou officiers de santé, si l'on institue des exercices de prothèse, libres de les suivre ou de les délaisser. L'enseignement de la pratique dentaire à l'ensemble des praticiens aurait des avantages incontestables pour les patients habitant loin des grands centres de population, en dehors desquels, on le sait, ne se trouvent guère de dentistes dignes de ce nom.

Dechambre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

De la recherche des lois qui régissent les épidémies en général. Détermination de la loi saisonnière de la fièvre typhoïde en particulier, par M. Ernest Besnier.

(Fin. — Voir le numéro 37).

III

Afin de sortir des généralités et pour mieux fixer les idées, nous allons, à présent, prendre la fièvre typhoïde pour type du plan d'application de ces études à l'épidémiologie positive.

Dans son évolution à travers les saisons, la fièvre typhoïde, type de l'*endémo-épidémie*, est soumise à une marche régulière et cyclique; cette circonstance, qui lui est particulière, la distingue des autres espèces du genre typhus.

Très irrégulièrement répandue sur tous les points du globe, elle s'observe surtout au nord et dans les régions tempérées, mais elle existe même dans les zones intertropicales où elle s'atténue, ou bien s'efface devant les grandes endémies locales. Maladie humaine par excellence, elle suit l'homme partout et prend domicile sur tout sol où il séjourne.

Cependant, dans les lieux où elle règne, elle n'exclut pas les autres espèces du genre, le typhus exanthématique, par exemple, et la fièvre à rechutes, notamment dans ses formes bénignes; les trois affections peuvent coexister sur le même point et frapper successivement le même individu dans un ordre quelconque. Un pays voisin, l'Angleterre, nous en offre la preuve immédiate.

A tous égards, la France est la terre classique de la fièvre typhoïde laquelle y constitue, comme dans l'Amérique du Nord, le type à peu près exclusif des maladies typhoïdes et l'endémo-épidémie la plus indissolublement attachée au sol.

A Paris, foyer principal et centre rayonnant, la fièvre typhoïde règne en permanence, subissant seulement chaque année des *exacerbations ou périodes épidémiques* proprement dites; c'est le type de l'endémo-épidémie.

Le tribut annuel moyen qu'elle prélève sur la population parisienne est de 1200 décès environ, soit 2 pour 100 du total des décès pour toutes causes réunies; mais ce tribut se livre, selon les années, avec une extrême inégalité, et non pas en coupe réglée comme cela a lieu pour la phthisie pulmonaire, par exemple; dans quelques-unes, on ne compte pas plus de 800 décès typhoïdiques; d'autres en additionnent plus de 2000.

Au cours des saisons de chaque année, au contraire, ces décès se partagent dans une mesure régulièrement inégale qui établit de la manière la plus péremptoire le rôle de l'action saisonnière, même dans les régions où la permanence de la maladie rend cette action le moins manifeste.

En relevant, par exemple, la mortalité typhoïde à Paris, de 1872 à 1879 (sept années), je trouve pour le printemps (mars, avril, mai), 1396 décès; pour l'été (juin, juillet, août), 1758; pour l'hiver (décembre, janvier, février), 1885, et pour l'automne (septembre, octobre, novembre), 3003; c'est-à-dire que, sur 100 décès typhoïdiques relevés à Paris, il y en a 17 au printemps et 37 en automne.

L'automne est donc normalement la période dans laquelle la fièvre typhoïde prédomine à Paris, celle dans laquelle la mortalité absolue de la maladie dépasse considérablement celle de toutes les autres périodes saisonnières.

Toutes les régions de la France sont soumises à la même règle avec cette particularité de l'anticipation locale possible du paroxysme saisonnier en raison directe du degré thermométrique moyen (1).

En toute saison, à la vérité, des conditions particulières d'importation, de cause locale ou de concentration d'hommes, peuvent développer des foyers typhoïdiques, mais en aucune saison ces formations accidentelles n'atteignent la fréquence et l'intensité qu'elles acquièrent en été et en automne. Tout cela sera démontré mathématiquement le jour où le réseau de la statistique médicale embrassera enfin le pays entier; mais cela ressort déjà avec surabondance des travaux épidémiologiques nombreux et importants des médecins de la province.

De même hors de la France, dans toutes les régions qui peuvent être considérées comme soumises au même régime saisonnier.

Il y a bien longtemps que Marc d'Espine et Lombard ont montré que toutes les épidémies typhoïdes infantiles du canton de Genève avaient lieu en automne et que la même observation

(1) Voyez sur ce point le magnifique travail du professeur Mayet : *Statistique des services de médecine des hôpitaux de Lyon ;* première année, 1872.

Sans attacher une valeur exclusive aux conditions thermiques comme facteur typhoïque, le savant auteur de ce travail montre l'action incontestable de ces conditions à l'aide de données numériques d'une extrême (on dirait presque d'une excessive) précision.

« En résumé, écrit M. Mayet, d'après les relevés fournis par les hôpitaux de Lyon, la fièvre typhoïde, grave et nombreuse en 1872, a présenté un accroissement parallèle à la température à partir du mois de mai, mais avec cette particularité que l'augmentation s'est prononcée d'une façon permanente au bout d'un temps plus ou moins long après l'élévation de la chaleur, ce qui est évidemment en rapport avec l'incubation, longue en général, de la maladie. Par la même raison, le maximum ne s'est produit qu'en août, et surtout à la fin de ce mois, quelque temps après le summum de la température; et la diminution des entrées n'a suivi que lentement l'abaissement thermique. Cependant, les oscillations thermiques ascendantes momentanées ont amené parfois, notamment en juillet, septembre et octobre, une augmentation rapide des entrées, mais elles n'ont agi ainsi probablement qu'en activant, comme causes occasionnelles, la déclaration de maladies déjà conçues depuis longtemps. »

pour Paris est consignée dans le Traité de Rilliet et Barthez.

De même dans la capitale de l'empire allemand; de même en Amérique, où la fièvre typhoïde s'appelle vulgairement fièvre d'automme (*Fall fever*), du nom donné au siècle précédent par Pringle à la fièvre continue d'Irlande, laquelle n'est autre que notre fièvre typhoïde.

En Angleterre, dès l'année 1828, Burne avait affirmé qu'il n'y avait pas de lésion intestinale dans les fièvres continues de Londres en dehors des mois d'automne, et Murchison, qui le cite, a accumulé dans son admirable *Traité des fièvres continues* un véritable luxe de preuves, pour montrer qu'à Londres, aussi bien que dans les autres régions de l'Angleterre, la fièvre typhoïde est bien une fièvre d'automne.

Tel est le premier fait, l'élément primordial de la loi saisonnière de la fièvre typhoïde que l'on peut formuler ainsi : *Dans les pays où la fièvre typhoïde est endémique, elle atteint son apogée en automne.*

Un second fait non moins important et qui n'a pas été suffisamment saisi ou mis en lumière, c'est que dans les mêmes régions, *le point le plus déclive de la courbe annuelle de la fièvre typhoïde, son* HYPOGÉE, *se produit régulièrement et normalement au printemps.* A l'hiver et à l'été appartiennent les oscillations et les changements principaux de la courbe d'évolution; c'est à la fin de l'hiver que la déclinaison commence, et c'est au cours de l'été que l'ascension se manifeste, au mois de juillet le plus ordinairement; ce sont deux périodes intermédiaires pendant lesquelles *la mortalité absolue* (nous verrons tout à l'heure qu'il n'en est pas de même de la *morbidité* ni de la *mortalité relative*) présente le moins d'écart, et offre les variations accidentelles les plus accentuées.

La fièvre typhoïde régnant à Paris en *permanence* trouve souvent, durant l'hiver, époque à laquelle la population de la capitale atteint son *maximum* de densité, de concentration, de misère, et d'excès, des conditions tout exceptionnelles de développement que nous verrons manquer ailleurs.

Les exceptions ou les anomalies sont rares, elles portent surtout sur le retard du paroxysme d'automne qui peut se prolonger jusqu'à l'hiver; mais alors il est presque toujours possible de retrouver la cause de l'anomalie dans quelque condition particulière, anormale, exceptionnelle, absolument *locale*. Dans ces cas même, la loi n'est jamais enfreinte en ce sens que la déclinaison du printemps se produit immuablement, et peut toujours être établie par l'étude de la *morbidité*, sinon par celle de la *mortalité*, laquelle réclame toujours une *correction chronologique* proportionnelle au temps, le plus souvent assez long, qui sépare l'*invasion* de la *terminaison fatale*.

En aucune manière un paroxysme anormal intense (hivernal, par exemple) n'implique l'intensité probable du paroxysme normal de la même année (automnal). Que de fois n'avons-nous pas entendu émettre ou formuler des craintes sur le danger d'une diffusion typhoïde violente en été et en automne à l'occasion d'un paroxysme hivernal irrégulier; ces craintes sont sans fondement, nous l'avons démontré. Or, on voudra bien le remarquer, ce n'est pas là un des moindres résultats pratiques qui s'attachent à la connaissance exacte des lois épidémiologiques propres au pays où l'on observe, de fournir, au médecin une notion précise de la réalité des choses, qui ne le laisse pas en butte aux craintes ou aux incertitudes qu'entraîne l'absence de doctrine épidémiologique, et que suscite trop généralement l'observation individuelle, faite au jour le jour, sur un rayon limité et restreint.

IV

Nous n'avons envisagé jusqu'à présent que la *mortalité absolue* de la fièvre typhoïde; mais l'institution de sa loi épidémiologique serait tout à fait incomplète si nous ne fixions pas ce qui a trait à sa *morbidité*, et si nous ne recherchions pas si son *coefficient mortuaire* varie selon les saisons. La recherche de ce coefficient est indispensable, soit pour calculer la morbidité d'une région dont on ne connaît que la mortalité absolue, soit pour comprendre combien est normalement et régulièrement variable, selon les saisons, la gravité de la même affection.

A Paris, par exemple, malgré les tentatives que notre savant confrère, M. Bertillon, poursuit avec tant de persévérance patriotique, de zèle et de louable activité, il est et il sera longtemps impossible de connaître directement la morbidité d'une affection déterminée; non seulement, en effet, les médecins ne prennent pas connaissance de la *totalité vraie* des cas d'une affection quelconque, mais encore on n'obtiendra jamais qu'ils donnent régulièrement et exactement la nomenclature de toutes les maladies qu'ils sont appelés à constater. Pour quiconque connaît la vie agitée du médecin d'une grande ville, l'instabilité et le caractère éphémère de ses relations avec un grand nombre de patients; pour qui sait combien sont nombreux les cas dans lesquels il est difficile de démêler la vérité en présence de circonstances extrêmement complexes, l'institution de tables directes de morbidité rentre dans le cadre des utopies pures. La notion de la morbidité d'une affection déterminée dans de semblables conditions ne peut donc découler que du calcul et de la supposition d'un coefficient mortuaire, dont la multiplication par la mortalité absolue fournira la morbidité approximative.

La statistique des hôpitaux de Paris, qui donne à la fois la morbidité et la mortalité de la fièvre typhoïde, peut servir à combler cette lacune en ce qui concerne les variations du coefficient mortuaire avec les saisons; mais elle ne peut que très imparfaitement permettre de s'élever à la connaissance de la morbidité vraie de la ville entière, à cause de l'exagération que ce coefficient subit dans les conditions nosocomiales. Pour la fièvre typhoïde, en effet (ainsi que pour diverses autres affections), la mortalité hospitalière est beaucoup plus élevée que la mortalité urbaine générale, non seulement à cause des conditions nosocomiales elles-mêmes, mais encore parce que ce sont particulièrement les cas les plus graves que l'on amène à l'hôpital.

Mais, au point de vue de la morbidité brute de la maladie, et de l'influence que les saisons exercent sur elle, les documents hospitaliers ont une valeur absolue, et ils concordent essentiellement avec les données que fournit la mortalité, en donnant toujours le *maximum* en automne. Calculant, en effet, la morbidité des hôpitaux de Paris pour une période de dix années, je trouve sur 100 typhoïdiques 40 pour l'automne, 27 pour l'hiver, 18 pour l'été, et 15 seulement pour le printemps. Il ne saurait échapper qu'au point de vue chronologique précis, il reste à faire une correction basée sur ce fait que *la statistique des hôpitaux ne compte les malades qu'à la sortie ou au décès*, lesquels peuvent être éloignés (et le sont souvent, en effet) par plusieurs semaines du moment précis de l'invasion de la maladie. On pourrait approcher de la vérité en reculant le calcul d'un mois pour chaque saison, ce qui dégrèverait les chiffres d'hiver, lesquels sont surchargés des décès de la fin de l'automne, et relèverait les chiffres d'été, affaiblis par le peu d'invasions existant à la fin du printemps. Mais pour donner une démonstration plus péremptoire, dépourvue de tout artifice de numération ou d'approximation, j'ai pris mes bases d'affirmation dans une ville où l'endémicité, moins excessive qu'à Paris, perme de montrer la réalité de l'action saisonnière dans tout son jour; j'ai puisé dans une statistique médicale modèle, en ce sens (*chose absolument extraordinaire et presque invraisemblable dans notre pays!*) qu'elle est faite par un médecin qui en recueille lui-même les éléments.

Si je relève, dans mes *Rapports* pour ces quatre dernières années, les documents statistiques que le savant professeur de pathologie générale de la Faculté de Lyon, M. Mayet, a bien voulu me faire parvenir chaque trimestre sur les mala-

dies régnantes dans les hôpitaux de Lyon, je suis en mesure de fournir une démonstration infiniment supérieure en précision à celle que j'ai pu établir, à la fois parce que M. Mayet compte ses malades à *l'entrée* (et non, comme la statistique des hôpitaux de Paris, à *la sortie*), et parce que les différences saisonnières ne sont plus masquées, comme à Paris, par une extrême endémicité.

Sur 808 typhoïdiques traités dans les hôpitaux de Lyon durant ces quatre années, il y en a 61 en hiver, 60 au printemps, 330 en été et 357 en automne, ou bien, en proportion centésimale encore plus saisissante, sur 100 typhoïdiques traités dans les hôpitaux de Lyon, l'hiver en compte 7,5, le printemps 7,3, l'été 40, et l'automne 44.

Enfin la démonstration pourrait être portée à ses extrêmes limites en montrant l'apparition régulière de la maladie en été et en automne dans une série de centres de population moins considérables, et dans lesquels les mois faibles des régions endémo-épidémiques deviennent des mois absolument vides. La statistique de l'armée fournit sur ce point des documents absolument précis, malgré la fertilité typhogénique des jeunes sujets, et malgré la production fréquente de foyers accidentels dans les casernements.

Le savant épidémiologiste à qui la science est redevable de tant de travaux de premier ordre, M. Léon Colin, a mis en saillie ce fait que les plus graves des épidémies militaires de fièvre typhoïde observées pendant les années 1874, 1875, 1876, ont prédominé en été et en automne, et que, pour l'année 1874, spécialement étudiée, les quatre cinquièmes des décès typhoïdiques ont eu lieu dans les six derniers mois de l'année.

V

Après avoir ainsi établi la loi saisonnière de la fièvre typhoïde sous le rapport de la mortalité absolue de l'affection et de sa morbidité, il nous reste à rechercher si le coefficient mortuaire est aussi variable avec les saisons et les épidémies, ou autrement, si la fièvre typhoïde comporte un pronostic général différent selon les époques.

La moyenne mortuaire de la fièvre typhoïde a été calculée assez arbitrairement par la plupart des auteurs à 1 décès sur 7 ou 8 malades, soit 12 à 14 pour 100; d'après nos observations, si l'on ne suppute que sur de *véritables* fièvres typhoïdes, la mortalité *moyenne* ne peut pas être évaluée à moins de 15 pour 100 dans les conditions ordinaires, et de 18 à 20 pour 100 dans l'état nosocomial. Chaque année le *minimum* de mortalité relative appartient au printemps; régulièrement en été, durant les chaleurs excessives, ou encore au commencement de l'automne, et d'une manière générale, toutes les fois qu'un foyer typhogénique rayonne avec activité, frappant en même temps un grand nombre de sujets, la gravité de la maladie s'accroît au point de doubler le coefficient mortuaire, ainsi que nous l'avons montré, par exemple, pour le paroxysme estival de l'année 1876, dans laquelle la mortalité nosocomiale de la fièvre typhoïde atteignit un moment 35 pour 100.

Cette extrême variabilité de la mortalité d'une même affection à des périodes déterminées d'une même année, ou dans des épidémies différentes, ou selon certaines périodes où la constitution médicale est bénigne ou maligne, est un des points sur lesquels nous ne cessons d'attirer l'attention, en raison de son importance scientifique et pratique.

Comment juger sûrement une méthode thérapeutique vantée, si le moment précis de l'observation n'entre pas en ligne de compte. La pneumonie, par exemple, et la diphthérie, nous l'avons montré, présentent des écarts assez considérables dans leur coefficient mortuaire, selon les années et surtout selon les saisons, pour que toute expérimentation thérapeutique entreprise sur ces affections doive produire, comme étalon de jugement, le coefficient mortuaire général de l'affection à l'époque où l'expérimentation a été instituée, et le coefficient corrélatif de la mortalité générale; l'omission constante de ces deux corrections altère la valeur de la plupart des statistiques thérapeutiques.

Bien plus encore pour la fièvre typhoïde : l'expérimentateur qui instituerait ses recherches et les terminerait au cours d'une saison faiblement typhogénique (au printemps, par exemple), fournirait aisément une statistique brillante avec les procédés thérapeutiques les plus variés; qu'il l'exécute au moment du paroxysme thermique de l'été et dans la première moitié de l'automne, ou bien au moment d'une explosion épidémique, ses illusions seront vite dissipées.

Pour le médecin praticien, il y a, dans la notion précise de ces faits, un avertissement salutaire : le pronostic à porter sur un cas de fièvre typhoïde à son début doit être très différent, selon le *moment saisonnier ou l'époque épidémique;* d'autre part, cette connaissance précise de l'élévation extraordinaire du coefficient mortuaire à certaines époques ne saurait être indifférente au médecin isolé qui, au moment des paroxysmes épidémiques, pourrait supposer, en voyant plusieurs de ses malades succomber, que ses inspirations thérapeutiques n'ont pas été heureuses, ou serait exposé à être rendu responsable d'événements malheureux dont il est absolument innocent. A lui de savoir, de se renseigner, et de mettre, par un pronostic convenablement réservé et motivé, sa réputation et sa responsabilité à couvert. Que les médecins de corps d'armée, frappés brusquement, d'agglomérations de jeunes sujets atteints rapidement en grand nombre, collèges, couvents, etc., n'oublient pas ces préceptes, et cela non seulement dans leur intérêt personnel, mais pour savoir à temps conseiller et imposer les mesures de dissémination nécessaires au salut de ceux dont la santé leur est confiée.

VI

Si nous voulons nous élever de la constatation de ces faits à leur interprétation, nous rencontrons des difficultés devant lesquelles il faut savoir suspendre son jugement. Aussitôt, par exemple, que l'on cherche à expliquer le mode pathogénique de ces conditions de l'atmosphère, dont l'action est absolument, en soi, incontestable, la question devient extrêmement complexe, compliquée et obscure pour tous ceux à qui une heureuse facilité de conviction et un cadre d'observation trop étroit ne dissimulent pas les réalités des faits. Assurément il est incontestable que l'abaissement de la nappe d'eau souterraine, entraînant la mise à découvert de toute une série de foyers infectieux, au moment même où la température excessive en provoque la fermentation et en favorise la diffusion par le fait de l'excès d'évaporation, joue un rôle considérable. C'est là un fait dont on ne saurait contester la réalité, et dont la théorie de Pettenkoffer, par exemple, donne une formule séduisante. Mais, transformer en théorie générale et exclusive de la genèse typhoïde une *condition unique*, cela est certainement dépasser la mesure des faits scientifiquement démontrés.

Je reste, sur ce sujet, en communion d'idées avec la plupart des épidémiologistes français, et particulièrement avec M. Léon Colin, qui, dans ses travaux sur les épidémies et les milieux épidémiques, a fait de toutes ces questions une critique approfondie.

Il nous suffit, pour le moment, de montrer que la fièvre typhoïde, ainsi que toutes les autres espèces du genre, n'est pas affranchie des lois propres à chacune d'elles, lois dont l'étude est à présent ouverte d'une manière scientifique. Il nous suffit de montrer qu'il n'y a plus lieu d'invoquer le génie épidémique virtuel, et qu'il n'est plus permis de déclarer vaine la recherche des règles et des lois en épidémiologie.

La fièvre typhoïde naît, se développe, s'exaspère ou s'apaise sous l'action de conditions météorologiques, individuelles, telluriques, etc., dont la formule absolue ne peut encore être donnée dans tous ses degrés, mais dont la notion est défini-

tivement sortie de la période spéculative pour entrer dans le domaine de l'étude scientifique proprement dite.

Les conditions de l'atmosphère ont sur sa genèse une influence universelle en faisant naître aux mêmes époques météorologiques, dans les diverses contrées ou dans les villes différentes, des paroxysmes épidémiques *saisonniers*. Mais (il faut le déclarer explicitement, pour ne laisser aucune ambiguité) elles ne le font que si elles rencontrent les conditions individuelles ou locales préalablement réalisées dans une région, une ville, une caserne, une maison, un logis, ou une partie de logis.

Toujours locales ou localisées dans leur manifestation épidémique, les explosions typhoïdes le sont également dans leur degré. Plus d'une fois j'ai produit les documents nécessaires pour établir que la fièvre typhoïde était grave à Paris au moment où elle était extraordinairement bénigne à Lyon, et grave à Lyon au moment où elle était bénigne à Paris, les conditions météorologiques étant parfaitement uniformes.

J'ai fait tant de fois cette confrontation pour des villes éloignées ou rapprochées de Paris, qu'il n'y a vraiment pas lieu à insister de nouveau. La variété infinie du degré de gravité des épidémies typhoïdes, malgré leur soumission constante aux lois saisonnières (et alors même que le temps de l'observation est identique, que les localités sont soumises au même régime des vents, des pluies, des conditions individuelles, etc.), démontre jusqu'à l'évidence que la conception réelle de l'*ensemble* ne peut résulter que d'études partielles multipliées, et que c'est dans un *concours de conditions étiologiques*, et non dans une seule, que peut être cherchée la théorie complète du développement et des vicissitudes de la maladie.

VII

L'importance qui s'attache à la connaissance exacte de la loi saisonnière de la fièvre typhoïde ne s'arrête pas aux limites de la pathologie et de la thérapeutique, elle s'étend au domaine de la prophylaxie publique, dont l'institution définitive sera une des gloires de notre époque.

Puisque la fièvre typhoïde a son heure, c'est à cette heure que doivent être régulièrement exécutées toutes les prescriptions que l'on croit être de nature à atténuer l'action des causes locales et individuelles que la saison va démasquer ou dont elle va favoriser le développement. Aux périodes d'accalmie, au contraire, doivent être reportées les opérations capables de produire ou de favoriser ce développement : travaux d'assainissement du sol, concentrations d'hommes, réunion de recrues, etc., de manière à abaisser au *minimum* réalisable les chances défavorables qui peuvent s'attacher à ces opérations indispensables.

Voilà notre démonstration achevée; nous abuserions en la menant plus avant. Qu'il nous soit permis, en terminant, de rappeler dans quel abandon étaient tombées dans ce pays les études épidémiologiques à l'époque où la Société médicale des hôpitaux de Paris les a relevées, et au moment où nous les avons reprises. A l'heure présente, une ère nouvelle est ouverte pour l'étude scientifique et positive de l'épidémiologie, et les progrès de la statistique médicale assurent irrévocablement son avenir. Puissent tous ceux auxquels incombe la direction de la science nationale comprendre, dans l'avenir, que ces études ardues doivent être sollicitées, encouragées et récompensées à l'égal des plus essentiellement utiles au bien public! Puisse l'enseignement de l'épidémiologie trouver dans nos écoles la place qui lui manque, au grand détriment de l'art et de la science!

Pour nous, qui avons consacré de longues années à ces études ingrates, nous nous trouverons amplement récompensé si nous avons pu vulgariser parmi les médecins quelques vérités d'observation fondamentales pour la pratique, et contribuer pour une part à la renaissance de l'épidémiologie dans notre pays, ainsi qu'à la constitution d'une épidémiologie positive.

Clinique chirurgicale.

Contribution a l'étude de l'extraction des corps étrangers mobiles intra-articulaires, par le docteur Cathin, de Condé (Nord).

Obs. — Blin (G.), âgé de vingt ans, journalier, vient me consulter le 15 octobre 1880 pour une hydarthrose du genou gauche datant de trois mois et survenue dans les circonstances suivantes : En chargeant du bois sur une voiture, cet homme tendit fortement ses jarrets en arrière, mais le pied gauche portant sur un caillou roulant, il fit un faux pas, et ressentit immédiatement dans le genou gauche une douleur assez vive pour le forcer à tomber. Mon *genou avait craqué*, dit-il. Il se relève à grand'peine; mais alors, malgré lui, la jambe se fléchit légèrement sur la cuisse, et il n'arrive à la redresser qu'en faisant tirer fortement sur son membre inférieur; puis il essaye de marcher, mais tous les huit ou dix pas le même accident se renouvelle.

Un médecin appelé fait poser des sinapismes, ordonne du repos, puis peu après un vésicatoire; mais la jambe reste toujours légèrement fléchie.

Cependant l'hydarthrose qui s'était manifestée disparaît sous l'influence des soins et du repos; mais toujours la position vicieuse du membre se maintient, et toujours, quand le malade marche, il est obligé de temps à autre de s'arrêter pour ne point tomber, une douleur très vive se produisant dans le genou.

Quand je vois le malade, à la suite de quelque fatigue, le genou s'est gonflé, et je constate que la rotule est assez fortement soulevée.

En explorant plus attentivement le genou, je ne tarde pas à trouver à la partie inféro-interne de l'articulation un volumineux corps étranger, très mobile, qui, pressé, passe facilement sous la rotule pour gagner la partie supéro-externe de l'articulation, où il est alors facile de le limiter, de le mesurer, pour ainsi dire.

Cet homme est de constitution robuste, de tempérament lymphatique; il n'accuse aucune maladie antérieure, sauf une fracture de la jambe gauche, fracture ancienne qui ne le gênait pas depuis bien longtemps. Le repos au lit, la teinture d'iode amènent assez facilement la diminution de l'hydarthrose. J'essaye alors de fixer le corps étranger dans le cul-de-sac supéro-externe par des bandelettes de diachylon, par des bandes, mais vainement.

Je n'ose m'adresser aux serre-fines de Wolf, aux épingles de Costa. Après trois mois, la jambe est toujours fléchie, malgré la disparition de l'hydarthrose, et quand le malade marche reparaît de temps à autre une douleur très vive.

La profession du malade, qui l'oblige à toujours marcher, rend très pénible cette affection, et, sur sa demande, je décide d'opérer en choisissant le procédé de Goyrand (d'Aix).

Le 13 janvier 1881, avec le concours très efficace de MM. C... et W..., on endort le malade au moyen du chloroforme. Le corps étranger est repoussé dans le cul-de-sac supéro-externe, et le doigt d'un aide appuyant sur le tendon du triceps empêche le corps étranger de repasser à la partie interne, tandis qu'un autre aide maintient le corps de bas en haut.

A 5 centimètres au-dessus du genou et à sa partie externe je fais une incision de 1 centimètre à la peau, et, armé d'un long ténotome mousse, je pénètre dans le tissu cellulaire et j'incise à diverses reprises la synoviale sur le corps étranger; je sens très bien la lame coupant une masse cartilagineuse. C'est avec beaucoup de difficulté, néanmoins, que j'arrive à faire sortir le corps étranger hors de l'article; toutefois je crois être arrivé à mon but, car, toutes mains enlevées, on sent le corps étranger fixe et n'ayant plus tendance à se mouvoir dans le genou. La plaie cutanée est fermée au moyen d'une cuirasse de taffetas d'Angleterre et collodion.

Cette première opération a duré cinquante minutes. — Eau froide sur le genou et immobilité maintenue par une gouttière et des bandes.

Pas de fièvre, pas de réaction inflammatoire; la peau ne rougit pas; il ne se produit point de liquide dans le genou. Quatre jours après j'enlève le taffetas, la petite plaie est cicatrisée par première intention, et l'on peut dès lors explorer l'articulation.

Le corps étranger est fixé à la partie supéro-externe, mais on le sent beaucoup moins facilement qu'autrefois; on le limite avec difficulté; il paraît plus profondément situé et plus petit qu'avant l'opération, et je me demande un instant si, malgré moi, je n'ai pas pratiqué le morcellement des tumeurs de M. le docteur Péan.

Mais le corps étranger est immobile, et, même en faisant mouvoir le genou, il n'y a plus de douleur.

Le 31 janvier, deuxième opération. Le malade est chloroformé; incision de 2 centimètres à 3 centimètres au-dessus du point où est fixé le corps étranger; avec une sonde cannelée, j'arrive à toucher le corps du délit, mais j'en suis évidemment séparé par une certaine épaisseur de tissu; j'agrandis à deux reprises ma première incision, et avec une pince à pansement je cherche à saisir l'arthrophyte. Encore une fois j'agrandis la plaie par une incision en T, et en outre, j'incise l'aponévrose fémorale, qu'on voit très bien; alors, c'est à travers les fibres du droit externe que je vais chercher le corps étranger, qu'après plusieurs vaines tentatives j'arrive enfin à extraire en employant d'ailleurs une certaine violence.

Cette deuxième opération a duré une heure. — Cuirasse de diachylon; eau fraîche; immobilité dans une gouttière.

Le 2 février, douleurs vives et frissons dans l'après-midi, quinine et morphine.

Le 3, plus de douleur, un peu de rougeur autour de la plaie.

Le 4, j'enlève le diachylon; suppuration assez abondante, mais de bonne nature; petit trajet fistuleux sous-cutané de 3 à 4 centimètres de profondeur; mais le genou n'est pas enflammé, la rotule n'est pas soulevée.

La cicatrisation de la plaie a été un peu retardée par la présence de ce petit trajet fistuleux, que j'ai dû inciser à la fin de février. Pansement à l'alcool.

Mais le 16 février le malade marchait avec une canne; il faisait de petites promenades dans un jardin.

Enfin, le 18 mars, le malade a pu faire 6 kilomètres; la jambe est droite, et il n'y a plus de douleur en marchant.

Le corps étranger extrait est évidemment, à première vue, de nature cartilagineuse. Sa forme est celle d'un ovale dont une extrémité est plus large que l'autre; les bords sont sinueux. Des deux faces, l'une est complètement lisse et porte des traces évidentes d'incisions faites avec le ténotome pendant l'opération; l'autre face est rugueuse, encroûtée dans sa plus grande surface d'une substance dure qui a toutes les apparences du tissu osseux. Dans sa plus grande longueur, ce corps mesure 3 centimètres; dans sa plus grande largeur, 17 millimètres; son épaisseur est de 4 millimètres.

Réflexions. — Il n'existait autrefois que deux méthodes d'extraction des corps étrangers articulaires.

1° L'extraction à ciel ouvert, le procédé d'A. Paré, incisant « un apostème aqueux du genouil ».

2° L'extraction sous-cutanée en deux temps.

Le premier procédé avait été abandonné, B. Bell préférait amputer la cuisse; le deuxième échouait souvent, mais tuait rarement : aussi était-il presque exclusivement employé.

On pourrait presque dire aujourd'hui qu'il existe une troisième méthode, c'est l'extraction à ciel ouvert avec pansement de Lister, où il faut alors avouer que la chirurgie revient quelquefois sur ses pas, et qu'il y a quelque justesse dans cette idée qu'on peut trouver paradoxale : les anciens ne nous ont laissé qu'une ressource, les imiter.

Les historiens attribuent tous les succès (Lucas-Championnière, Saxtorph, Barwell) à leur mode de pansement; mais déjà l'on avait protesté contre cet engouement peut-être excessif qui a fait dire à un chirurgien d'outre-Rhin qu'il préférerait renoncer à la chirurgie s'il fallait pratiquer sans acide phénique. Récemment M. le professeur Gaujot, à l'Académie, tout en rendant grande justice au pansement de Lister, a cherché à démontrer que l'incision à ciel ouvert, sans les précautions antiseptiques, avait donné de nombreux succès.

Je n'attache pas une importance extrême aux statistiques, trop souvent inexactes; cependant un nouveau relevé des cas publiés serait à faire, et j'ai regretté de n'être pas dans un centre me permettant ces recherches. La statistique de Larrey, qui va de 1858 à 1860, cite 135 cas par la méthode dite ancienne, 39 par la méthode sous-cutanée (Follin et Duplay). M. G. Bernard, dans une thèse de 1877, donne deux statistiques : Larrey, 131 cas; et Bendorf (1858 à 1869), 218 cas, opérés en un temps, 51 par la méthode sous-cutanée, ce qui fait un total de 269. M. le professeur Gaujot donne, depuis 1863, 108 cas, qui, ajoutés aux 135 antérieurs à 1862, font un total de 243. Ne pourrait-on faire un résumé général, car il y a là un désaccord de chiffres que rien n'explique.

Revenant à l'appréciation des méthodes, m'est-il permis d'avouer que ce préjugé, si l'on doit dire préjugé, qui veut que l'ouverture d'une articulation à ciel ouvert soit chose très grave, que ce préjugé, dis-je, est bien profondément entré dans l'esprit de la génération médicale actuelle pour ne pas faire pencher l'esprit du côté de la méthode de Goyraud, malgré toutes ses difficultés.

S'il est vrai que l'on peut impunément ponctionner le genou, l'ouvrir, le laver, etc., ce ne sera pas certes un des moindres mérites de Lister que d'avoir démontré cette vérité, aussi bien pour le genou d'ailleurs que pour le péritoine.

J'avais donc choisi comme moins dangereux le procédé du chirurgien d'Aix, et pourtant maintenant que je me suis personnellement édifié sur les difficultés vraiment très grandes de cette méthode, aussi bien dans le deuxième temps que dans le premier, je ne sais si j'oserais encore opérer de la même façon.

Quant à la pathogénie du corps étranger que j'ai eu à extraire, elle me semble ici bien nette, bien précise, c'est à la suite d'un traumatisme, d'un effort musculaire que se sont manifestés les premiers symptômes, et peut-être y aurait-il à considérer comme plus importante qu'elle ne l'a été jusqu'à ce jour l'influence du traumatisme sur la formation des corps étrangers intra-articulaires. Déjà des exemples ont été cités : Morero, le premier, je crois, a émis cette opinion; Bonse, Lisfranc, Tarnier, Bégin, Gendrin, Vidal, Malherbe, ont apporté des observations identiques.

Richet, tout en admettant que c'est là une des causes rares, admet ce mode de formation, et cite un exemple évident avec autopsies.

Dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire* (novembre 1878), M. Bachelet, médecin-major, a rapporté une observation de corps étranger mobile du genou extrait par le procédé Desault, cas dans lequel le traumatisme avait été la cause unique. Le succès a couronné l'opération, et le corps extrait était de nature osseuse; l'examen histologique a été pratiqué.

Il n'y a pas qu'un intérêt purement historique dans cette question d'étiologie; en effet, dans son mémoire à l'Académie (séance du 23 mars 1881), M. le professeur Gaujot dit : « L'extraction d'un corps mobile articulaire, alors même qu'elle se termine brusquement, peut-elle amener une guérison curable, définitive? Un certain nombre d'exemples montrent combien le bénéfice de l'opération peut être éphémère, ce qui concorde avec l'évolution même de la maladie qui engendra les arthrophytes.

» L'extraction directe, en devenant moins dangereuse, doit-elle être pour cela pratiquée plus souvent? Il semble que non, par la raison qu'elle est toujours subordonnée aux mêmes indications et que la guérison peut n'être pas durable. » (*Bulletin de l'Académie.* »

Ceci reste vrai si l'on admet que le corps étranger est le résultat d'une affection articulaire, affection qui persiste après l'opération; mais si, au contraire, il y a eu traumatisme, le corps étranger enlevé, la maladie est terminée : *Sublata causa, tollitur effectus.*

Il y aurait donc dans les indications et contre-indications de l'opération deux cas à distinguer, et si le corps étranger est d'origine traumatique, il faudrait, à mon sens, beaucoup moins hésiter à opérer que si le corps étranger s'est formé selon la théorie de Kölliker, Rokitansky, Laennec, etc.,

c'est-à-dire aux dépens de la synoviale altérée d'une façon quelconque.

Enfin je termine en posant cette question : Les corps étrangers des articulations ne sont-ils pas beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, et n'est-ce pas à certains de ces corps que sont dues et la longue durée de certaines hydarthroses et la difficulté d'obtenir la résolution.

Depuis dix-huit mois, et dans un cercle en somme assez restreint, j'ai eu l'occasion d'observer :

1° Un corps étranger complètement mobile dans le genou d'un homme de cinquante ans. Origine inconnue. Refus de laisser opérer, malgré la gêne et le danger; cet homme est verrier (Pique).

2° Un corps étranger du genou gauche, non libre, par épaississement de la synoviale. Jeune homme de vingt ans (Galbrun) atteint d'une hydarthrose que le repos guérit rapidement, mais qui reparaît à la moindre fatigue.

3° Une petite fille de six ans; corps étranger non libre; épaississement de la synoviale; genou droit. Hydarthrose remontant à deux ans.

Ce nombre relativement considérable de corps flottants du genou est-il la règle, ou n'est-ce là, suivant l'heureuse expression de M. Krishaber, qu'une de ces coïncidences singulières dont la clinique n'est pas avare.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

De la non-transmissibilité du goître aigu épidémique.

La *Gazette* a publié dans les numéros des 22 et 29 juillet 1881 un intéressant mémoire de MM. les médecins-majors Viry et Richard *sur la nature du goître épidémique*. Nos collègues ont été témoins, durant l'été 1877, à Belfort, d'une extension véritablement insolite de cette affection. Comme on a pu le voir, en effet, à la lecture de leur mémoire, 900 hommes en furent atteints simultanément sur un effectif de 5300 hommes formant la garnison (le mémoire ne donne pas le chiffre de cet effectif, nous le prenons dans la *Statistique médicale de l'armée*). La maladie frappa surtout les 35e et 42e régiments d'infanterie, auxquels les auteurs du mémoire étaient respectivement attachés. Cette extension se fit en quelques semaines : l'épidémie atteignit son apogée vers la fin de juillet, commença à décroître en août, et en novembre, il ne fut plus constaté de cas nouveaux.

Cette grave explosion épidémique d'une maladie ordinairement plus limitée dans ses atteintes et moins rapide dans son ascension épidémique ne pouvait ne pas frapper l'esprit observateur de nos distingués camarades. Cette épidémie ne répondait pas, suivant eux, à l'étiologie ordinaire du goître; un facteur nouveau devait entrer en ligne de compte, et, pour MM. Viry et Richard, ce facteur nouveau serait *la contagion*. C'est la contagion qui, d'après eux, a communiqué le mal à tous les corps de la garnison (à quelques exceptions près); c'est elle qui l'a transporté dans tous les forts environnants, poursuivant partout le soldat de la garnison de Belfort, *respectant toujours et partout la population civile*.

Il nous paraît indispensable de rappeler ici succinctement le tableau de l'épidémie.

Tout d'abord, disent MM. Viry et Richard, Belfort n'est pas classé parmi les pays à goître; or, en 1876, en été, on en observa tout à coup une vingtaine de cas au lycée; puis, en août de la même année, 9 cas au 15e chasseurs à cheval, qui fut le premier corps atteint, et en eut constamment quelques cas jusqu'en juin 1877, époque du développement épidémique militaire de la maladie. A cette date de juin 1877, le 42e d'infanterie, caserné à côté du 15e chasseurs, est envahi, et la maladie apparaît en même temps dans les divers bâtiments, contigus ou voisins, occupés par le 42e et le 35e; les forts les plus rapprochés de la place sont bientôt envahis à leur tour, si bien que, dès les premiers jours de juillet, les deux régiments d'infanterie ont le tiers de leur effectif atteint, et le 15e chasseurs, le premier frappé, n'en a que 22 cas. La maladie ne s'est pas bornée aux casernes de la ville, elle s'est étendue à tous les forts détachés qui entourent la puissante forteresse, et le 7 juillet, nos camarades trouvent des goîtreux aux *Hautes* et *Basses Perches*, à *Giromagny*, à *Roppe*, au *Mont-Vaudois*, dans tous les forts, en un mot, excepté au *Salbert*.

Cependant l'épidémie a commencé à diminuer au mois d'août pour s'éteindre en novembre. Mais le goître ne disparut pas de Belfort : en janvier 1878, le 15e chasseurs en compte de nouveaux cas; au printemps, le 35e et le 42e en voient apparaître plusieurs; en été 1879, on constate de nombreuses récidives, et 5 cas nouveaux au 35e; et, en même temps, point très important, on en observe des cas nouveaux au lycée et dans *un pensionnat religieux de jeunes filles*. « Depuis cette époque (date de leur départ de Belfort), disent les auteurs du mémoire, la liste des sujets affectés de goître aigu, à Belfort, ne s'est chargée d'aucun nom nouveau. »

« En quoi la marche de l'épidémie que nous venons de décrire, disent MM. Viry et Richard, diffère-t-elle de la marche d'une épidémie de maladie spécifique, infectieuse, nettement caractérisée? » Et plus loin, après avoir exposé l'état de nos connaissances sur l'étiologie du goître endémique ou épidémique, dont ils admettent l'identité, ils ajoutent : « Nous admettons avec Moretin l'hypothèse d'un miasme organisé, parce que seule elle nous met à même d'expliquer les particularités de l'épidémie de Belfort, qui nous permettent d'*affirmer*, les premiers parmi ceux qui ont écrit sur le goître, que *cette maladie est transmissible d'homme à homme*, etc. »

La gravité de cette assertion ne saurait échapper à personne, au médecin militaire surtout, qui est plus particulièrement exposé à observer l'extension épidémique du goître aigu, et qui est appelé à provoquer les mesures capables d'arrêter son développement. Devons-nous désormais considérer le goître aigu comme une affection contagieuse, comparable à une fièvre éruptive, par exemple, et provoquer l'immobilisation, l'isolement des hommes qui en sont atteints, comme le demandent MM. Viry et Richard? Nous ne pouvons, en aucune façon, adopter cette manière de voir. En voici les raisons :

Avignon, où nous résidons depuis bientôt deux ans, est un pays goîtrigène; de plus, le régiment auquel nous sommes attaché envoie, tous les étés, un bataillon au fort de Tournoux, à 2000 mètres d'altitude, dans les Hautes-Alpes, pays de prédilection du goître : c'est dire que nous avons constamment quelques cas de goître aigu sous les yeux, et que presque tous les étés, ici ou à Tournoux, nous assistons à quelque poussée épidémique. Or, rien, absolument rien, ne nous autorise à considérer le goître aigu comme transmissible. En effet, dans certaines années, en 1879, par exemple, les bataillons d'Avignon sont à peu près totalement épargnés; celui de Tournoux, au contraire, compte de nombreux goîtreux; ce bataillon nous revient en octobre avec 40 ou 50 hypertrophies thyroïdiennes, et nous ne voyons *jamais* aucune recrudescence, aucune poussée parmi les hommes demeurés à Avignon. Tout au contraire, les goîtreux de Tournoux guérissent en quelques semaines.

Ce fait d'observation facile, renouvelé maintes fois, est suffisamment démonstratif; nous avons voulu cependant donner à *la non-transmissibilité du goître aigu épidémique* la sanction d'expériences qu'on ne peut guère entreprendre que dans l'armée, et qui se répètent tous les jours. Cette année, à Avignon, par le fait de la débilitation subie par nos hommes chez les Khroumirs, et d'exercices un peu plus fatigants que de coutume pendant l'été, nous avons eu une poussée moyenne de goître épidémique : 17 hommes en ont été atteints. Aussitôt après la lecture du mémoire de MM. Viry et Richard, nous avons pris 12 de ces hommes et nous les avons réunis, dans une même chambre, avec 10 hommes non atteints. Or, *depuis plus d'un mois, aucun de ces derniers n'a pris le goître*. Ces 10 hommes indemnes sont tous des convalescents de fièvres, débilités, affaiblis, c'est-à-dire éminemment aptes à contracter une maladie *contagieuse* quelconque; et la plupart, à peine rentrés de congés de convalescence, ont été soustraits pendant plusieurs mois aux influences locales, et n'ont, par conséquent, aucune assuétude au poison morbide pouvant les garantir d'une intoxication aiguë. De plus, nous avons rendu les rapports entre eux et les goîtreux aussi étroits que possible : séjour de vingt heures sur vingt-quatre dans la même chambre, repas en commun, rapprochement exact des lits, etc. Enfin, pour nous mettre en garde contre la possibilité d'avoir réuni par hasard un groupe d'hommes réfractaires au goître, nous les avons renouvelés individuellement trois fois depuis le début de notre expérience; de sorte que nous pouvons affirmer que 30 individus, mis en contact permanent, pendant vingt jours, avec 12 hommes atteints de goître aigu, ont pu vivre dans un rapport étroit, continu avec ces

derniers sans contracter l'hypertrophie thyroïdienne. Quelle est la maladie *contagieuse* qui ne se serait pas transmise, au moins une fois, en de semblables conditions?

Ces expériences, comme notre observation, sont donc en opposition complète avec les conclusions de MM. Viry et Richard. Voyons maintenant jusqu'à quel point les faits observés par eux leur permettent de poser ces conclusions.

Et tout d'abord Belfort est-il bien un pays non goîtrigène? Je demande, je l'avoue, un supplément d'enquête et des affirmations plus précises, car les auteurs nous disent eux-mêmes que le goître régnait, il y a trente ans, dans la vallée de la Savoureuse, près du Ballon. N'y a-t-il pas dans la population urbaine ou *suburbaine* quelques cas, rares peut-être, mais témoins certains des influences locales? MM. Viry et Richard nous disent bien que Belfort n'est pas classé parmi les pays goîtrigènes, mais ils ne nous disent pas que jamais, *malgré leurs recherches*, ils n'y ont trouvé de goîtreux. Ce simple renseignement, de leur part, aurait une toute autre valeur. Quoi qu'il en soit, dans un pays non classé comme goîtrigène, on voit tout à coup surgir une quinzaine de cas de goître au lycée. D'où viennent-ils donc? C'est en établissant rigoureusement cette provenance que nos collègues auraient pu, ce nous semble, poser la pierre angulaire de la doctrine de la contagion, admise par eux dans l'épidémie observée. Il fallait absolument nous dire d'où venaient ces cas, où avait été le point de départ du contage. Nous ne trouvons que ce vague renseignement : « *Il se peut que le germe de la maladie* ait été apporté par les nombreux élèves venus des Vosges alsaciennes. » Nous en doutons, car nous avons vu les goîtreux revenant du fort de Tournoux guérir très rapidement de leur affection à Avignon, et ne jamais la transmettre à leurs camarades.

Cependant voilà le goître au lycée, et c'est de là, suivant nos auteurs, qu'il va se déverser sur la garnison. Sait-on comment? Par le contact établi entre quelques cavaliers du 15ᵉ chasseurs et quelques élèves au moment des leçons d'équitation! Tel serait le point de départ de l'épidémie militaire : le 15ᵉ chasseurs infecte le 42ᵉ, celui-ci un autre corps, et ainsi de suite.

Voilà donc des lycéens atteints de goître, *goître contagieux*, d'après MM. Viry et Richard, qui ne le communiquent à *aucune personne de la ville*, malgré la multiplicité de leurs rapports avec leurs parents, correspondants, amis, etc., et qui le donnent à quelques cavaliers qu'ils voient une fois par semaine dans un manège. C'est là, on le reconnaîtra, une étrange et bien vive réceptivité des soldats pour un mal qui ne s'est pas développé parmi eux, et une non moins étrange immunité de la population civile vis-à-vis d'une affection *contagieuse* qui a pris naissance dans son sein. Quoi! il a suffi à un cavalier, pour voir grossir sa glande thyroïde, de prendre une fois par semaine la jambe d'un lycéen goîtreux pour le mettre en selle, tant le mal est contagieux, et, vers la mi-juillet, 900 soldats atteints de cette même maladie ne parviennent pas à la communiquer à un seul des habitants de Belfort, malgré les rapports incessants, étroits, intimes de l'armée avec eux! Certes, je veux bien admettre l'affinité de quelques maladies pour le soldat; mais cette aversion absolue d'un mal dit *contagieux* pour le civil me dépasse absolument.

Mais ce qui semblerait avoir guidé MM. Viry et Richard dans leur conception étiologique, ce serait le développement graduel, successif de la maladie. En voyant les casernes de la ville, les baraquements du camp, les forts atteints successivement, ils ont pensé à la contagion. Mais j'avoue qu'à la lecture de leur mémoire, cette gradation même, dont la valeur serait d'ailleurs bien précise, ne me semble nullement établie. En effet, d'une part, les différents corps sont bien signalés chronologiquement dans le mémoire; mais, pour aucun d'eux, la date des premiers cas n'est indiquée; et, d'autre part, nous voyons qu'à la date du 7 juillet, à la période d'expansion de la maladie, nos collègues trouvent déjà des goîtreux dans les forts détachés et éloignés, aux Perches, à Giromagny, à Roppe. A quelle date remontaient ces goîtres dans ces forts? Ils ne se sont pas formés au moment de la visite, et rien ne nous prouve qu'ils ne soient pas contemporains des premiers cas observés dans la place.

Mais un fait surtout a paru concluant à MM. Viry et Richard, c'est celui du *Mont-Salbert*. Dans ce fort étaient logées deux compagnies du 42ᵉ, indemnes toutes les deux : l'une d'elles est rappelée à Belfort et remplacée par une autre, qui avait des goîtreux dans ses rangs. Dix jours après, la compagnie qui n'avait pas quitté le Salbert est visitée par un médecin qui découvre 17 goîtreux. D'où contagion certaine, irrécusable : *post hoc, ergo propter hoc!* Je poserai à mes chers et honorés collègues une seule question : sont-ils absolument sûrs que les deux premières compagnies n'avaient pas de goîtreux? Ce renseignement vient-il d'eux ou d'un autre de nos camarades après visite régulière? Car je sais aujourd'hui par expérience, comment nous devons nous comporter vis-à-vis du goître : il faut souvent le rechercher, le découvrir, car l'homme ne le déclare que lorsqu'il en est très incommodé. Et lorsque je vois mes douze goîtreux enfermés pendant quarante-cinq jours avec des hommes qui ne le sont pas ne communiquer la maladie à aucun d'eux, je ne puis admettre qu'une compagnie venue de Belfort ait pu apporter le goître à sa voisine du Salbert.

Que MM. Viry et Richard nous permettent donc de leur rappeler que le goître était endémique il y a trente ans dans la vallée de la Savoureuse. Quoi d'étonnant qu'il y reparaisse aujourd'hui avec plus d'intensité, après les énormes travaux de terrassement dont elle a été l'objet? Car la doctrine de l'*origine hydro-tellurique* nous paraît ici entièrement satisfaisante. La vallée de la Savoureuse, débarrassée du goître pendant quelques années, le voit reparaître, et les auteurs classiques devront désormais classer Belfort parmi les pays goîtrigènes. J'en ai pour preuve la réapparition du goître en 1878, en 1879 et enfin et surtout son apparition dans un pensionnat de jeunes filles. Nos collègues seraient fort en peine, en effet, de nous montrer comment cette *épidémie militaire communicable* aurait pu franchir les murs de cet asile.

Une question subsiste cependant, intéressante pour l'épidémiologiste et surtout pour le médecin militaire : à quoi attribuer cette expansion subite de la maladie? A un fait que nos collègues ont signalé pour le rejeter, à l'application de la circulaire ministérielle *sur l'obligation du port du sac pour toutes les prises d'armes et pendant les heures de faction* (15 *mai* 1877). C'est là la cause déterminante qui a provoqué la fixation des influences morbigènes auxquelles la garnison était soumise. La circulation cervicale a été gênée et le goître est apparu; puis, l'assuétude s'est faite et les années suivantes les cas sont redevenus rares. Par suite, on s'explique très bien certaines particularités qui ont semblé mystérieuses à MM. Viry et Richard : « Les ouvriers d'administration, les infirmiers, disent-ils, logés en plein centre d'infection ont été épargnés. » C'est tout simplement parce qu'ils ne portent pas souvent le sac, n'ont pas de prises d'armes et pas de factions. Et le 15ᵉ chasseurs, le premier chaînon de l'épidémie militaire, au dire de nos collègues, qui n'a que 22 goîtreux le 7 juillet, au moment ou le 35ᵉ d'infanterie en a 272 : nos confrères ne voient-ils pas là le bénéfice dû à l'absence du sac dans la cavalerie?

Ce qui s'est passé à Belfort en 1877 n'a pas été particulier à cette place; ici, à Avignon, au 141ᵉ d'infanterie, les registres d'infirmeries indiquent une augmentation considérable des cas de goître pour la période correspondante. Je transcris ici les indications de ces registres depuis l'année de la formation du régiment : en 1874, goîtres, *onze* cas; en 1875, *neuf* cas; en 1876, *huit* cas seulement; en 1877, *cent soixante-neuf* cas! à partir de juillet seulement.

Il en faut donc conclure que la circulaire précitée a eu, lors de sa première application, et avant que les soldats eussent le bénéfice de l'assuétude, a eu, disons-nous, dans l'épidémie de Belfort le rôle attribué par MM. Viry et Richard à la contagion.

A. CZERNICKI,
médecin-major de 1ʳᵉ classe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

SUR LE PERMANGANATE DE POTASSE EMPLOYÉ COMME ANTIDOTE DU VENIN DE SERPENT. Note de M. *de Lacerda.* — Après avoir reconnu l'inefficacité plus ou moins absolue du perchlorure de fer, du borax, du nitrate acide de mercure, du tannin et d'autres substances chimiques diverses sur les effets soit locaux, soit généraux, du venin de serpent, l'auteur a été amené à essayer le permanganate de potasse. Les résultats obtenus dans la première série d'expériences, en injectant le venin actif du bothrops, dilué dans l'eau distillée, dans le tissu cellulaire des chiens, ont fait voir que cette

substance était capable d'empêcher complètement la manifestation des lésions locales du venin. Le venin recueilli dans du coton, et correspondant à de nombreuses morsures de serpent, était d'abord dilué dans une petite quantité d'eau distillée, soit 8 à 10 grammes d'eau; ensuite on remplissait une seringue de Pravaz de cette solution, et on en injectait la moitié dans le tissu cellulaire de la cuisse ou de l'aine des chiens. Une ou deux minutes après, quelquefois plus tard, on injectait à la même place une quantité égale d'une solution filtrée de permanganate de potasse à 1/100. Les chiens, examinés le lendemain, ne montraient aucun signe de lésion locale: tout au plus il y avait une très petite tuméfaction localisée aux environs de la piqûre de la seringue, sans irritation ni infiltration d'aucune espèce. Cependant, ce même venin qui avait servi à ces expériences, étant injecté sans contrepoison sur d'autres chiens, a produit toujours de grandes tuméfactions locales, des abcès plus ou moins volumineux avec perte de substance et destruction des tissus.

L'auteur a essayé la même substance dans les cas d'introduction du venin dans les veines. Sur plus de trente expériences il y a eu à peine deux insuccès. Ces insuccès, du reste, doivent être attribués à des raisons diverses : d'abord on essayait sur des animaux mal nourris, très faibles et très jeunes; de plus, les injections du permanganate de potasse ont été faites très en retard, au moment où le cœur était déjà en train de s'arrêter.

Dans un certain nombre de cas, on a injecté dans la veine une demi-seringue de Pravaz de la solution dans 10 grammes d'eau du produit venimeux fourni par douze ou quinze morsures de serpent, et une demi-minute après, 2 cent. cubes, de la solution de permanganate de potasse à 1/100. En dehors d'une agitation très passagère et quelquefois d'une accélération cardiaque qui n'a duré que quelques minutes à peine, l'animal n'a pas accusé d'autres troubles. Ces animaux, gardés et observés pendant plusieurs jours, se sont toujours bien portés.

Dans une autre série de cas, on a injecté le venin dans la veine et attendu la manifestation des troubles caractéristiques. Au moment où l'animal avait déjà une grande dilatation pupillaire, des troubles respiratoires et cardiaques, contractures, miction et défécation, on a injecté coup sur coup dans la veine de 2 à 3 cent. cubes de la même solution du permanganate de potasse à 1/100. Au bout de deux ou trois minutes, quelquefois de cinq minutes, ces troubles ont disparu; il restait à peine une prostration générale, dont la durée n'a jamais dépassé de quinze à vingt-cinq minutes.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un rapport de M. le docteur *L. Thibault* (de Saint-Flavier) sur une épidémie d'angines (*Commission des épidémies*).

L'Académie reçoit : 1° de M. le docteur *Goodman Maruchcau* un *pli cacheté*, dont le dépôt est accepté; 2° M. *Peyrusson* (de Limoges) recommande les propriétés antimiasmatiques de l'éther nitreux alcoolisé; 3° de MM. les docteurs *Bourguet* (de Rodez) et *Lacombe* (d'Aubenas) des rapports sur les vaccinations qu'ils ont pratiquées en 1880 (*Commission de vaccine*); 4° Mme *Gautrie*, sage-femme à Paris, informe l'Académie qu'elle vient d'observer chez une enfant, quatre heures après la naissance, l'expulsion d'une petite quantité de méconium intimement lié à une sorte de bouchon muqueux blanchâtre; 5° M. le docteur *Dartigues* (de Pujols) envoie un mémoire manuscrit intitulé : *Nouveau traitement de la rage*. — Renvoi à M. *Bouley*; 6° M. le docteur *Pippingsköld* (d'Helsingfors) adresse une brochure sur *les secours aux enfants abandonnés et aux mères en douleurs* (*Commission de l'hygiène de l'enfance*).

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *E. Monteils* (de Florac) une brochure intitulée : *Des sources du vaccin; vaccin normal, vaccin anormal*; 2° de la part de M. le docteur *Dally*, l'article DÉGÉNÉRESCENCE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Le Roy de Méricourt* présente la 4e édition du livre de M. le docteur Fonssagrives portant le titre de : *L'éducation physique des filles, ou avis aux mères et aux institutrices sur l'art de diriger leur santé et leur développement*.

M. *Chéreau* fait hommage de l'article OPHTHALMOLOGIE (historique) extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Daremberg* offre, au nom de M. le docteur Greenhill (de Hastings) un travail critique sur *le sens des mots nyctalopie et héméralopie*.

TAILLE SUS-PUBIENNE AVEC DISTENSION PRÉALABLE DU RECTUM. — A propos d'un mémoire dans lequel M. le docteur Périer, chirurgien des hôpitaux, a soumis à l'Académie deux observations de taille sus-pubienne avec distension préalable du rectum, suivant la méthode de Petersen, M. *Gosselin* donne lecture d'un rapport dans lequel il examine ce procédé opératoire, ainsi que les soins préalables et consécutifs à cette opération. Après avoir rappelé que la taille sus-pubienne est périlleuse par la crainte de l'ouverture du péritoine et par la difficulté de s'opposer ensuite à l'infiltration urineuse audevant de la vessie, il passe d'abord en revue et discute les indications successivement formulées par les différents chirurgiens pour obvier à ces inconvénients. M. le docteur Petersen (de Kiel), en vue d'éviter le maniement, difficile chez certains sujets, et surtout chez ceux dont la vessie est rétractée, de la sonde à dard, est revenu à l'injection vésicale de Roussel, mais en y ajoutant une propulsion de la vessie en haut et en avant au moyen d'un pessaire en caoutchouc (de Gariel) qu'il introduit dans le rectum et qu'il remplit d'eau ou d'air; le pessaire en se distendant fait remonter la vessie, et avec elle, le péritoine : ce qui permet d'inciser avec plus de sécurité la paroi abdominale et le réservoir urinaire. C'est ainsi qu'a agi M. Périer dans les deux observations qui font l'objet de son mémoire; il en résulte, — ce que M. Gosselin a pu confirmer par des expériences sur le cadavre, — que la vessie, après avoir reçu 250 grammes d'eau, peut être de cette manière très sensiblement remontée au-dessus du pubis, surtout chez les personnes grasses. L'un des malades de M. Périer avait un gros calcul avec cystonéphrite; l'autre s'était introduit dans la vessie un tuyau en caoutchouc long de 70 centimètres; leurs vessies ont été incisées bien au-dessous du cul-de-sac péritonéal.

M. *Gosselin* entre ensuite dans des détails minutieux sur les soins préliminaires et consécutifs à la taille hypogastrique. Il discute l'emploi, fait par M. Périer, dans l'intention de rendre l'urine moins irritante et en même temps moins toxique, d'une injection renouvelée quotidiennement pendant les vingt jours précédant l'opération, d'une émulsion de *gaultheria* dans la vessie; cette pratique lui paraît utile, non pas en ce que les antiseptiques détruisent les germes atmosphériques capables d'irriter la muqueuse vésicale, soit directement, soit indirectement en amenant une altération putride de l'urine, mais parce qu'ils modifient par leur contact les substances enflammées, comme ils le font, suivant moi, ajoute M. Gosselin, pour les solutions de continuité exposées à l'air. Pendant les trois semaines qui ont précédé l'opération, M. Périer a fait prendre chaque jour 1gr,50 de salicylate de soude, afin de rendre l'urine aseptique et de la débarrasser ainsi des matériaux irritants et toxiques; cette précaution paraît encore très louable à M. Gosselin, et il rappelle à cette occasion qu'il y a quinze ans, il conseillait déjà de faire prendre, pendant quelques jours avant l'uréthrotomie interne, de la tisane de pariétaire en quantité aussi grande que possible, et que, de concert avec M. Albert Robin, il a prescrit l'acide benzoïque aux futurs opérés atteints de cystite ammoniacale. M. Périer enfin, dans le but d'assurer l'écoulement complet de l'urine au dehors, a dû placer dans la vessie deux longs siphons, l'un par la plaie, l'autre par l'urèthre; chez l'un des malades, au septième jour, l'urine commençait à être expulsée normalement, et au vingt-huitième la cicatrisation de la plaie abdominale était complète; le second, agité par un subdélirium intense, ne put garder le siphon : il succomba le cinquième jour à la néphrite grave dont il était atteint avant l'opération. — Les conclusions de ce rapport, toutes favorables à M. Périer, sont votées par l'Académie.

PRÉDISPOSITION A L'HYSTÉRIE. — M. *Briquet* achève la

lecture d'un important et volumineux mémoire sur la prédisposition à l'hystérie, dans lequel il recherche l'étendue de la prédisposition, suivant qu'elle est héréditaire, directe, due à des causes pathologiques ou produite par les troubles de la menstruation. Cette étude a pour base l'observation de 450 hystériques reçues par l'auteur dans son service de la Charité, et toutes examinées par lui; or, sur ces 450, il s'en est trouvé 321 qui étaient sous le coup d'une ou de plusieurs prédispositions, tandis que 108 seulement n'en présentaient d'aucune sorte, et que les autres avaient une prédisposition douteuse. En ce qui concerne l'hérédité, sur 418 hystériques dont les antécédents étaient suffisamment connus, 180, c'est-à-dire presque la moitié, appartenaient à des familles dans lesquelles il y avait, où il y avait eu des hystériques: ce qui permet de placer sous ce rapport l'hystérie, la « folie de la sensibilité », au même rang que l'aliénation, la « folie de l'intelligence »; l'hérédité augmente, en outre, considérablement la durée de la maladie. Il est des personnes directement prédisposées à l'hystérie, par suite d'une impressionnabilité toute spéciale aux agents extérieurs; c'est presque un tiers des cas, et ce sont surtout les enfants maltraités ou délaissés, des jeunes filles « soumises aux tracasseries incessantes d'une belle-mère », et celles qui se livrent au concubinage, des jeunes filles prises de nostalgie, des jeunes femmes malheureuses, des êtres malingres et souffreteux, etc. Divers états pathologiques prédisposent également à cette affection, notamment une grande faiblesse de constitution, les maladies consomptives et même pendant la convalescence de diverses affections aiguës. M. Briquet étudie enfin l'influence prédisposante des troubles résultant de la perturbation menstruelle survenue avant l'apparition des premiers symptômes de l'hystérie, et il s'efforce de montrer que, contrairement à ce qu'on a longtemps cru, le nombre de ces cas est notablement inférieur à celui des autres prédispositions; il n'a été que de 45 dans la série qu'il a examinée. Ce nombre comprend : 13 cas d'arrêt brusque des menstrues ayant eu lieu, dans les deux tiers des cas, à la suite d'un refroidissement et dans un tiers après une émotion vive qui, le plus souvent, avait été la frayeur; 7 cas, dans lesquels les menstrues s'accompagnaient ordinairement de beaucoup de souffrances; 10 cas dans lesquels les menstrues avaient diminué graduellement, 10 cas de chlorose générale et 2 cas de métrorrhagies ou de menstrues excessives. M. Briquet insiste, en terminant, sur ce que 21 des sujets qu'il a soignés ont vu l'hystérie se dissiper dès la réapparition des menstrues, après une suspension qui avait duré deux à quatre mois.

Résection tibio-tarsienne. — M. *Polaillon*, à propos d'un malade qu'il présente et sur lequel il dut réséquer l'extrémité inférieure des deux os de la jambe, montre que, contrairement à ce qui se pratique dans tous les procédés connus de résection tibio-tarsienne, il faut, autant que possible, ne pas enlever la malléole externe, afin de ne pas augmenter inutilement le champ opératoire, de ne pas s'exposer à ouvrir la gaine des péroniens latéraux et de ne pas priver le pied d'un point d'appui indispensable pour le rétablissement de ses fonctions. Aussi, fort du succès qu'il a obtenu pour redresser le pied de son opéré, il propose le manuel opératoire suivant pour pratiquer la résection tibio-tarsienne : 1er temps, résection sous-périostée avec la scie à chaîne ou le ciseau d'un segment du péroné au-dessus de la malléole externe qu'on laisse attachée à l'estragale et au calcanéum; 2e temps, décollement du périoste sur l'extrémité inférieure du tibia et luxation du pied en dehors; 3e temps, section de l'extrémité articulaire du tibia; 4e temps, rugination ou section de la surface articulaire de l'astragale et rétablissement du pied dans sa position normale.

Vaccination des tumeurs érectiles. — M. *Constantin Paul* estime, maintenant que la culture du vaccin sur la génisse met à notre disposition de grandes quantités de vaccin, qu'il faut, dans la vaccination des tumeurs érectiles, recourir à des procédés plus efficaces pour faire pénétrer le vaccin; il propose de couvrir d'abord la tumeur d'une couche de vaccin, puis de dessiner sous le liquide, au moyen d'une aiguille tranchante, des incisions superficielles dans lesquelles le vaccin s'introduit aisément et qui seront plus tard les lignes cicatricielles, c'est-à-dire les digues apposées à l'extension de la tumeur et à la rupture de ses vaisseaux. Ce procédé qu'il a également adopté pour la vaccination ordinaire, il en a fait usage déjà quatre fois, avec un plein succès, dit-il, et il présente un enfant de six mois qu'il vient d'opérer ainsi de trois graves tumeurs érectiles siégeant à la nuque et sur le crâne. Il y a eu très peu d'hémorrhagie dans cette dernière opération; malgré l'énorme étendue de la surface de suppuration, la fièvre a été modérée; la plaie a mis trois mois à se cicatriser, après avoir été pansée avec des liquides antiseptiques pulvérisés et des linges huilés. L'enfant est en bon état de santé, et l'on peut constater le résultat suivant : d'abord, l'inoculation a pris partout, aucun point n'a manqué, et la cicatrice forme ainsi une surface continue sans lacunes; la cicatrice est blanche, fine, sans adhérence; elle ne comprend que le derme, qui est ainsi dévascularisé; le développement des vaisseaux sous-cutanés la soulève encore dans une certaine étendue.

M. *Gosselin*, examinant la malade présentée par M. Constantin Paul, déclare qu'elle est loin d'être guérie, et que le traitement institué ne peut avoir aucun effet sur de telles tumeurs érectiles veineuses sous-cutanées; il deviendra nécessaire de cautériser au fer rouge; quant à la vaccination, elle peut tout au plus servir pour les taches sanguines légères.

M. *Blot* s'élève avec force contre la vaccination des tumeurs érectiles profondes, intéressant le derme en plus ou moins grande partie; il reproche, en outre, au procédé de M. Constantin Paul d'exposer le plus souvent à une hémorrhagie assez abondante pour enlever avec elle le vaccin, fût-il étendu préalablement en couche épaisse. Il insiste sur la distinction très importante et trop méconnue entre les tumeurs superficielles, légères, qui peuvent ne nécessiter que quelques piqûres vaccinales, et les autres qu'il faut au plus vite traiter par les moyens appropriés et rationnels.

M. *Jules Guérin* partage cette manière de voir; mais il en diffère légèrement en ce que dans le cas d'intervention chirurgicale, il donne l'avantage à la méthode sous-cutanée.

REVUE DES JOURNAUX

Modifications de l'excitabilité des nerfs et des muscles après la mort, par M. Onimus.

Le signe le plus important de la mort réelle, c'est-à-dire l'absence des battements du cœur, n'est cependant pas absolu, puisque dans bien des cas, il y a suspension momentanée des battements du cœur et que souvent, dans les états de syncope, il ne persiste qu'un léger bruit sourd et tellement faible, qu'il peut échapper à l'oreille la plus exercée.

L'absence des mouvements respiratoires est des plus fréquentes dans la mort apparente, et il est impossible de se fonder sur ce symptôme.

Le refroidissement du corps est évidemment un signe des plus utiles, mais, dans bien des cas, surtout dans l'état d'alcoolisme, le refroidissement peut être des plus considérables sans qu'il y ait mort réelle.

La rigidité cadavérique et la putréfaction sont des signes absolument certains, quoiqu'il puisse y avoir des erreurs pour la rigidité cadavérique. Mais, avant que le cadavre ait présenté le moindre degré d'altération chimique, l'examen de la contractilité électro-musculaire fournit un moyen prompt,

constant et indubitable de la mort réelle; cet examen permet même de préciser à quelle époque elle remonte. Il a de plus l'avantage d'être un moyen puissant de réveiller la fonction des organes. Les courants électriques peuvent et doivent servir à la fois de moyen de diagnostic et d'agent thérapeutique. (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, n° 6, 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Étude clinique sur quelques points de la lypémanie, mémoire qui a obtenu le prix des *Annales médico-psychologiques* en 1879, par le docteur H. Mabille, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Évrard. Brochure in-8. — Paris, 1880.

Dans ce travail, M. Mabille s'est appliqué à élucider une double série de questions qui intéressent l'étude clinique des affections mélancoliques. La première partie est consacrée à des recherches sur le nombre de pulsations et de respirations, sur la température, enfin sur la tension artérielle chez les lypémaniaques; la seconde traite de la perte de la sensibilité digestive chez un certain nombre de ces malades.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur pour la première série de ses recherches : Tant qu'il n'y a pas diminution des fonctions de la locomotion chez le mélancolique (sujet actif), la température, le pouls, la respiration et la tension artérielle restent à l'état normal; quand, au contraire, par un motif quelconque, le malade est amené à une mobilité complète ou presque complète, on constate une diminution de la température périphérique du corps, du nombre des pulsations et des respirations, mais une augmentation de la pression artérielle. Dans certains cas, on observe, en outre, de l'immobilité, des troubles vaso-moteurs périphériques, coïncidant avec le refoulement intérieur du sang vers les organes centraux, et qui amènent la diminution du nombre des pulsations, l'augmentation de la tension artérielle et l'abaissement de la température. Enfin, dernière conclusion, le nombre des pulsations n'est pas en rapport exact avec le degré thermique des mélancoliques; mais il existe une relation constante entre l'augmentation de la tension artérielle et la diminution du nombre des pulsations, excepté dans les cas de profonde anémie et de mélancolie anxieuse.

La seconde partie du travail de M. Mabille, — la plus intéressante à notre avis, — est consacrée à l'étude de l'anesthésie partielle ou totale du tube digestif chez certains mélancoliques. Cette anesthésie serait, d'après lui, consécutive au refus des aliments. Cette assertion nous paraît un peu absolue; la sitiophobie, en effet, pouvant, en certains cas, être la conséquence de cette anesthésie des voies digestives. Il y a donc lieu de faire sur ce sujet des catégories cliniques, et d'admettre des anesthésies par abstinence et des sitiophobes par suite d'anesthésie de la sensation stomacale. Quoi qu'il en soit, les conséquences de cet état anesthésique du tube digestif peuvent être graves. Quoiqu'on pratique régulièrement l'alimentation forcée par la sonde œsophagienne, la digestion stomacale des substances alimentaires ne se fera plus; la digestion intestinale ne s'effectuera pas, et l'assimilation deviendra par là même difficile, sinon impossible. Les forces du malade diminuant considérablement, il en résultera une aggravation dans son délire. Est-ce à dire que le médecin n'a pas à intervenir? M. Mabille ne le croit pas; il conseille de pratiquer le cathétérisme œsophagien dès le début du refus d'aliments, considérant que ce mode de procéder est le plus sûr pour prévenir les accidents que nous venons d'indiquer.

Près de trente observations prises avec soin sont contenues dans le travail dont nous venons de donner une rapide analyse; c'est donc une œuvre utile que consulteront avec fruit tous ceux qui s'intéressent aux questions de médecine mentale.

A. R.

VARIÉTÉS

Le choléra. — Nous extrayons ce qui suit de différentes correspondances.

Le choléra épidémique s'est déclaré sur divers points de l'Orient. Son apparition à Aden doit surtout préoccuper l'Europe. Aux premières nouvelles qui nous sont parvenues, on comptait 32 cas et 27 décès. Sur 78 cas qui se sont produits depuis, 50 se sont terminés par la mort. On sait que les bateaux à vapeur qui traversent la mer Rouge sont obligés, presque tous, de toucher à Aden pour y renouveler leur provision de charbon. Il n'y a d'exception à cette règle que pour les rares bateaux qui ont des cales assez spacieuses pour y emmagasiner le charbon. Les dépôts de charbon d'Aden et la relâche des bateaux à vapeur y attirent une nombreuse population flottante de Parsis, d'Indiens, de Somalis provenant de la côte africaine, et d'Arabes de la grande tribu des Hawachib installée au delà des montagnes qui enserrent Aden. Il pleut très rarement à Aden, ce qui rend à peu près inutiles les citernes et les *bends* dont la plupart des traités de géographie parlent avec complaisance. On y boit de l'eau de mer assez mal distillée, ce qui, comme on le sait, est essentiellement fâcheux et défavorable en temps d'épidémie. Cette population, soit sédentaire, soit flottante, est estimée à 30 000 âmes, dont 2000 Européens, y compris la garnison de 800 hommes. Le danger est aujourd'hui plus menaçant par suite du pèlerinage de la Mecque, qui a lieu en ce moment. Le nombre moyen de pèlerins arrivant de l'Inde, de la Malaisie, par des bateaux relâchant à Aden, peut être estimé à 20 000. Le fléau peut d'ailleurs se propager par terre jusqu'à la Mecque par les pèlerins de la tribu des Hawachib.

Le Conseil sanitaire international a pris les mesures invoquées. Pour prévenir autant que possible la propagation du fléau par terre, le gouvernement a prescrit, sur sa demande, au gouverneur général de l'Yémen, d'établir un cordon militaire pour repousser inexorablement toutes les provenances des districts avoisinant Aden. Par mer, une quarantaine de dix jours pleins a été ordonnée dans tous les ports de l'empire pour les provenances de la mer Rouge. Dans la mer Rouge elle-même, les pèlerins ayant fait relâche à Aden auront à purger une quarantaine de dix jours à Hodeïda, qui est le port de Sana, le chef-lieu de la province de l'Yémen. Cette quarantaine sera subie en rade. S'il y a quelques malades, on les internera dans le lazaret qui existe à Hodeïda. Si les malades sont nombreux, ils seront transportés à proximité dans l'île de Kamara, située à une petite distance de la côte entre Hodeïda et le petit port de Lohaïa au nord. Cette île, où l'on voit des dattiers et dont la population est d'environ 1500 habitants, a cet avantage, inappréciable dans ces contrées, de posséder de l'eau douce dont elle fait un commerce actif.

La quarantaine est également imposée à toutes les provenances de la côte d'Afrique à partir de l'extrémité de la presqu'île du pays des Somalis jusqu'à Massava, au nord.

— On annonce depuis une dizaine de jours l'apparition du choléra à Alexandrie, où il a déjà fait de nombreuses victimes.

— Suivant une dépêche d'Alexandrie publiée par les journaux anglais, la Commission sanitaire internationale a reçu des communications officielles de Suez d'après lesquelles les passagers des navires soumis à la quarantaine à la suite de l'apparition du choléra à Aden, jouissent tous d'une excellente santé.

La fièvre jaune. — Pas de nouvelles de la fièvre jaune du Sénégal, postérieures à celles que nous avons données dans notre dernier numéro. On espère toujours que l'épidémie n'a pas franchi l'ancien 1er arrondissement (Saint-Louis), d'où les troupes ont été éloignées et d'où les blancs ont émigré, à l'exception des chefs des différents services publics, et que Gorée et Dackar ont été épargnés. L'*Edgard* et le *Condé*, venant du Sénégat, sont arrivés en rade de Pauillac. L'*Edgard* a perdu six hommes dans sa traversée, cinq de fièvre jaune, un de fièvre et d'hémorrhagies. Un septième décès a eu lieu au lazaret de Trompeloup le jour du débarquement du malade à l'infirmerie. Ce dernier n'était atteint que depuis trois jours à son arrivée en France. Le *Condé*, parti également de Saint-Louis, mais quelques jours plus tard (le 22 août), a compté 12 décès de fièvre jaune dans la traversée, décès qui se sont échelonnés jusqu'au jour de l'arrivée en Gironde, le 9 de ce mois. A l'arrivée, il existait 8 malades, dont 3

très gravement. Malades, convalescents et passagers des deux navires ont été débarqués au lazaret pour y subir une rigoureuse quarantaine.

— On écrit de Dunkerque à l'*Écho du Nord :*

Le bruit a couru samedi et dans la journée de dimanche que la fièvre jaune venait d'être importée à Dunkerque.

Voici ce qui s'est passé : le steamer anglais *Emma-Treckmann*, de 446 tonneaux, capitaine Thooren, est entré dans notre port vendredi dernier. Ce navire venait de Sainte-Marie-Bathurst avec arachides; or, Bathurst, sur la côte occidentale d'Afrique, n'est séparé de nos possessions du Sénégal que par la rivière de Gambie, et n'est éloigné de Gorée que d'environ quarante lieues.

Gorée est depuis quelque temps ou envahie ou menacée par la fièvre jaune; aussi, en présence de circonstances aussi graves, avons-nous été bien étonnés d'apprendre que l'*Emma-Treckmann* était entré dans notre port sans subir de quarantaine. Le soir même de l'entrée du navire, trois hommes de l'équipage ont été transportés à l'hôpital; le lendemain, un quatrième marin rejoignait ses camarades, et il nous a été affirmé que le capitaine est malade à son bord.

Informations prises, il est reconnu que les médecins du service de santé n'ont pas été prévenus de l'arrivée du navire sur rade. Ils ont donc été mis dans l'impossibilité complète de remplir leurs fonctions, en consignant le vapeur en quarantaine et en internant les malades au lazaret.

Le sous-préfet, ému à juste titre, s'est rendu samedi soir à l'hôpital, accompagné par le docteur Duriau.

Après un examen sérieux des quatre malades, M. Duriau a déclaré qu'il étaient atteints de *fièvre pernicieuse*, connue sous le nom de *fièvre sénégalaise*. L'absence de pétéchies exclut toute idée de fièvre jaune. La maladie présente uniquement les caractères typhoïdes de la fièvre des pays chauds. Deux malades seulement sont dans un état alarmant.

D'après de nouveaux renseignements, le capitaine du vapeur et le service du pilotage sont seuls responsables de l'entrée au port de Dunkerque de l'*Emma-Treckmann*. Aucun navire ne peut, en effet, entrer au port s'il a un malade à bord, quel que soit le genre de maladie. Or, plusieurs hommes de l'équipage avaient été atteints douze jours avant l'arrivée à Dunkerque, et trois d'entre eux avaient dû être conduits d'urgence à l'hôpital. On annonce aujourd'hui que le docteur Dieu, chef du service de santé, a donné l'ordre de conduire l'*Emma-Treckmann* en rade où il subira une quarantaine de trois jours. Le navire sera désinfecté. Tout cela sera bien tardif, et l'on ne peut que regretter des imprudences déjà commises.

— La fièvre jaune règne également à la Trinidad et aux Barbades.

Service de santé de la marine. — *Décret rendu le 16 septembre dernier :* Art. 1er. — Les articles 29 et 30 du décret du 14 juillet 1865 sont remplacés par le texte ci-après:

Art. 29. — Nul n'est admis à l'emploi d'aide-médecin auxiliaire s'il ne justifie de deux années d'études dans une Ecole de médecine navale, dans une Faculté ou dans une Ecole secondaire, et s'il n'est reconnu admissible à la suite d'un examen portant sur les matières qui font l'objet du concours pour le grade d'aide-médecin titulaire.

Art. 30. — Les médecins auxiliaires de 2e classe seront choisis, sur l'avis motivé de l'inspecteur général du service de santé, parmi les candidats pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Ils sont choisis également parmi les aides-médecins auxiliaires ayant au moins deux ans de service et reconnus admissibles à la suite d'un examen portant sur les matières qui font l'objet du concours pour le grade de médecin de 2e classe entretenu.

Les aides-médecins auxiliaires, pourvus du diplôme de docteur en médecine, sont nommés, sans examen, médecins auxiliaires de 2e classe.

Les candidats aux emplois de médecin et de pharmacien auxiliaire doivent avoir été reconnus propres au service de la marine.

Art. 2. — Les dispositions qui précèdent sont applicables au recrutement des pharmaciens auxiliaires de la marine, dans les conditions prévues par l'article 35 du décret du 14 juillet 1865.

Autopsie du président Garfield. — L'autopsie du président des Etats-Unis, dont nous avons les résultats sous les yeux, a établi que la balle de l'assassin avait fracturé la première vertèbre lombaire et s'était logée au-dessous du pancréas en arrière du péritoine, où elle s'était enkystée. Malgré les symptômes observés pendant la vie, il n'y avait aucune lésion du foie ou du cœur. Le général Garfield a succombé aux suites d'une broncho-pneumonie et d'accidents septicémiques.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Redier (Esprit-Jean-Louis) est nommé, pour trois ans, chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, en remplacement de M. Guibal, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. Mossé, agrégé, est nommé, pour une période de quatre ans à partir du 1er novembre 1881, préparateur du laboratoire de clinique médicale en remplacement de M. Polinario, dont la délégation sera expirée.

— M. Gerbaud (Charles-Alexandre) est nommé chef de clinique obstétricale pour une période de trois ans, à dater du 1er novembre 1881.

— M. Zéphiroff (Pierre) est nommé, pour une période de deux ans, aide d'histologie et d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Doze, dont le temps d'exercice est expiré.

École de médecine de Limoges. — Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert, le 6 avril 1882, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours

École de médecine de Marseille. — Cinq concours s'ouvriront le lundi 27 février 1882, à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille, pour cinq places de chef de clinique, deux pour la clinique médicale, deux pour la clinique chirurgicale et une pour la clinique d'accouchement. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole un mois avant l'ouverture desdits concours.

Mortalité a Paris (37e semaine, du vendredi 9 au jeudi 15 septembre 1881). — Population probable : 1988806 habitants. — Nombre total des décès : 935, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 10. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 10. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 42. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 5. — Autres affections générales, 79. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 37. — Bronchite aiguë, 16. — Pneumonie, 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 58; au sein et mixte, 30; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 75; de l'appareil circulatoire, 68; de l'appareil respiratoire, 35 ; de l'appareil digestif, 59; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 37e semaine. La mortalité générale reste faible, puisque nous n'avons eu en cette 37e semaine que 935 décès; c'est pourtant 15 de plus que la précédente semaine, qui (défalcation faite des victimes de la catastrophe de Charenton) n'en comptait que 920. L'augmentation porte notamment sur les victimes de la fièvre typhoïde, maladie qui, depuis six semaines, augmente presque régulièrement ses sévices. On peut en juger par les successions suivantes du nombre des typhiques des deux sexes, en traitement chaque semaine dans les hôpitaux depuis le 30 juillet: 166, 175, 204, 218, 265, 317, 310, 309. Cependant, à part la diphthérie, qui se maintient à une moyenne redoutable d'environ 40 décès hebdomadaires, les autres épidémies sont plutôt en baisse. La variole, particulièrement, nous paraît avoir été réduite à son plus faible tribut, sans doute par les efforts de nos praticiens vaccinateurs.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 29 septembre 1881.

ETIOLOGIE DU TABES DORSAL : M. DREYFUS-BRISAC. — LES CIRRHOSES DU FOIE : M. DIEULAFOY. — PREMIÈRE LETTRE DE M. MAGITOT A PROPOS DU PROJET RÉCENT DE RÉGLEMENTATION DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE.

De l'étiologie du tabes dorsal; syphilis; athérome.

Pendant que la séméiologie de l'ataxie locomotrice progressive s'enrichit chaque jour de faits nouveaux, l'étiologie de cette affection reste souvent lettre close pour le clinicien. Parmi les influences pathogéniques que les auteurs classiques invoquent, un peu en désespoir de cause, il en est deux qui figurent toujours au premier plan : les excès vénériens et surtout le froid humide auquel la plupart des neuropathologistes, les Allemands en particulier, comme Leyden, dans son Traité et tout dernièrement encore L. Meyer (*Arch. f. Psych.*, 1880) assignent un rôle prépondérant dans la genèse du tabes dorsal. Sans s'inscrire en faux contre cette opinion, que corrobore jusqu'à un certain point l'observation journalière, il n'en faut pas moins reconnaître qu'elle comporte de nombreuses exceptions, et que souvent des données étiologiques précises nous font défaut.

Cette lacune nous sommes peut-être aujourd'hui en mesure de la combler, du moins dans certains cas, s'il faut ajouter foi aux travaux récents qui tendent à prouver que le tabes dorsal coïncide souvent avec deux processus pathologiques de nature bien différente, la syphilis d'une part, certaines affections cardiaques d'autre part. Mentionnons aussi, en passant, des recherches, intéressantes surtout au point de vue de la physiologie pathologique, sur la sclérose des cordons postérieurs d'origine traumatique (Petit, *Revue mensuelle de médecine*, 1879). Sans nous arrêter à cette dernière question, dont l'exposé trouverait mieux sa place dans une étude d'ensemble sur les lésions médullaires consécutives au traumatisme, nous ne nous attacherons ici qu'à résumer les données fournies par la science contemporaine sur les relations que l'on a relevées entre l'ataxie locomotrice et la *syphilis* ou certaines *affections cardiaques*.

I

Quoique Duchenne ait déjà signalé la fréquence de la *syphilis* chez les ataxiques, cette question n'a été réellement mise à l'ordre du jour que du moment où M. Fournier (*Leçons sur l'ataxie syphilitique*, 1876), invoquant en dehors de son expérience personnelle l'autorité de MM. Fé-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Le second volume de l' « Index-Catalogue ». — Guerre à la fumée en Angleterre. — La parotidite comme complication de l'ovariotomie. — La crémation dans quelques villes d'Europe. — L'ivrognerie en Allemagne. — Nouvelles épidémies d'hystéro-démonopathie.

L'importante œuvre de bibliographie dont le premier volume a paru à la fin de l'année dernière, l'*Index-Catalogue* de la bibliothèque de Washington, vient de publier son second volume (de BERLIOZ à CHOLAS). Nous n'avons pas à rappeler ici le plan que son directeur, le docteur John S. Billings, a suivi; nous renverrons à ce que nous en avons dit dans le feuilleton de la *Gazette hebdomadaire* du 31 décembre 1880. Nous nous contenterons de rappeler qu'on trouve dans cet *Index* l'indication bibliographique, par noms d'auteurs et de sujets, des ouvrages et des travaux originaux contenus dans les recueils périodiques de la bibliothèque médicale du ministère de la guerre des Etats-Unis. Le présent volume contient 12 459 noms d'auteurs, représentant 4934 volumes et 9810 brochures, 11 550 titres d'ouvrages et brochures séparés, et 37 310 titres d'articles contenus dans les recueils périodiques. Les auteurs pressés de faire rapidement la bibliographie de leurs travaux pourront s'épargner la peine de faire des recherches plus ou moins incomplètes, en puisant à pleine plume dans les deux volumes déjà publiés de l'*Index-Catalogue*. Nous leur recommandons seulement de ne pas laisser glisser de fautes d'impression dans leurs extraits.

Nous citerons parmi les principaux articles de ce volume : BILE, 14 colonnes; BLADDER (vessie), 68 col.; BLOOD (sang), 94 col.; BONE (os), 46 col.; BRAIN (cerveau), 162 col.; BREAST (sein), 45 col.; BRIGHT (maladie de), 15 col.; BRONCHIA, BRONCHITIS, 21 col.; CADAVER, 30 col.; CÆSAREAN (section), 24 col.; CALCULUS, 68 col.; CANCER, 48 col.; CATARACTE, 47 col.; CHEMISTRY (chimie), 44 col.; CHEST (poitrine),

réol et Siredey, revendiqua pour la vérole une part considérable dans l'étiologie du tabes dorsal.

Théoriquement, à se placer sur le terrain anatomique, cette conception n'a rien que de séduisant. Car s'il existe une maladie dont les processus scléreux constituent la détermination lésionnelle pour ainsi dire constante, c'est à coup sûr la syphilis qui, s'affirmant dès la première heure par l'induration du chancre infectant, conserve à travers toutes ses vicissitudes, toutes ses irrégularités cliniques, cette modalité anatomique, si frappante dans les cirrhoses de la période tertiaire.

En fait, il est acquis que des antécédents syphilitiques, plus ou moins nets, sont très fréquents chez les ataxiques; cela résulte surtout des recherches multipliées d'Erb (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1879; *Centralbl. f. Med. Wiss.*, 1881), de Gowers (*The Lancet*, 1881) et des statistiques même de Westphal, l'adversaire le plus décidé de l'opinion qui rattache le tabes à la syphilis (*Arch. f. Psych.*, 1880). Nous ne parlons pas de celles qui portent exclusivement sur des malades du sexe féminin; car on sait que souvent chez les femmes une syphilis ancienne reste méconnue ou est systématiquement niée.

Et cependant la doctrine de M. Fournier est fort loin d'avoir conquis l'assentiment général. Si Erb et Gowers l'appuient, sans même se prononcer d'une manière absolue, les auteurs classiques comme Hammond, Leyden, pour ne citer qu'eux, émettent à cet égard les plus formelles réserves. Lorsqu'au Congrès récent de Londres, Erb est venu reproduire ses statistiques du *Centralblatt* et dire que sur 100 ataxiques par lui observés, 88 présentaient des antécédents syphilitiques, chancre induré seul (29 cas) ou accidents secondaires (59 cas), il a soulevé, d'après les comptes rendus malheureusement trop concis que nous avons de cette séance, les plus vives protestations de la part de divers neuropathologistes, comme MM. Althaus, Gairdner, Lancereaux.

Ce serait une besogne fort ingrate de reproduire, de discuter ici les statistiques si nombreuses, si complexes, invoquées de part et d'autre. Certes on peut reprocher à Erb et en général à ceux qui soutiennent sa thèse d'avoir exagéré l'influence pathogénique de la syphilis en lui rapportant indûment tels faits d'ataxie où les antécédents spécifiques sont des plus douteux, tels où l'infection remonterait à plus de quinze ou vingt ans, tels enfin où d'autres causes pourraient être invoquées. Ce n'est d'ailleurs pas dans des statistiques brutes, fussent-elles établies dans le meilleur esprit scientifique et en dehors de toute idée préconçue, que l'on pourra trouver la solution du problème.

D'un autre côté, la séméiologie n'a pu jusqu'à présent fournir aucune donnée, puisque, d'après la déclaration de M. Fournier, et au dire également de Benedict (*Wien. med. Pr.*, 1881) et de Rosenthal (*eod. loc.*), les ataxies syphilitiques ne présentent pas de caractères cliniques qui leur soient propres.

Ne serait-ce pas plutôt dans les résultats du traitement spécifique qu'il faut chercher le critérium du tabes réellement syphilitique? Or, d'après Westphal et la plupart des cliniciens, l'affection médullaire reste réfractaire à l'action soit du mercure, soit de l'iodure de potassium. On ne saurait donc, disent-ils, admettre l'intervention de la syphilis dans ce processus morbide. L'objection est grave, soit; décisive, je ne le pense pas.

En premier lieu, nul ne s'étonnera de voir le traitement spécifique échouer contre une affection d'ancienne date, fût-elle syphilitique, alors que les lésions sont devenues irréparables et que l'élément noble de la moelle a disparu sous l'étreinte d'une gangue conjonctive de nouvelle formation déjà organisée.

D'un autre côté, quand l'affection est moins invétérée, l'inefficacité de l'iodure ou du mercure est-elle aussi absolue qu'on le prétend? Et les échecs de la médication spécifique ne tiennent-ils pas parfois à ce que le clinicien, en raison même de son incrédulité, n'apporte pas à ces tentatives la ténacité et la patience nécessaires? Sans invoquer des souvenirs personnels, ni les cas plus ou moins probants d'amélioration du tabes ataxique par le traitement mixte que nous offre la littérature scientifique (Drysdale, *the Lancet*, 1878), nous nous bornerons à signaler ici un fait tout récent de Rumpf qui parvint par les onctions mercurielles à guérir en huit mois un individu chez qui cette affection s'affirmait par tous ses phénomènes classiques (*Berl. klin. Wochenschr.*, sept., 1881). Est-il beaucoup de médecins qui aient montré une pareille persévérance?

Enfin ne méconnaît-on pas parfois la nature tabétique de certains accidents pour lesquels on se contente du diagnostic fort élastique de syphilis cérébrale ou cérébro-spinale, et qui, eux, sont justiciables de la médication spécifique? C'est ainsi que tout récemment nous suivions une femme, chez qui l'absence du réflexe rotulien et l'existence de quelques douleurs fulgurantes permirent de rapporter à leur véritable cause, un tabes à forme céphalique, des symptômes oculaires

---

62 col.; CHILDREN (enfants), 43 col.; CHLORAL, CHLOROFORME, CHLOROSE, etc.

Quelques noms sont encore, comme dans le premier volume, considérablement représentés par les homonymes. Ainsi nous voyons : 65 BERNARD, 24 BERNHARD, BERNHARDI, BERNHARDUS, BERNHARDT, 54 BERTRAND, 29 BEYER, 18 BISCHOFF, 14 BLACK et 23 BLAKE, 24 BLANC, 30 BOCK avec ou sans tréma sur l'*o*, 22 BOETTCHER, BÖTTCHER ou BOETTGER, 40 BONNET, 14 BOUCHARD, 32 BOUCHER, BOUCHET ou BOUCHEZ, 23 BOURGEOIS, 42 BOYER, 41 BRAUN et 13 BRAUNE, 87 BROWN et 18 BROWNE, sans compter BROWN-SÉQUARD; 21 BRUN, 17 BRUNET, 13 BRUNN, 22 BRUNNER, 46 BUCH, BUSCH, BUSH ou BUSHE, 27 CAMPBELL, 49 CHEVALIER ou CHEVALLIER.

Citons encore une bibliographie de BOSTON, dans laquelle se trouve réuni tout ce qui a été écrit sur cette ville au point de vue médical et hygiénique, et qui ne compte pas moins de 26 colonnes.

Ce second volume ne le cède en rien au premier comme soins apportés à sa rédaction, à l'exactitude de ses indications et à son exécution typographique, et nous réitérons à son auteur toutes les félicitations que nous lui avons offertes il y a quelques mois.

— Dans le courant de l'année dernière et de cette année, les journaux anglais ont parlé à plusieurs reprises d'efforts faits en vue de combattre la fumée qui obscurcit l'atmosphère de Londres et de la plupart des grandes villes de l'Angleterre. M. le docteur Siemens, membre de la Société royale, vient d'offrir un prix de 100 guinées (2650 francs) qui sera décerné au meilleur appareil de chauffage domestique, présenté à la prochaine exposition à South-Kensington, sous le rapport de l'économie et de l'efficacité à neutraliser la fumée. A la dernière séance mensuelle du Conseil de la ville de Manchester, M. Batty démontra que la commission nommée à cet effet, dite « nuisance Comittee », avait fait tout ce qu'il était possible à

et paralytiques que l'on avait attribués à une tumeur cérébrale syphilitique. Que serait-il advenu, les manifestations les plus nettes de l'ataxie confirmée ne se seraient-elles pas produites, si la thérapeutique n'avait pas enrayé le processus morbide à son origine ?

En résumé, si la constatation d'une syphilis antérieure chez un grand nombre de tabétiques ne peut, à elle seule, démontrer l'existence d'une ataxie syphilitique, trop fréquente est la coïncidence de ces deux processus morbides pour qu'on puisse nier toutre relation entre eux. Mais deux conceptions nous semblent, dans l'état actuel de la science, admissibles, la première surtout. Faut-il ne voir dans la vérole qu'une cause prédisposante à la sclérose des cordons postérieurs, ou doit-on admettre qu'il existe un lien pathogénique plus étroit entre l'infection syphilitique et le syndrome de enne, en d'autres termes que le tabes constitue une des modalités de la syphilis cérébro-spinale ? A l'avenir de résoudre cette question si importante au point de vue pratique.

II

C'est dans ces derniers temps seulement que l'attention des cliniciens a été appelée sur la coïncidence fréquente du tabes dorsal avec les *affections cardio-aortiques*. Dans deux ouvrages parus en 1879, M. Vulpian pose nettement le problème : « M. Charcot, dit-il dans sa Clinique de la Charité, a bien des fois insisté sur la fréquence des lésions aortiques chez les ataxiques. Elles sont, avec les lésions des reins, des poumons, un des accidents qui tuent le plus fréquemment les malades. » Et ailleurs (Mal. du système nerveux), après avoir signalé la fréquence des affections scléro-athéromateuses des valvules aortiques et de l'aorte, il ajoute : « Je ne puis pas affirmer qu'il y ait là une relation de cause à effet; mais enfin je crois devoir appeler votre attention sur ces coïncidences. »

Puis vient le court mémoire de *Rosenbach* et *Berger* (*Berl. klin. Woch.*, juillet 1879) où nous n'avons à relever qu'une assertion, d'ailleurs fort sujette à caution, que seule entre les affections cardiaques, l'insuffisance aortique coexiste avec le tabes dorsal.

L'année suivante, la question est mise à l'ordre du jour par le travail beaucoup plus étendu du professeur Grasset (*Montpellier médical*, 1880) où se trouve la première tentative d'explication pathogénique, fort discutable d'ailleurs. Peu après, Letulle (*Gaz. méd. de Paris*, 1880) publiait deux observations d'ataxie chez des athéromateux et donnait de ces faits une interprétation qui nous semble plus satisfaisante. Enfin, cette année même, parut la thèse de *Jaubert*, inspirée par Hanot, qui se termine par des conclusions analogues à celles de Letulle, bien qu'il ne fasse pas mention de ce travail; et, d'autre part, Buch, contrôlant les résultats fournis par Rosenbach et Berger, trouvait, sur douze cas d'ataxie, cinq fois des manifestations cardiaques plus ou moins nettes (*Arch. f. Psych.*, Bd XI).

Aux vingt-quatre observations d'ataxiques présentant diverses lésions cardiaques réunies par Grasset, Jaubert en ajoute douze nouvelles, ce qui, avec les deux observations de Letulle, fait un total de 38 cas. Si de ce chiffre on retranche 6 cas où la lésion cardiaque n'est pas indiquée par les auteurs et 7 autres où les orifices mitral et aortique étaient simultanément altérés, on trouve 18 faits de lésion portant exclusivement sur les valvules sygmoïdes ou sur l'aorte contre sept affections mitrales pures. La prédominance des altérations aortiques est d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'individus peu avancés en âge, se trouvant à une période de la vie où les affections mitrales sont en général de beaucoup plus fréquentes. N'oublions pas de dire que dans presque toutes les observations l'absence d'antécédents rhumatismaux est signalée.

Sans vouloir préjuger les résultats d'une enquête ultérieure qu'il faudra faire sur une plus vaste échelle, on est conduit à admettre une relation entre les lésions aortiques et l'ataxie locomotrice. Mais quel peut être le lien pathogénique qui unit ces deux syndromes morbides? *A priori*, trois hypothèses, comme le dit Jaubert, se présentent à nous :

1° On pourrait admettre qu'une altération primitive du cœur retentisse sur la moelle; conception inadmissible vu la systématisation de la lésion spinale.

2° Inversement, le tabes serait le fait primordial, la lésion cardiaque un phénomène secondaire. Existerait-il des cardopathies ataxiques analogues aux arthropathies aujourd'hui si connues? Cette hypothèse, fort aventurée d'ailleurs, tombe devant ce fait que les lésions aortiques se voient aussi bien à la suite des scléroses de la région dorsolombaire que des scléroses cervicales. M. Grasset, rejetant l'hypothèse d'une action directe de la moelle sur le cœur, s'arrête à une autre interprétation. Il admet que les douleurs atroces ressenties par l'ataxique retentissent sur le cœur pour y produire des altérations dystrophiques. Mais les ataxies à forme douloureuse ont-elles le monopole des affections cardiaques, M. Grasset semble s'être trop hâté de l'affirmer pour les be-

---

des hommes raisonnables de faire pour empêcher l'infection de l'atmosphère de la ville par la fumée provenant des usines et des établissements industriels. Dire qu'on a fait tout ce que des hommes raisonnables pouvaient faire, est employer une expression pleine de restrictions peu raisonnables, car un rapport lu par M. Wilson, jardinier en chef de Green-Park, montra que, sur 578 arbres plantés dans diverses parties de la ville depuis mars 1880 jusqu'au même mois en 1881, 203 étaient morts actuellement. M. Wilson était d'avis que, jusqu'à ce que l'atmosphère pût être débarrassée des gaz délétères qui la souillent, les plantations d'arbres à Manchester ne donneraient que des résultats peu satisfaisants, sinon un insuccès complet.

On peut s'étonner que cette question si importante au point de vue de l'hygiène publique n'ait pas été soulevée et discutée dans la section compétente au récent Congrès médical international; mais il est probable que les récompenses pécuniaires offertes aux inventeurs stimuleront leur zèle et doteront l'industrie d'appareils fumivores plus puissants et plus efficaces que ceux qui existent à présent.

— Un article du docteur Möricke, publié récemment dans le *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie;* attire l'attention sur la parotidite qui survient après l'ovariotomie et dont il a recueilli cinq cas, dont quatre se terminèrent par suppuration. Il rappelle la relation bien connue qui existe entre l'inflammation du testicule et celle de la parotide, et cite des cas dans lesquels des affections des organes génitaux de la femme, œdème des grandes lèvres, catarrhe vulvo-vaginal, tuméfaction et douleurs des mamelles ou des ovaires, survinrent dans le cours des oreillons. Il pense que les cas rapportés par lui tendent à démontrer qu'il existe entre la parotide et l'ovaire une relation analogue à celle que l'on connaît entre cette glande et le testicule. A l'appui de cette opinion, il dit n'avoir jamais vu la parotidite suivre aucune autre opération sur les parties génitales, bien que le nombre d'opéra-

soins de sa théorie, et d'ailleurs, dans cette hypothèse, l'altération devrait surtout porter, ce qui n'a pas lieu, sur le myocarde.

3° Reste la dernière conception possible : le tabes et la lésion cardiaque coexistent parce qu'elles dépendent d'une même cause. Or, si l'on se rappelle que les altérations aortique sont ordinairement l'athérome pour cause, que l'existence d'une artério-sclérose généralisée est signalée d'une manière explicite dans plusieurs observations d'ataxie avec cardiopathies, dans celles notamment de MM. Vulpian et Letulle, si l'on songe d'autre part que les déterminations viscérales de l'athérome, comme celles de la syphilis, rentrent dans le groupe des scléroses, on en vient à supposer que la sclérose médullaire, elle aussi, peut avoir pour origine l'inflammation chronique des artérioles de la moelle, dépendre de l'*athéromasie*. Cette interprétation, formulée sous toutes réserves par Letulle, est accueillie avec faveur par Hipp. Martin (*Revue de médec.*, mai 1881) qui, chez un ataxique, porteur de lésions athéromateuses, trouva une lésion athéromateuse très nette des artérioles correspondant aux cordons postérieurs de la moelle.

Sans se prononcer sur la valeur de cette conception, il est dès à présent permis de dire qu'elle cadre fort bien avec les enseignements de la pathologie générale.

Mais, de même que pour la syphilis, resterait à se demander si le trouble général de la nutrition, cette dyscrasie fibreuse qui donne lieu à l'endartérite scléreuse, joue ici le rôle d'une cause efficiente ou simplement prédisposante. L'ataxie locomotrice est une affection de l'âge adulte, l'athéromasie appartient surtout à la vieillesse. Comment concilier cette donnée avec l'hypothèse qui met l'une sous la dépendance de l'autre, sinon en admettant qu'un second facteur étiologique intervient. Voici, ce semble, comment on pourrait comprendre la pathogénie du tabes dorsal. De par le froid humide, les excès vénériens répétés, le dynamisme du système sensitif bulbo-spinal est profondément troublé. Dès lors, c'est sur les cordons postérieurs de la moelle, surmenés de vieille date et par suite devenus en quelque sorte un *locus minoris resistentiæ*, que pourront porter les premiers coups de l'athéromasie.

L'ataxie locomotrice progressive, cette usure, cette vieillesse anticipée de l'appareil de transmission sensitive, aurait donc une étiologie complexe, comme tous les processus morbides que l'on attribue, faute d'une meilleure interprétation pathogénique, à la sénilité.

L. Dreyfus-Brisac.

Les cirrhoses du foie.

I

Historique. — Au milieu des nombreux et importants travaux entrepris depuis quelques années, les maladies du foie n'ont pas été oubliées. On peut même dire que les phlegmasies chroniques du tissu conjonctif du foie, les *scléroses*, ont été, ici comme ailleurs, comme dans le rein, comme dans la moelle épinière, l'objet des études préférées. Il y avait là une mine nouvelle à exploiter. Ce tissu conjonctif, aboutissant par son évolution pathologique à former un tissu de sclérose, ce tissu de sclérose comprimant, étouffant, détruisant les éléments de l'organe envahi, les éléments disparaissant peu à peu, par atrophie simple ou par dégénérescence granulo-graisseuse, telles furent les premières données qui éclairèrent l'anatomie pathologique de ces phlegmasies chroniques.

Mais bientôt on s'aperçut que ce tissu de sclérose n'occupait pas toujours dans l'évolution du processus morbide, la place dominante qu'on lui avait d'abord assignée. Son autocratie fut menacée. Ainsi, en étudiant de plus près les scléroses de la moelle épinière, on vit que dans bon nombre de cas, l'hyperplasie du tissu conjonctif reste cantonnée à un territoire délimité, et pour expliquer cette délimitation, on admit que l'irritation du tissu conjonctif est secondaire, et consécutive à l'irritation des tubes nerveux qui forment dans la moelle des systèmes distincts. Alors furent créées, sous l'heureuse dénomination de *myélites systématiques* (Vulpian), la myélite des cordons postérieurs (ataxie locomotrice), la myélite des cordons latéraux, les myélites descendantes consécutives elles-mêmes à des lésions occupant dans l'encéphale un siège déterminé.

Il est vrai que la moelle épinière, à la fois centre et conducteur, est un des organes qui, par sa constitution, se prête le mieux aux *localisations* pathologiques; et néanmoins il est des cas nombreux, mixtes ou intermédiaires, où cette topographie des lésions est mal respectée.

La méthode des localisations fut appliquée à d'autres organes. La maladie de Bright fut morcelée, et de ses débris on forma deux espèces distinctes, deux néphrites ; l'une le *petit rein contracté*, l'autre, le *gros rein blanc*. On leur décrivit des lésions distinctes et on leur assigna un appareil symptomatique spécial. J'ai essayé de montrer, dans une publication antérieure, que les travaux, très remarquables

tions de ce genre qu'il ait faites dépasse de beaucoup celui de ses ovariotomies.

On pourrait reprocher à l'un des cas précités la cause d'erreur suivante : au moment du séjour de l'opérée à l'hôpital, plusieurs enfants y étaient atteints d'oreillons, et une infirmière contracta la maladie. Mais l'ovariotomisée était dans une pièce séparée et sans communication avec les autres malades ; elle avait sa garde particulière et aucune autre malade ne contracta la parotidite.

M. Möricke prévient la critique qu'on aurait pu lui faire, que la parotidite n'est pas rare dans le cours des maladies infectieuses aiguës (typhus, scarlatine, etc.), et dans la pyohémie, en disant que ses opérées n'ont été atteintes d'aucune de ces affections ; l'inflammation parotidienne elle-même n'était ni si aiguë ni si dangereuse que dans la forme pyohémique. Par la date de son apparition et par sa fréquence, cette complication ressemble étroitement à l'orchite qui complique les oreillons ; en effet, dans les cas du docteur Möricke, elle survint cinq fois sur deux cents ovariotomies, et commença du troisième au septième jour après l'opération ; quant à l'orchite des oreillons, elle survient généralement une fois par soixante cas et vers le sixième jour.

— La crémation, sujet sur lequel nous aimons à revenir de temps en temps, parce que les avantages nous paraissent en compenser les inconvénients, la crémation, dis-je, fait chaque jour de nouveaux progrès. Voici quelques renseignements nouveaux sur sa marche dans quelques pays d'Europe, d'après la *Revue d'hygiène :*

Danemark. — A la dernière réunion de la Société de crémation de Copenhague, le secrétaire général a fait connaître que la Société comptait 1409 membres, parmi lesquels 83 médecins distingués et plusieurs ministres protestants très connus. L'appareil adopté par la Société danoise opère la crémation en une heure environ, et l'opération ne coûte que 7 à 8 francs. On espère que la question d'économie concourra

d'ailleurs, qui avaient conduit à ce morcellement, avaient peut-être dépassé le but; qu'au lieu de décrire des espèces distinctes, il serait peut-être plus exact de n'admettre que des variétés; et qu'à côté des types extrêmes qui avaient servi à la description du petit rein contracté et du gros rein blanc, il y avait place pour des cas intermédiaires nombreux, où la clinique reprenait ses droits sans se plier aux classifications un peu absolues, qui ne sont pas généralement le fait des sciences médicales.

Les *hépatites chroniques* parurent également se prêter aux *localisations systématiques;* deux grandes espèces de cirrhoses furent créées, et à côté de l'ancienne cirrhose atrophique de Laennec, prit place une espèce nouvelle, la cirrhose hypertrophique. Ici comme dans les myélites, l'hyperplasie du tissu conjonctif parut être tributaire de l'inflammation des éléments nobles de l'organe, et après une série de remarquables travaux que j'étudierai en détail, il fut admis que le processus de la cirrhose atrophique débute par une inflammation des veines portes du foie (cirrhose veineuse), tandis que le processus de la cirrhose hypertrophique débute par une inflammation des canalicules biliaires (cirrhose biliaire).

Mais avant d'entrer dans la discussion qui va faire l'objet de ces articles, il est intéressant d'embrasser dans un court *historique* la série des travaux qui ont graduellement élucidé la question des *cirrhoses du foie.*

L'histoire des cirrhoses du foie date de Laennec; il faut même dire que pendant longtemps, et à son exemple, on n'en décrivit qu'une variété, la *cirrhose atrophique.* Laennec lui avait donné le nom de *cirrhose* (κιρρός, roux), à cause de la coloration que présente souvent le foie cirrhotique. Bien que cette désignation soit insuffisante, puisqu'elle ne rappelle qu'un des traits inconstants et peu saillants de la lésion, bien qu'on puisse lui substituer les désignations de *sclérose* (σκληρός, dur), ou d'*hépatite* chronique, on la conserve néanmoins pour se conformer à l'usage. Laennec s'était mépris sur la nature de la lésion, car la cirrhose représentait à son esprit une production qu'il appelait « les cirrhoses », et qu'il croyait analogue au squirrhe; mais sur tous les autres points, sa description est typique, et c'est avec une admirable précision, qu'il esquisse à grands traits, en quelques lignes, et du premier coup, les caractères et l'évolution de cette maladie inconnue avant lui (1).

Avec Kiernan (*Philosophical transactions*, 1833), l'anatomie pathologique de la cirrhose fait un pas décisif. L'auteur anglais, dans ses remarquables *Recherches sur la structure du foie*, démontre l'existence normale d'une trame conjonctive qui entoure et pénètre le lobule hépatique, et il attribue au développement anormal de cette trame le processus de la cirrhose.

La thèse d'agrégation de Gubler (*Théorie de la cirrhose*), qui date de 1853, résume les idées en vogue à cette époque, elle nous montre que jusque-là, à quelques exceptions près, on n'admettait qu'une seule variété de cirrhose, celle qui aboutit à l'atrophie du foie, et pendant longtemps encore la cirrhose atrophique de Laennec fut seule adoptée.

Cependant, on rencontrait de *gros foies cirrhosés*, qui n'avaient nullement l'aspect de la cirrhose vulgaire, mais comme on était convaincu que la cirrhose doit finir par une période atrophique, on considérait ces foies volumineux comme la phase initiale d'une cirrhose vulgaire, le processus morbide débutant par l'hypertrophie de l'organe et aboutissant à son atrophie. Du reste, cette manière de voir est encore admise et professée par quelques auteurs allemands (Birch-Hirschfeld). Cette interprétation consacre une erreur. Je ne dis pas que la cirrhose atrophique ne puisse pas être accompagnée à son début de poussées congestives qui augmentent momentanément le volume du foie, je ne dis pas que dans quelques formes mixtes que nous étudierons plus loin, le foie cirrhotique de Laennec ne puisse peser quelque cent grammes de plus qu'à l'état normal, mais ces cas ne sont nullement en opposition avec l'existence d'une cirrhose dite *hypertrophique*, où le foie est volumineux et *reste volumineux* pendant toute la durée de la maladie. Ce sont des variétés distinctes.

L'anatomie de la *cirrhose hypertrophique* avait été entrevue par Requin (*Union méd.*, 1849), et nettement formulée par Todd (*Medic. Times*, p. 341, décembre 1857), mais elle ne fut acceptée chez nous, qu'à partir du mémoire de M. Ollivier (de Rouen) (*Union méd.*, 1871), mémoire où l'auteur mit en relief les caractères cliniques de cette affection, et lui assigna des caractères anatomiques précédemment indiqués par MM. Charcot et Luys.

(1) A l'autopsie, dit Laennec, « le foie réduit au tiers de son volume se trouvait caché dans la région qu'il occupe; incisé, il paraissait entièrement composé d'une multitude de grains, de la grosseur d'un grain de chènevis ou de millet, de couleur jaune ou jaune roux ». Et en note, il ajoute, en parlant de cette production : « Je la désignerai sous le nom de cirrhose à cause de sa couleur. Son développement dans le foie est une des causes les plus communes de l'ascite. Un foie qui contient des cirrhoses perd de son volume au lieu de s'accroître. » *Traité de l'auscultation*, 1819, sect. IV, chap. I, art. 6, obs. XXXV et édition de 1826, t. II, p. 196.

---

beaucoup à répandre cette pratique parmi les classes populaires, parce que, en Danemark, les frais de funérailles par le rite ordinaire sont très élevés.

Italie. — A la suite d'une série de conférences faites dans les différentes villes de l'Italie par le zélé propagateur de la crémation, M. le docteur Pini, de nouvelles Sociétés viennent de se créer, ce qui porte le nombre à neuf pour toute l'Italie. De nouveaux crématoires vont être construits à Rome, Varèse, Pavie, Crémone, Udine et Livourne. Un habitant de Milan, M. Loria, vient d'offrir à la municipalité de cette ville une somme de 20 000 francs, afin d'établir et d'entretenir au cimetière une salle dans laquelle se pratiqueraient les autopsies des cadavres destinés à être incinérés, spécialement dans les cas où la maladie n'a pas été rigoureusement diagnostiquée et lorsque la mort est douteuse.

Hongrie. — Le comité sanitaire de Buda-Pesth a rédigé, le 5 septembre dernier, un rapport dans lequel il déclare l'incinération « salutaire au point de vue de la santé publique; mais elle doit être facultative et l'on doit désigner à cet effet un cimetière spécial ». Le comité engage fortement la municipalité à prendre les dispositions nécessaires pour mettre immédiatement ce projet à exécution.

— Nous ne voulons voir dans l'anecdote suivante qu'un canard à l'eau-de-vie. M. de Bismarck faisait ses préparatifs pour un voyage dont il n'avait pas annoncé la durée à ses familiers. Quelqu'un dit : il reviendra dans huit jours. — Pourquoi? — Parce qu'il n'emporte que huit bouteilles de *Branntwein.* La preuve qu'il y a calomnie, c'est que M. de Bismarck, en présence des progrès effrayants de l'ivrognerie en Allemagne, a récemment déposé au Reichstag un projet de loi tendant à une répression plus rigoureuse de ce vice. Le nombre des individus arrêtés, à Berlin en état d'ivresse, pendant l'année 1880, est en effet assez considérable, d'après les chiffres publiés par la préfecture de police de cette ville. Sur 7895 personnes arrêtées,

A dater de cette époque, la cirrhose hypertrophique sert de texte à de nombreux travaux. M. Hayem (*Archiv. de physiol.*, janvier 1874) étudie la répartition du tissu scléreux. M. Cornil (*Arch. de physiol.*, mars et mai 1874) constate l'inflammation, la dilatation des canalicules biliaires et la formation d'un réseau biliaire intra et extralobulaire. M. Hanot (*Essai sur une cirrhose hypertrophique du foie avecictère.* Th. de Paris, 1876), dans un très important travail, admet que les lésions des canaux biliaires (angiocholite) sont le point de départ des lésions scléreuses du tissu conjonctif. Ces conclusions, adoptées par M. Charcot, concordent avec les expériences entreprises par Leeg et complétées par MM. Charcot et Gombault (*Archiv. de physiol.*, 1876, p. 272), expériences qui démontrent que la ligature permanente du canal cholédoque détermine chez les animaux une angiocholite et consécutivement une hyperplasie conjonctive analogue à celle des foies atteints de cirrhose hypertrophique biliaire.

A dater de cette époque la cirrhose hypertrophique biliaire jouit d'une telle faveur, qu'elle semble former une espèce distincte à laquelle on ne doit pas toucher; sa pathogénie, ses caractères anatomiques et cliniques la différencient de la cirrhose atrophique et paraissent si fortement accentués, qu'il ne semble plus possible de tenter entre ces deux espèces le moindre rapprochement. Voici quels sont leurs caractères distinctifs (Charcot, *Leçons sur les maladies du foie*) :

1° La *cirrhose atrophique est d'origine veineuse*, c'est-à-dire que le processus scléreux débute par une phlébite des petits vaisseaux portes. La sclérose est annulaire, multilobulaire et extralobulaire. Le foie est atrophié, déformé et granuleux.

Les caractères cliniques sont les suivants : ascite, développement d'une circulation abdominale supplémentaire, hémorrhagies fréquentes, absence d'ictère, durée moyenne de douze à dix-huit mois.

2° La *cirrhose hypertrophique est d'origine biliaire*, c'est-à-dire que le processus scléreux débute par une angiocholite des radicules biliaires. La sclérose est insulaire, monolobulaire, extra et intralobulaire. Le foie est très volumineux et non déformé.

Les caractères cliniques sont les suivants : poussées d'ictère aboutissant à un ictère permanent; accroissement énorme du foie; absence d'ascite et de circulation abdominale supplémentaire; peu d'hémorrhagies, durée moyenne de trois à huit ans.

Ces deux cirrhoses forment-elles réellement deux espèces distinctes ou ne sont-elles que des variétés dont on a décrit les types extrêmes; ne sont-elles pas souvent combinées, de façon à donner naissance à des formes mixtes et variées? Telles sont les questions auxquelles j'essayerai de répondre dans la discussion que je vais entreprendre.

Mais avant de commencer cette étude, il me paraît utile de rappeler sommairement la structure normale du foie.

II

Anatomie normale du foie. — Sur une coupe du foie on voit à l'œil nu, ou à un faible grossissement, une foule de petites granulations plus foncées au centre qu'à la périphérie, ce qui donne au foie un aspect granité; ces granulations représentent les lobules hépatiques.

Le foie est une réunion de lobules, il en contiendrait douze cent mille d'après M. Sappey, et connaître la structure d'un de ces lobules, c'est connaître la structure du foie. Ces lobules, ou îlots hépatiques, ont un diamètre de 1 millimètre et demi environ; ils ont une forme polyédrique due à leur pression réciproque, et ils sont séparés les uns des autres par des *fissures* et par des *espaces triangulaires* comblés de tissu conjonctif. Au centre du lobule est une veine, la veine sushépatique adhérente au tissu du foie; et autour du lobule dans les espaces et dans les fissures, sont les veines portes, l'artère hépatique, les canaux biliaires et les vaisseaux lymphatiques; tout cela plongé dans une gangue de tissu conjonctif. Entre la veine hépatique qui est centrale, et les veines portes, qui sont périphériques, existent de nombreuses anastomoses qui forment un réseau veineux à l'intérieur du lobule. Dans les mailles de ce réseau sont contenues les cellules hépatiques qui ont aussi des rapports immédiats avec un autre réseau, celui des canalicules biliaires. Tel est le lobule hépatique en bloc, étudions maintenant chacun de ses éléments.

A. Les *cellules hépatiques* constituent l'élément spécifique de l'organe, leur forme variée tient à la pression des autres cellules et des vaisseaux. On les isole facilement, elles sont aplaties, polygonales, à plusieurs faces, si bien que chaque cellule est en rapport avec six ou sept de ses voisines, avec un ou plusieurs capillaires sanguins et avec des capillaires biliaires. La cellule hépatique ne paraît pas avoir d'enveloppe : elle est formée d'un protoplasma granuleux avec un ou deux noyaux, elle contient souvent des granulations de pigment biliaire, des granulations rouges de pigment

---

dont 7313 hommes et 582 femmes, 6267 ont été mises en liberté sitôt que leur ivresse a été dissipée; 980 ont été placées sous la surveillance de la police pour cause de mendicité et de vagabondage, 648 ont été renvoyées devant la juridiction correctionnelle et condamnées à raison de délits ou de contraventions. Parmi les hommes arrêtés, 407 étaient âgés de moins de dix-huit ans, 2575 avaient de dix-huit à vingt ans, 2201 de trente à quarante ans, 1364 de quarante à cinquante ans, 766 avaient plus de cinquante ans. Quant aux femmes, 12 étaient âgées de moins de dix-huit ans, 110 avaient de dix-huit à trente ans, 174 de trente à quarante ans, 161 de quarante à cinquante ans, 125 avaient plus de cinquante ans.

Que ceux qui tonnent contre l'immoralité de la Babylone moderne viennent encore, après cela, nous vanter la moralité des nations protestantes, surtout quand on a parcouru, le soir, les parcs et certaines rues de Londres.

— Les épidémies d'hystéro-démonopathie abondent pour le moment. Après celle de Verzégnis, dont nous avons rendu compte dans la *Revue scientifique* du 10 avril 1880, après celle de Bordeaux, dont la *Gazette* a parlé il y a quelques mois, en voici deux autres, l'une à Alia (Italie), localité située dans des conditions encore plus arriérées que Verzégnis, et l'autre à Vinzier, commune qui, comme Morzine, où éclata une épidémie analogue il y a une vingtaine d'années, fait partie de l'arrondissement de Thonon (Haute-Savoie).

A Alia, on traita l'épidémie par l'emprisonnement de la névropathe qui l'avait provoquée; cet acte fut considéré comme un sacrilège par la population, et n'eut pour résultat qu'un redoublement de fanatisme et de délire. A Vinzier, comme à Verzégnis et à Bordeaux, l'intimidation eut plus de succès. Alors que le diable faisait des siennes, le sous-préfet, accompagné du lieutenant de gendarmerie et de quelques gendarmes, fit une visite officielle dans le pays; mais ce jour-là le diable disparut, et les convulsionnaires jouirent d'un calme remarquable.

sanguin, des granulations graisseuses ; elle renferme la matière fermentescible par laquelle la substance glycogène se transforme en sucre : cette matière glycogène se colore en rouge acajou avec la teinture d'iode. La disposition des cellules dans le lobule hépatique est remarquable, elles rayonnent du centre à la circonférence, et sont disposées en réseau à la périphérie (Frey, *Traité d'histologie*, p. 604).

B. Les *veines portes* qui entourent le lobule (veines interlobulaires de Kiernan, ou périphériques de Gerlach) cheminent dans les espaces et dans les fissures que laissent entre eux les lobules, et chaque lobule est pénétré par des capillaires qui viennent de quatre ou cinq branches de la veine porte. Ces capillaires cheminent en rayonnant de la périphérie vers le centre du lobule (Kolliker, *Traité d'histologie*, p. 559), ils s'anastomosent entre eux, et avec les capillaires venus de la veine hépatique centrale. C'est par ce réseau que le sang des veines portes périphériques, après avoir traversé la masse des cellules, vient se déverser dans la veine hépatique; c'est dans ce réseau à mailles allongées et comme radiées que sont contenues les cellules hépatiques ; les bords juxtaposés des cellules sont comme creusés en gouttière pour recevoir les capillaires sanguins.

C. Les *canaux biliaires* qui entourent le lobule hépatique (canaux biliaires périlobulaires) sont formés par une membrane d'enveloppe mince et tapissée à l'intérieur d'un revêtement complet de cellules épithéliales cubiques munies d'un noyau. Ces canaux biliaires sont l'aboutissant des capillaires biliaires *intralobulaires*. Les capillaires biliaires *intralobulaires* cheminent à travers les cellules hépatiques en formant des mailles étroites, leur trajet est rectiligne, et leurs mailles sont un peu allongées, comme celles des capillaires sanguins. Les canalicules biliaires cheminent au milieu des faces des cellules, « et par conséquent ils ne rencontrent pas le système capillaire sanguin dont ils sont distants au moins de la moitié de la face d'une cellule hépatique » (Cornil et Ranvier, *Man. d'hist.*, p. 866). On n'est pas encore bien fixé sur la structure des canalicules biliaires intralobulaires ; certains auteurs leur accordent une paroi propre constituée (Legros, *Journal d'anat. et de physiol.*, 1874) par des cellules plates juxtaposées, d'autres leur refusent cette paroi, et supposent qu'ils sont formés uniquement par la condensation en cuticule de la surface des cellules hépatiques. Dans tous les cas, ces canalicules intralobulaires ne sont euxmêmes que des canaux excréteurs; ils reçoivent la bile sécrétée par la cellule hépatique.

D. Le *tissu conjonctif* émane de la capsule de Glisson. A la surface du foie, cette enveloppe est formée de deux couches : l'une superficielle, séreuse, recouverte par les cellules endothéliales du péritoine; l'autre profonde, plus épaisse, formée de tissu fibreux. De cette capsule émanent des faisceaux du tissu conjonctif qui accompagnent les vaisseaux interlobulaires et qui forment là une gangue qui contribue à combler les espaces prismatiques et les fissures laissées entre les lobules. Ce tissu conjonctif périlobulaire envoie à son tour un réseau intralobulaire qui s'accole à la paroi des capillaires, ou qui s'étend entre les capillaires sous forme de tissu réticulé. Ce tissu, uni aux capillaires sanguins, forme la trame qui soutient les cellules hépatiques.

Ces notions anatomiques étant posées, il sera plus facile d'entrer dans la discussion des faits pathologiques concernant les *cirrhoses du foie*.

Dieulafoy.

A propos du projet récent de réglementation de l'art dentaire en France.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

I

Mon cher ami,

La *Gazette* a publié à diverses reprises des études touchant la jurisprudence en matière de médecine et de chirurgie, et vous-même vous avez spécialement abordé plusieurs fois la question de la réglementation légale de l'art dentaire.

C'est ainsi, notamment, que votre feuilleton du 15 avril 1871 envisage l'état actuel de la législation française et vous amène à cette conclusion de la nécessité urgente de remédier à l'imperfection ou au silence de la loi qui laisse libre, comme on sait, la profession de dentiste au même titre qu'un simple métier quelconque.

Cet article paraît avoir été suscité par une note parue quelque temps auparavant dans l'*Union médicale* (28 mars 1871) et due à la plume d'un des avocats les plus distingués du barreau de Paris, M. Guerrier. Ici, l'argumentation portait exclusivement sur le côté juridique : l'auteur cherchant, en effet, à commenter bien plus l'esprit que le texte de la loi de l'an XI, croyait pouvoir affirmer que le législateur avait évidemment voulu comprendre dans la catégorie commune des *médecins* tous ceux qui pratiquent une branche quelconque de l'art de

---

Puisque les gendarmes ont sur ces malheureux une action si efficace, peut-être serait-il indiqué de faire loger ces bons militaires chez l'habitant, ce qu'on a fait à Verzégnis, mais peut-être pas assez strictement, ou bien, au rebours de ce que fit le colonel de la *Femme à papa*, d'interner les malades dans une caserne de gendarmerie jusqu'à cessation complète des visites du diable.

L. H. Petit.

Hospice général de Tours. — Deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu dans le courant d'octobre prochain, conformément au règlement général de l'établissement. Le concours pour l'internat est fixé au mardi 4 octobre, à midi. Le concours pour la suppléance est fixé aux 14 et 15 octobre.

Nécrologie. — M. le docteur Delbetz, ancien représentant du peuple à l'Assemblée constituante de 1848 et à l'Assemblée législative, vient de mourir à Eymet (Dordogne).

Travaux anatomiques. — *Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 17 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant : 1° *Anatomie topographique.* — M. le docteur Tillaux, les lundis et les vendredis; 2° *Anatomie descriptive.* — M. le docteur Quenu, les mercredis et samedis; 3° *Physiologie.* — M. le docteur Le Bec, les mardis et et jeudis; 4° *Histologie.* — M. le docteur Mayor, les mardis et vendredis, *à deux heures*. Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Hôpital de varioleux. — L'administration de l'Assistance publique fait étudier en ce moment la création d'un établissement spécial de varioleux dans la commune d'Alfort, à douze kilomètres de Paris.

guérir : de sorte que s'il n'avait point nommé les *dentistes*, c'est qu'il n'avait cru devoir désigner aucune spécialité quelconque, ni les *oculistes*, ni les *auristes*, ni les *lithotomistes*, etc., lesquels, de même que les dentistes, ne pouvaient, au siècle précédent, exercer qu'en vertu d'un titre légal.

M. Guerrier déclare donc formellement que le législateur de l'an XI ne pouvait avoir eu la pensée de supprimer les prescriptions légales qui paraissaient bonnes vingt ans auparavant et il appuie, d'ailleurs, sa conviction sur certain arrêt du tribunal de Boulogne qui condamnait, le 15 juin 1846, un dentiste non diplômé pour exercice illégal de la médecine.

Or, ce jugement était postérieur à l'arrêt de la cour de cassation (16 décembre 1845) qui avait mis à néant le double jugement de première instance et d'appel dans le procès bien connu des dentistes diplômés contre ceux qui ne l'étaient point. Et M. Guerrier conclut qu'il faut suivre dans l'avenir la jurisprudence de l'arrêt de Boulogne comme conforme d'ailleurs à l'opinion de beaucoup de légistes : Coffinières, Paillet, etc., et de toutes les notabilités médicales de l'époque.

Quoi qu'il en soit, cette solution si sage, si conforme au sentiment public, n'a point prévalu, et lorsque vous abordez à votre tour la question à la fois en légiste et en médecin, vous êtes conduit à cette solution que, au point de vue du droit, il faut admettre comme fondé juridiquement l'arrêt de la cour de cassation, tandis qu'au point de vue professionnel et moral vous réclamez hautement la nécessité du diplôme.

Je partage entièrement votre sentiment sur ces deux points et si je vous demande aujourd'hui de me permettre d'intervenir à mon tour dans ce débat, c'est qu'il vient de se produire plusieurs projets nouveaux de réglementation dont il me paraît utile d'examiner les dispositions et le but.

Nos préoccupations viennent d'ailleurs de se rencontrer de nouveau sur le même terrain, car au moment où j'écrivais ces lettres, vous repreniez la question dans le précédent numéro de ce journal, et cette fois d'une façon plus générale. La lecture de ce dernier travail me fournit encore cette satisfaction très vive de voir que nous restons toujours, sur le fond des choses, absolument d'accord.

Pour le présent donc, la profession de dentiste est et demeure absolument libre.

Or, établissons d'abord en quelques mots, si vous le voulez bien, la situation qui en résulte.

Dans l'état actuel de notre législation, le premier individu venu peut s'intituler et s'établir *dentiste* sous la seule réserve d'une patente, et dès lors il se trouve en possession des privilèges suivants :

1° Effectuer toutes les opérations chirurgicales, sanglantes ou non, qui se pratiquent sur la bouche et les dents ;

2° Employer et administrer les médicaments, les caustiques, les poisons et toutes les substances diverses usitées dans la thérapeutique des maladies de la bouche ;

3° Pratiquer l'anesthésie générale.

Voilà le fait simple et brutal, et cette situation se maintient depuis bientôt un siècle sans que les réclamations, mille fois répétées, aient été entendues.

Croit-on cependant que l'autorité, cette prétendue gardienne de la sécurité publique, soit absolument désarmée contre de tels abus ? Loin de là, et malgré le silence supposé ou réel de la loi, n'existe-t-il pas des mesures administratives, des règlements de police qui donnent le droit d'enquête sur l'emploi des substances médicamenteuses, des agents toxiques, des anesthésiques ? A-t-on songé à les appliquer ? Pas davantage.

Les avertissements n'ont pas manqué pourtant, et chaque jour enregistre des accidents plus ou moins graves, parfois mortels, dus à l'ignorance et à l'impéritie de praticiens improvisés. La liste est longue aujourd'hui et composerait un véritable martyrologe : demandez aux chirurgiens de nos hôpitaux combien de malheureux estropiés viennent réclamer leur secours pour des complications graves des mâchoires et de la face, complications auxquelles ils succombent quelquefois. Faut-il rappeler ces faits de fractures plus ou moins étendues, ces délabrements, ces pénétrations du sinus ? Et ces hémorrhagies incoercibles terminées par la mort et dues tantôt à l'étendue même des traumatismes, tantôt à des dispositions individuelles restées méconnues par l'opérateur ? Et les exemples de phlegmons diffus de la face et du cou terminés par l'infection purulente et la phlébite des sinus ? Un chirurgien de Bordeaux, le docteur Demons, en a cité à lui seul une douzaine d'exemples dans un travail adressé à la Société de chirurgie, et plusieurs médecins de Paris, dont nous pourrions citer les noms, n'ont pas oublié quelques faits du même genre également terminés par la mort et survenus à la suite de la simple obturation intempestive d'une carie dentaire.

Voilà pour le côté chirurgical.

Veut-on savoir maintenant quels peuvent être les accidents survenus en des mains inexpérimentées par l'emploi des agents toxiques ou caustiques ? Qu'on lise, par exemple, la thèse récente d'un jeune élève de la Faculté de Paris, le docteur Combe, et l'on verra de quels accidents graves peut être suivie l'application maladroite des pansements arsénicaux.

Nous ne parlons pas des anesthésiques dont l'administration exige la plus complète compétence médicale. Les accidents consécutifs à l'emploi du protoxyde d'azote sont très nombreux et le plus souvent imputables à l'absence absolue de toute précaution et de tout examen préalable du sujet, et quant aux cas de mort par asphyxie il en a été signalé l'année dernière un nombre déjà respectable à la Société de chirurgie.

Voilà les faits dans leur lamentable vérité. C'est un scandale : scandale non seulement dans la pratique privée où s'étalent les formes infinies du charlatanisme, mais scandale aussi dans la pratique publique et jusque dans nos hôpitaux.

Pénétrez, en effet, un matin dans cette officine du rez-de-chaussée d'un hôpital qu'on appelle la *consultation des dents*, et vous assisterez au plus triste spectacle, c'est-à-dire à une véritable orgie d'extraction, à tout hasard, à tout venant, sans direction, sans contrôle d'aucune sorte. De diagnostic, point ; de thérapeutique, jamais. Toujours l'unique et perpétuelle extraction. Mais les opérateurs, croirez-vous, sont sans doute choisis dans le personnel de l'hôpital dont l'entrée semble interdite à tout individu qui n'est pas étudiant ? Point du tout. Les externes de service et à plus forte raison les internes ont depuis longtemps rejeté cette écœurante besogne qui devient la proie de quelque apprenti de la ville qui vient se « faire la main », ou plus simplement encore du garçon d'amphithéâtre.

Supposez maintenant qu'un étranger s'égare dans cette lugubre salle de consultations, il y a des chances pour qu'il en sorte convaincu que tel est l'état de la chirurgie dentaire en France.

Comprend-on de la part de l'administration des hôpitaux une telle incurie ? Et cependant il existe un directeur

général de l'Assistance publique qu'on dit éclairé; il y a même un conseil de surveillance composé de médecins et de chirurgiens des hôpitaux. Mais ni l'un ni l'autre n'en ont cure. Du moment que le public vient volontiers à la consultation et qu'il y trouve un opérateur quelconque, la chose ne vaut pas la peine après tout qu'on s'en inquiète, tant il est vrai, ainsi que l'a dit Fontenelle, que : « *L'on traite toujours d'inu-* » *tile ce qu'on ne sait pas et dont l'acquisition coûterait* » *quelque peu à l'esprit.* »

Je viens de vous exposer, mon cher ami, le mal dans toute sa nudité; examinons maintenant les remèdes proposés.

Ce sera, si vous le voulez bien, l'objet d'une prochaine lettre.

Dr E. Magitot,
Membre de la Société de chirurgie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie pathologie.

Étude sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre, par MM. E. Brissaud et Paul Segond.

L'anatomie macroscopique des rétrécissements de l'urèthre est connue. La plupart des auteurs ont étudié cette lésion avec précision : le nombre des rétrécissements, leur forme, leur consistance, leur étendue, leur siège ont été l'objet de descriptions circonstanciées et ce n'est pas de ces points que nous voulons traiter ici.

Par contre, leur mode de développement et leur structure vraie offrent encore bien des côtés obscurs. Jusqu'ici, leur pathogénie n'a guère suscité que des considérations théoriques basées, il est vrai, sur la constatation de lésions visibles à l'œil nu, mais n'ayant pas la consécration de l'examen microscopique. Quant à leur constitution intime, ceux-là mêmes qui l'ont étudiée le plus récemment se sont surtout adressés à la méthode comparative en demandant, par exemple, à la pathologie de la conjonctive la solution d'un problème uréthral.

Un autre fait, capital s'il en fut, a été trop négligé : on n'a pas suffisamment recherché dans la structure des urèthres rétrécis l'explication de certaines propriétés des rétrécissements constatées journellement en clinique, mais sur lesquelles nous ne possédons en fait que des données empiriques. D'ailleurs, il est deux sortes de raisons qui ont rendu cette lacune difficile à combler. D'une part, les autopsies de rétrécissements simples sont rares; d'autre part, le zèle du clinicien, généralement trop pressé de vérifier la topographie des lésions, complique singulièrement la tâche du micrographe, si même il ne la rend tout à fait impossible. Ainsi, chaque fois que l'occasion s'en présente, ne voit-on pas le chirurgien fendre immédiatement le canal uréthral dans toute sa longueur, soit sur sa face supérieure, soit même sur sa face inférieure? Dans ces conditions, il est facile de le comprendre, la situation réciproque des différentes parties du rétrécissement sur une coupe d'ensemble ne peut être que malaisément déterminée.

Nous devons à l'obligeance de M. Guyon d'avoir pu examiner les urèthres de deux malades morts cette année dans le service de ce maître. Atteints tous deux de rétrécissement blennorrhagique ancien, ils ont succombé à des complications étrangères à cette affection. Sur l'un d'eux, l'uréthrotomie interne a été pratiquée par M. Guyon en 1872 et les symptômes de rétrécissement s'étant reproduits en 1875, quelques séances de dilatation par les Béniqués ont, à cette époque, rapidement rendu au canal sa perméabilité. L'autre avait été seulement soumis à différentes reprises au traitement par la dilatation méthodique progressive.

Les résultats intéressants de l'étude microscopique de ces deux cas nous déterminent à les faire connaître. Il n'entre pas dans notre esprit de généraliser les conclusions tirées de deux observations isolées. Toutefois, ces résultats confirment si parfaitement les opinions depuis longtemps affirmées et défendues par le professeur Guyon que nous sommes tentés de les considérer comme applicables à l'immense majorité des cas de rétrécissements uréthraux. Il va sans dire qu'il ne s'agit ici que du rétrécissement organique des auteurs, de celui qui résulte toujours d'un processus inflammatoire et n'a qu'une cause : l'uréthrite chronique.

Voici les principales indications anatomo-pathologiques que le microscope nous a fournies. Une seule description suffit pour les deux cas, car les altérations de l'un et de l'autre sont identiques. Notons aussi l'identité de leur siège : il s'agit de deux rétrécissements assez longs, siégeant tous deux au niveau du lieu d'élection habituel des coarctations uréthrales d'origine blennorrhagique, c'est-à-dire au niveau de la région bulbeuse. Tout d'abord, il était manifeste que l'urèthre, dans toute l'étendue de la portion rétrécie, était le siège d'un processus inflammatoire chronique qui se traduisait :

1° Sur la muqueuse, par une modification très appréciable de la nature de l'épithélium dont les cellules étaient devenues cubiques;

2° Dans le chorion, par un épaississement de cette membrane dont la trame était infiltrée d'un grand nombre d'éléments embryonnaires;

3° Dans les portions fibreuses du rétrécissement lui-même, par une vascularisation exagérée et une prolifération embryonnaire analogue à celle du chorion.

Pour n'y plus revenir, nous mentionnerons immédiatement un aspect spécial de la muqueuse elle-même, dû à des foyers nodulaires de prolifération épithéliale qui formaient à l'intérieur de la lumière uréthrale de petites saillies papilliformes. C'est surtout à la face inférieure de la paroi du canal que siégeaient ces petites productions.

Si maintenant nous examinons sur des coupes d'ensemble perpendiculaires à l'axe de la verge, la disposition de toutes les parties constitutives du conduit uréthral rétréci, voici dans quel état nous les trouvons.

Sur une coupe pratiquée *au milieu* du rétrécissement, on distingue à la face inférieure du canal une surface triangulaire dont le sommet tronqué se confond avec la muqueuse proprement dite et qui est entièrement constituée par un tissu fibreux serré, très dense et parcouru seulement par quelques vaisseaux capillaires. Du côté de l'albuginée du corps spongieux, cette masse fibreuse s'élargit à tel point que sa base occupe à peu près le cinquième de la circonférence de cette tunique. Par conséquent, le corps spongieux de l'urèthre a totalement disparu dans la portion où il est normalement le plus abondant et la muqueuse est reliée par cette sorte de pont fibreux à l'albuginée du corps spongieux.

De chaque côté de cette bande fibreuse et se confondant insensiblement avec elle par des travées de plus en plus lâches à mesure qu'on s'en écarte, on reconnaît le tissu spongieux dont les mailles sont absolument libres et ne présentent aucune trace d'oblitération soit par un coagulum phlébitique, soit par une prolifération des éléments de leurs parois. Mais ces deux segments latéraux du corps spongieux ne se rejoignent pas à la face supérieure du canal, et là encore on les retrouve séparés l'un de l'autre par un tissu complètement différent du tissu spongieux et dont la nature est difficile à déterminer si l'on ne se sert que de grossissements faibles. A l'aide d'objectifs puissants, on s'aperçoit que ce tissu un peu louche est constitué par une intrication intime d'éléments fibrillaires conjonctifs et d'*éléments élastiques* à fibrilles très fines. Cette zone de *tissu élastique*, immédiatement appliquée à la face supérieure de l'urèthre, n'appartient évidemment qu'au rétrécissement. On ne la rencontre nulle part ailleurs, sur aucun point de l'étendue du canal, soit au-dessus, soit au-

dessous du fuseau constricteur. D'ailleurs, comme la zone fibreuse de la face inférieure, elle semble s'être substituée, elle aussi, au tissu spongieux normalement peu abondant qui circonscrit l'urèthre à sa face supérieure. Cette substitution n'est pas totale comme celle de la face inférieure, car au-dessus des touffes de fibres élastiques dont il vient d'être question on distingue encore des vestiges de tissu spongieux normal.

En résumé, le cercle péri-uréthral comprend quatre segments parfaitement nets :

1° Un segment inférieur fibreux ;

2° Un segment supérieur élastique ;

3° et 4° Deux segments latéraux de tissu spongieux respecté.

Des coupes successives faites à partir de ce point central du rétrécissement jusqu'à ses extrêmes limites montrent que la lésion procède toujours du même type et donnent la clef de sa pathogénie. En effet, si l'on fait abstraction des intermédiaires et si l'on se borne à envisager le rétrécissement dans les portions où il est le plus réduit, on voit que les deux zones latérales de tissu spongieux s'augmentent en haut et en bas aux dépens des deux zones médianes de plus en plus restreintes. Un moment arrive même où la zone fibreuse inférieure n'est plus représentée que par une sorte de cloison verticale s'insérant à la face inférieure de la muqueuse. Bien plus, il est facile de s'assurer à l'aide de grossissements suffisants que cette formation d'une cloison fibreuse divisant incomplètement en deux parties le tissu spongieux sous-jacent au canal est une émanation de la muqueuse proprement dite. Celle-ci, en effet, présente toutes les modifications qui correspondent à un processus de phlegmasie chronique se propageant par contiguïté aux travées du tissu spongieux : vascularisation exagérée, prolifération d'éléments subissant la transformation fibreuse, multiplication des épithéliums glandulaires, etc., etc. Mais, à ce niveau encore, et ce fait est de la plus haute importance, il ne se passe absolument rien dans le tissu spongieux qui laisse à supposer que ce tissu soit le point de départ du processus phlegmasique.

Quant à déterminer avec exactitude l'origine de l'inflammation de la muqueuse, il est certain que l'âge de la lésion, malgré la persistance de l'inflammation, ne permet pas de résoudre aisément cette question. Il nous paraît cependant très vraisemblable que les foyers où l'intensité du processus atteint son maximum, sont les cavités glandulaires qui s'ouvrent en si grande abondance à la surface de la muqueuse uréthrale. On pourrait nous objecter que les glandes sont plus nombreuses à la face supérieure de ce conduit qu'à sa face inférieure. Mais c'est là une difficulté d'interprétation qui ne doit pas nous arrêter puisque malgré cette prédominance quantitative des glandes à la face supérieure, c'est toujours à la face inférieure de l'urèthre que se manifestent avec le plus d'intensité les processus de l'uréthrite aiguë et chronique.

Il nous paraît inutile de pousser plus loin l'analyse. Les faits qui viennent d'être résumés suffisent pour élucider quelques-uns des points obscurs auxquels nous avons fait allusion. Nous voulons parler surtout de la *pathogénie* du processus constricteur et des conditions de *dilatabilité* d'une partie déterminée de l'urèthre lorsque celle-ci est devenue le siège d'un rétrécissement organique.

A l'égard de la *pathogénie*, deux théories principales sont en présence. L'une, la plus ancienne, formulée surtout par A. Guérin et Mercier, refuse à la muqueuse toute participation active dans la production de la coarctation et attribue au corps spongieux le rôle primordial. Ces auteurs pensent, en effet, que, dans tous les cas, c'est au sein du tissu spongieux que se produisent les phénomènes initiaux du processus. En somme, tout se bornerait à une coagulation fibrineuse dans les mailles de ce tissu, bientôt suivie d'une phlébite périphérique déterminant à son tour une induration limitée. En d'autres termes, le tissu du rétrécissement se formerait en dehors de la muqueuse qui se laisserait purement et simplement repousser.

L'autre théorie, plus récente et actuellement admise par le plus grand nombre, localise dans la muqueuse l'origine du mal. Tout en admettant la transformation fibreuse du corps spongieux, ses partisans considèrent toujours cette transformation comme un épisode secondaire. C'est donc en quelque sorte la première théorie retournée.

Les deux faits que nous avons observés corroborent pleinement cette manière de voir. D'ailleurs, n'existe-t-il pas une catégorie de cas où le doute est impossible? Quelques auteurs, M. Smet en particulier, ont, à ce propos, fourni de bons arguments. Nous nous contenterons de rappeler ici une observation tout à fait concluante de M. Guyon. Dans une opération d'uréthrotomie externe nécessitée par un rétrécissement bulbaire très serré et infranchissable, notre maître a pu constater, grâce à une dissection minutieuse, l'intégrité absolue du bulbe au niveau même du point rétréci.

Mais il est des cas où l'interprétation est autrement difficile. Le tissu spongieux peut être, comme dans nos observations, complètement envahi par la néoplasie fibreuse et c'est alors qu'il devient malaisé de déterminer le point de départ du processus. Cependant, nous avons vu que vers les extrémités du segment rétréci, le maximum d'intensité de la lésion inflammatoire occupait la muqueuse elle-même et que les altérations du tissu spongieux n'étaient que secondaires et comme accessoires. Il est donc bien évident que si l'atrésie a pour cause effective l'envahissement plus ou moins complet du tissu spongieux par ces sortes de fusées scléreuses que nous avons décrites, on doit reconnaître que le point de départ de celles-ci réside toujours dans la muqueuse elle-même.

Il est un autre fait que l'examen microscopique met en pleine lumière : un rétrécissement acquis, si ancien qu'il soit, si torpide qu'il paraisse, est toujours fatalement une sorte de foyer d'inflammation chronique. De cela fait foi la multiplication incessante des éléments épithéliaux du conduit uréthral. Ainsi s'explique l'envahissement progressif et en quelque sorte nécessaire des parties sous-jacentes à la muqueuse par l'extension des phénomènes phlegmasiques aux deux extrémités du segment rétréci.

Un dernier point nous reste à traiter.

Nous avons dit qu'il existait à la partie supérieure de l'urèthre dans toute l'étendue du rétrécissement une *zone de tissu élastique* intercalée entre les deux zones latérales du tissu spongieux resté sain. Il nous serait difficile de préciser la provenance de ce tissu élastique. Est-il tout entier de formation nouvelle? Cela est peu probable, bien que certains auteurs, Kolliker en particulier, admettent comme une chose possible le développement pathologique du tissu élastique dans des régions où il n'existe pas à l'état normal.

Faut-il, au contraire, considérer la zone en question comme n'étant constituée que par le tissu élastique de la muqueuse devenu plus abondant sous l'influence du travail phlegmasique? Cette interprétation, si peu attrayante qu'elle paraisse, nous satisferait cependant plus que la précédente ; l'exiguïté des fibrilles, leur enchevêtrement inextricable plaident dans ce sens. Quoi qu'il en soit, le fait existe, il se manifestait en toute évidence dans les deux cas que nous avons étudiés.

L'existence possible d'un tissu à propriétés élastiques à la partie supérieure des rétrécissements de l'urèthre offre une grande importance. Elle nous montre, en effet, que la paroi supérieure de l'urèthre, celle que M. Guyon nomme à si juste titre la *paroi chirurgicale de l'urèthre*, peut rester *élastique* alors même que le conduit est modifié par le processus habituel des rétrécissements organiques. Les conséquences de cette proposition sont, on le conçoit, nombreuses, mais ce serait dépasser les limites de cet article que de leur donner tous les développements qu'elles comportent. Nous signalerons seulement deux points essentiels mis en lumière par l'enseignement du professeur Guyon.

La survie des propriétés *élastiques* à la partie supérieure des rétrécissements a pour corollaire immédiat la *dilatabilité* possible de la même région. Elle nous montre aussi comment toute incision longitudinale partant à ce niveau sera immédiatement suivie d'un écartement permanent des bords de la plaie. Or, ces deux faits dominent l'histoire de l'uréthrotomie interne. Ils suffisent à dicter le lieu d'élection de l'incision et ils expliquent comment les rétrécissements antérieurement uréthrotomisés peuvent rester dilatables. L'incision, en effet, ne doit-elle pas toujours porter sur la paroi supérieure, sur la paroi chirurgicale? Là, comme le dit M. Guyon, pas de sections vasculaires importantes à redouter. De plus, cette paroi soutenue et tendue par les corps caverneux « comme le sont les téguments par les doigts d'un aide habile, ne saurait se plisser ni fuir devant l'instrument ». Enfin, c'est le point du rétrécissement qui présente au plus haut degré la propriété d'élasticité. Nous en connaissons maintenant le pourquoi. Grâce à cette *élasticité localisée*, on obtient l'écartement définitif des bords de la plaie opératoire. On met « une pièce au canal », comme le disait Reybard, et pour que cet écartement se maintienne, pour que la cicatrisation de la plaie ne se fasse point bord à bord, pas n'est besoin de maintenir mécaniquement à distance et encore moins d'écarter violemment par une grosse sonde les lèvres de l'incision. Ce dernier précepte est trop souvent oublié et cela au grand détriment des malades.

Quant à la *dilatabilité* des rétrécissements antérieurement uréthrotomisés, son interprétation devient évidemment fort simple si la paroi supérieure des rétrécissements reste élastique. Il suffira pour cela que les dimensions de l'incision soient conformes aux règles opératoires qui ont donné tant de succès au professeur Guyon; il suffira, disons-nous, que cette incision soit méthodique et peu profonde. En procédant ainsi, la zone élastique ne subira pas de transformation nodulaire, l'un de nos examens histologiques le démontre, et c'est pourquoi les tentatives ultérieures de dilatation méthodique progressive trouveront dans les propriétés du canal toutes les conditions voulues pour être couronnées de succès.

Cette dilatabilité des rétrécissements antérieurement uréthrotomisés est une des questions les plus importantes de la chirurgie. Méconnue par beaucoup d'auteurs, elle a été mise en évidence par l'enseignement de notre maître, M. Guyon. Pour lui, le fait est constant. Les observations démonstratives qu'il possède sont fort nombreuses (E. Monod, *Etude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe*, th. de doct., Paris, 1880). Au surplus, il suffit de suivre quelque temps les cliniques de l'hôpital Necker pour en acquérir soi-même la conviction intime.

La dilatabilité des rétrécissements après uréthrotomie, l'écartement spontané et permanent des lèvres de la plaie opératoire faite en plein tissu malade et les conséquences thérapeutiques qui en découlent ont depuis longtemps éveillé l'attention de M. Guyon. La localisation des propriétés élastiques du tissu pathologique au niveau de la paroi supérieure des rétrécissements est aussi une disposition que de nombreuses observations macroscopiques lui ont révélée. Aussi, M. Guyon enseigne-t-il depuis longues années qu'il *doit* exister du tissu élastique à la partie supérieure des rétrécissements provoqués par l'uréthrite. Si solides que fussent les bases de cette induction, nous avons pensé qu'il était intéressant d'en fournir la démonstration histologique.

Pathologie externe.

Recherches expérimentales sur la laparotomie et la cystoraphie dans les plaies pénétrantes intrapéritonéales de la vessie (applications a la taille hypogastrique). Mémoire présenté au Congrès d'Alger (Association française pour l'avancement des sciences), par M. le docteur E. Vincent, professeur agrégé, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon (1).

Jusqu'à ce jour, toutes les perforations (déchirure, rupture, etc.) intrapéritonéales de la vessie ont entraîné la mort, excepté dans le cas unique de Walter, de Pittsburg, qui recourut à la laparotomie. Le seul moyen capable d'arracher à une mort certaine les blessés qui ont une perforation de la vessie, avec épanchement d'urine dans le péritoine, quelle qu'en soit la cause, est, en effet, d'ouvrir la cavité abdominale pour enlever l'urine et le sang épanchés. Walter s'en tint là. Ce n'est point assez. Il faut, en outre, suturer la plaie vésicale pour tarir la source même de l'épanchement, et, après avoir procédé à la toilette antiseptique du péritoine, il faut, enfin, réunir *lege artis*, la section des parois abdominales. Le pansement de Lister doit être appliqué rigoureusement, comme dans une ovariotomie, par exemple. La méthode antiseptique justifie ce mode d'intervention par les nombreux succès qu'elle a procurés à la chirurgie péritonéale, d'autant plus que la mort est à peu près fatale, si l'on ne fait rien ou si l'on s'adresse à d'autres moyens.

Walter a réussi sans suture, parce qu'il a opéré dix heures seulement après l'accident; Willett et Heath ont échoué en suturant, non point à cause de la suture, qui est le complément rationnel de l'opération, mais parce qu'ils ont opéré trop tard, le premier trente heures, le second quarante heures après la déchirure. Leur procédé de suture était, en outre, défectueux. De l'analyse des trois faits cliniques connus, il semble se dégager nettement cette conclusion qu'il importe souverainement de recourir le plus tôt possible à la laparotomie, et, en second lieu, que la suture de la vessie exige des soins particuliers pour ne point faiblir promptement.

En présence de l'incertitude des esprits à l'endroit de la laparotomie, et à l'endroit aussi de la possibilité d'établir une suture vésicale résistante, nous avons fait, chez le chien, un certain nombre (29) d'expériences, dans lesquelles, après avoir ouvert le ventre, énucléé la vessie, nous infligions à cet organe des perforations étendues (4 à 5 centimètres) par déchirure, section, excision, cautérisation ignée, coup de feu, pour procéder ensuite à la toilette de la cavité péritonéale et à la cystoraphie au bout d'un laps de temps variable.

Ces recherches expérimentales avaient pour second et non moins important objectif, de trouver un moyen de cystoraphie assez sûr pour dissiper les hésitations des chirurgiens à l'égard de la substitution de la taille hypogastrique aux autres procédés de cystotomie, au moins chez l'enfant.

La taille hypogastrique nous semble devoir s'imposer, dans l'avenir, au choix du chirurgien, de préférence à tous les autres procédés de cystotomie.

Voici le résultat de nos recherches expérimentales, et les déductions que nous en tirons :

1° Les solutions de continuité intrapéritonéales de la vessie sont capables de se réunir par première intention à la faveur d'une bonne suture.

La réunion s'accomplit avec une très grande rapidité par toutes les couches de la vessie, mais surtout par la tunique séreuse dont la prolifération commence peu d'instants après la coaptation. C'est donc à la couche péritonéale qu'il faut

(1) Voir pour plus de détails : *Revue de chirurgie*, numéros de juin et de juillet 1881.

s'adresser particulièrement dans l'établissement de la suture.

En rapprochant de très près les anses de fil, en évitant de les faire pénétrer au delà de la muqueuse, en réalisant un adossement très large et très serré de la tunique péritonéale, en doublant et superposant les rangées de points, comme nous l'avons fait dans nos expériences et comme nous conseillons de le faire chez l'homme, on obtient une suture très solide, qui résiste au ténesme vésical, à la distension et au retrait de la vessie, en un mot, à tous les efforts de contraction active ou d'expansion passive que le réservoir urinaire accomplit ou subit, dès l'instant où la réunion des parties divisées le met en demeure de reprendre ses fonctions physiologiques.

En pratiquant la suture comme nous l'indiquons, il n'y a pas à redouter l'apparition ultérieure de fistules, soit entre les anses de fil, soit autour des fils, accident qui survient lorsqu'on espace trop les fils, lorsqu'on fait pénétrer les anses au delà de la couche épithéliale de la muqueuse, lorsqu'on ne réalise pas un adossement étendu des surfaces séreuses. Avec notre suture, on n'a pas à craindre l'accident qui a préoccupé quelques chirurgiens, savoir : la formation de concrétions lithiques autour des fils, à la suite de leur chute dans l'intérieur de la vessie.

Les fils restant dans l'épaisseur de la paroi, ne prenant appui que dans les couches superficielles, ne désertent point la surface de l'organe pour gagner sa cavité. Les fils organiques de catgut et même de lin ou de soie, finissent par se dissocier et par disparaître. Nous reprochons au catgut de se résorber trop vite, quelquefois avant que les processus plastiques aient eu le temps d'assurer l'adhésion des parties. Le catgut n'est point non plus très maniable; on a de la peine à le nouer, et sa friabilité empêche de serrer suffisamment les nœuds. Pour ces motifs, nous lui préférons, surtout lorsqu'on ne fait qu'un plan de suture, le fil de lin ordinaire phéniqué. — Les fils métalliques demeurent en place comme des corps inertes et inoffensifs dans leur poche d'enkystement. — Fils organiques et fils métalliques doivent être coupés très près du nœud, afin de laisser le moins possible de corps étrangers dans la cavité péritonéale, à la surface de la vessie. — Lorsqu'on fait plusieurs plans de suture, il faut employer le *catgut*, ou le fil de lin, pour les plans profonds, et réserver le fil métallique pour le plan superficiel.

Avant de fermer la boutonnière abdominale, il sera utile, chez l'homme, de s'assurer des bonnes conditions mécaniques de la suture, en poussant une injection colorée et indifférente dans la vessie.

2° Les perforations par armes à feu se comportent comme des perforations par instrument tranchant, lorsqu'il n'y a pas de brûlure marginale intense. S'il y a brûlure et contusion à un degré notable, il est indiqué d'aviver les bords, jusqu'à ce qu'on arrive sur des tissus qui saignent à la coupe, et de faire ensuite la suture comme dans une plaie par instrument tranchant.

L'avivement doit être fait aussi sur les bords diphthéroïdes d'une perforation, lorsqu'on procède tardivement à la cystoraphie, dans les autres genres de solution de continuité.

La déchirure de la presque totalité de la vessie avec dilacération des tuniques, avec attrition des tissus, constitue un traumatisme de la plus haute gravité. Néanmoins, il ne faut pas hésiter à recourir à la suture des parties avec le plus grand soin. On réussit quelquefois contre toute espérance. Moins étendue, la déchirure guérit très bien *per primam*, avec la cystoraphie, même quand elle intéresse la moitié de la vessie. Les perforations par instruments tranchants se réparent avec la plus grande facilité sous la suture. Le succès a été constant, lorsque nous avons pris quelques précautions contre la septicémie.

Les pertes de substance par excision se comportent comme les perforations par instruments tranchants.

Les ponctions capillaires, ou les perforations reconnaissant pour agent un instrument piquant de petit diamètre, guérissent spontanément et peuvent être considérées comme entièrement innocentes.

3° En thèse générale, dans nos expériences, la réunion immédiate a été la règle pour les perforations intrapéritonéales de la vessie par déchirure, par instruments tranchants ou par armes à feu, lorsque nous avons fait la cystoraphie immédiate.

L'opération curative (c'est-à-dire : réouverture du ventre, suture de la vessie, enlèvement de l'urine et du sang épanchés dans la cavité péritonéale, suture de l'incision des parois abdominales) a été suivie de guérison encore, lorsqu'elle a été pratiquée six heures et demie (exper. XV), huit heures et demie (exp. XXII), après la perforation de la vessie accompagnée d'épanchement intrapéritonéal d'urine et de sang. Ces faits expérimentaux concordent bien avec le fait clinique de Walter.

Mais, pratiquée vingt-cinq heures (exper. XVIII, XXI), vingt-quatre heures et demie (exper. XIX), vingt-cinq heures et demie (exper. XXIII), trente heures et quarante-huit heures après l'ouverture intrapéritonéale de la vessie, l'opération a constamment échoué, et les animaux semblent avoir succombé, plutôt à l'intoxication urineuse qu'à la violence de la péritonite. Ces résultats sont en concordance avec les observations de Willett et de Heath.

4° En vertu de l'analyse des faits cliniques, en vertu des résultats de nos expériences sur les animaux, nous croyons pouvoir établir cette loi : que la *laparotomie et la cystoraphie doivent être hâtives, comme la kélotomie.* Dans la chirurgie civile, l'opération hâtive est parfaitement exécutable, comme la kélotomie, à la condition bien entendu, que le blessé se présente assez tôt et que le chirurgien pose avec assurance un prompt diagnostic suivi promptement de l'opération. Du reste, une erreur de diagnostic qui conduirait à faire une laparotomie, sans qu'il y eût effectivement perforation de la vessie et issue d'urine dans le sac péritonéal, serait moins grave qu'une erreur de diagnostic qui lierait les mains du chirurgien, alors que la perforation et l'épanchement existent réellement. Grâce à la laparotomie, on reconnaîtrait les causes qui ont donné le change et l'on pourrait y porter remède. Ces considérations doivent rendre le chirurgien moins timide à se prononcer et à agir, dans une situation où le *temps vaut la vie*. Les procédés antiseptiques autorisent aujourd'hui ce qui eût été jadis une témérité impardonnable. Autre temps, autre chirurgie.

Les traumatismes dont nous nous occupons sont très rares en temps de paix (excepté peut-être les ruptures et déchirures chez les Anglais et les Américains), ils sont plus fréquents en temps de guerre. La laparotomie peut-elle être appliquée aux perforations causées par les projectiles de guerre? Nous avons vu, dans nos expériences, les plaies par armes à feu guérir grâce à l'opération. Il faut donc pratiquer celle-ci, et ne plus dire qu'il ne vaut pas la peine de ramasser un soldat qui a une balle dans la vessie et de l'urine épanchée dans le ventre. Non, ce soldat doit être ramassé comme les autres blessés, et, plus vite que beaucoup d'autres, il doit être opéré. On le peut avec les services d'ambulance actuels; donc on le doit. La tentative mérite au moins d'être faite. Nous ne doutons pas qu'en recourant à l'opération hâtive, les statistiques de l'armée, si navrantes au chapitre des perforations intrapéritonéales par armes à feu, ne s'améliorent sensiblement.

Les résultats que nous avons acquis, en ce qui concerne la suture, peuvent être utilisés au profit des perforations extrapéritonéales, et notamment au bénéfice de la taille hypogastrique. Si la cystoraphie immédiate réussit, à coup sûr, quand elle est bien faite, pourquoi ne pas donner, en thèse générale, la préférence à la taille sus-pubienne? Avec la méthode antiseptique, le danger de la péritonite est à peu près sûrement conjuré. Avec la suture adossée, on n'a plus à craindre l'infiltration ni les fistules urinaires. Dans la taille hypogas-

trique, la vessie étant ouverte sur une partie non revêtue de péritoine, il faudra, avant de procéder à la cystoraphie, aviver obliquement les bords de la section, à l'instar du procédé dit américain pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. De cette façon, on pourra réaliser un adossement convenable de surfaces cruentées de la couche musculeuse, qui jouit de propriétés plastiques très actives. La suture sera faite comme nous l'avons indiqué ci-dessus. Les mêmes procédés sont applicables aux plaies accidentelles ou opératoires de l'utérus, de l'estomac, etc...

En terminant, nous redisons encore en manière de conclusion générale : *la laparotomie doit être hâtive, et la cystoraphie doit réaliser un large adossement de surface péritonéale ou cruentée.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Aucune communication relative à la médecine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE 1881.—PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un rapport de M. *Walter Knaggs* (de Singapore) concernant un remède contre la morsure des serpents venimeux. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande faite par M. Gruhier, à l'effet d'être autorisé à exploiter, pour l'usage médical, l'eau d'une source qu'il possède à Gouvieux (Oise). (*Commission des eaux minérales.*)

M. le ministre de la marine et des colonies demande du vaccin pour être envoyé à Gorée où sévit une épidémie de variole parmi les noirs.

M. le docteur *Le Carrec* envoie le relevé des vaccinations qu'il a pratiquées en 1881 à Plouaix (Morbihan). (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Beaufumé* (de Châteauroux) adresse trois échantillons de sable intestinal, qui sont renvoyés à l'examen de M. Laboulbène.

M. *Legouest* présente, au nom de M. le docteur *Daga*, un mémoire sur la fièvre typhoïde qui a régné à Nancy pendant les années 1878-1879. (*Commission des épidémies.*)

Inoculation de la péripneumonie contagieuse.— « M. *Leblanc* est un grand adversaire de l'inoculation de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes », déclarait M. Bouley dans la communication qu'il faisait à l'Académie il y a trois semaines sur ce sujet; et de fait, M. Leblanc ne manque pas de venir développer les propositions suivantes : Cette maladie peut se développer spontanément dans certains pays et sous l'influence des causes connues depuis le siècle dernier; l'inoculation du sérum pulmonaire ne provoque pas une maladie analogue, même sous une forme atténuée, à la pleuro-pneumonie contagieuse, et, en cas de mort, on ne trouve aucune trace des lésions caractérisant cette maladie; les effets de l'inoculation présentent de telles variations, tant au point de vue de l'évolution qu'à celui de l'intensité des accidents consécutifs, qu'on ne peut les regarder comme analogues à ceux obtenus par l'inoculation du virus des autres maladies contagieuses; l'inoculation est dans nombre de cas impuissante à conférer une immunité même de courte durée; la préservation, au cas où on l'admettrait, ne paraît être que de six mois, comme les expériences de réinoculation tendent à le prouver; l'exécution stricte des mesures prescrites par les règlements de police sanitaire donnerait des résultats aussi satisfaisants et moins coûteux. M. Leblanc termine en exprimant de nouveau le regret qu'en présence des résultats douteux obtenus depuis trente ans, on ait voté une loi prescrivant l'inoculation obligatoire au risque d'imposer au pays de grands sacrifices sans résultat certain.

Vaccination animale. — Pour M. le docteur *Burq*, le vaccin de génisse est de beaucoup inférieur au vaccin humain. S'appuyant sur les travaux de la Conférence médicale de Paris en 1870 et commentant les déclarations d'insuccès émanées des témoignages d'un grand nombre de médecins, il s'efforce d'établir que les insuccès ne tiennent pas seulement, comme on l'avait cru, à l'expression trop grande des boutons pour en extraire la matière vaccinale, mais à une inoculation trop étendue. Il rappelle, en effet, en ce qui concerne sa pratique particulière, que, chaque fois que les piqûres faites sur un même animal devenaient plus nombreuses, le vaccin ne donnait plus que des résultats très incertains ou même nuls et ne pouvait voyager. Cependant le mode de préparation et d'envoi était excellent, si l'on en juge par la parfaite conservation du vaccin en tubes, datant de 1870, qu'il présente à l'Académie. M. Burq en conclut qu'il n'y a par suite aucun avantage à préférer le vaccin de génisse, qui peut tout au plus fournir quelques rares succès, et peut avoir, en outre, des inconvénients pour l'alimentation de ceux auxquels la viande de l'animal est vendue. Aussi pense-t-il qu'il est préférable de rechercher un moyen de parceller et de conserver le vaccin humain, de manière à multiplier autant que possible les ressources vaccinales ordinaires. M. Burq a imaginé à cet effet un appareil qu'il se réserve de présenter en même temps qu'il complétera sa présente communication. — Le mémoire de M. Burq est renvoyé à la Commission permanente de vaccin.

REVUE DES JOURNAUX

La chaussure du soldat, par le docteur Du Cazal.

Les considérations anatomiques et physiologiques sur lesquelles on doit se fonder pour arriver à déterminer quelle est la chaussure la plus avantageuse aux soldats, intéressent tous les médecins. Cette question a été étudiée déjà par Hyrtl, Meyer, Broca, Tourraine, etc. Après eux le docteur Du Cazal examine successivement toutes les déformations, toutes les infirmités que peut faire naître une chaussure mal faite; il arrive ensuite à établir quelle doit être la *chaussure rationnelle.* Déjà adoptés en Italie, en Allemagne et en Suisse, certains modèles conviennent infiniment mieux que les grossiers brodequins en usage dans l'armée française. Il faut lire, dans le travail de M. Du Cazal, tous les détails techniques qu'il donne pour bien comprendre l'importance et l'intérêt d'une réforme qui aurait pour résultat de rendre infiniment plus faciles les longues étapes de nos soldats. (*Revue militaire de médecine et de chirurgie*, 1881.)

L'anasarque dans la pleurésie purulente, par M. Rondot.

Les œdèmes plus ou moins généralisés ne sont pas rares dans la pleurésie purulente. On les observe ordinairement à la période de cachexie, et ils s'accompagnent souvent d'albuminurie ou résultent de complications cardiaques.

Ce ne sont pas ces œdèmes tardifs que M. Rondot a particulièrement en vue, mais bien ceux qui accompagnent la période aiguë de la pleurésie purulente, et qui disparaissent avec l'épanchement. Tantôt l'œdème se généralise ; dans d'autres cas il est partiel, occupant la face ou le tronc, et les membres supérieurs; ailleurs il s'étend peu à peu à tout le tissu cellulaire. Quand il gagne la poitrine, c'est ordinairement du côté malade qu'il s'accentue davantage. On sait depuis longtemps la valeur attribuée à ces œdèmes thoraciques pour le diagnostic de la nature de l'épanchement. Leur caractère essentiel est de diminuer ou de se dissiper à mesure que diminue l'épanchement, soit par le fait de la marche de la maladie, soit à la suite de ponctions.

Ces œdèmes accompagneraient également les collections purulentes du poumon lui-même, et disparaîtraient lorsque celles-ci s'évacuent par les bronches ou par une autre voie.

Dans la pleurésie séreuse ces œdèmes sont tout à fait exceptionnels.

L'auteur s'est assuré dans tous les cas de l'absence d'albumine dans les urines et a reconnu l'intégrité du cœur.

Il paraît dès lors difficile d'attribuer ces suffusions séreuses à des compressions exercées sur les troncs veineux thoraciques par l'épanchement pleural; et cependant la coïncidence de leur disparition avec l'évacuation de la plèvre autoriserait tout d'abord cette théorie pathogénique. L'état presque toujours grave déterminé par la présence du pus en grande quantité dans une séreuse ou dans le parenchyme pulmonaire, porterait à rapprocher ces œdèmes de ceux qui se produisent dans les maladies cachectiques arrivées à leur période terminale. Dans ces conditions la cachexie ne peut se modifier, et l'œdème persiste jusqu'à la mort. Il n'en est plus de même lorsque l'état général s'améliore par suite de l'évacuation spontanée ou artificielle du liquide. Les forces se relèvent, les phénomènes d'absorption redeviennent normaux, et l'œdème diminue ou disparaît. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.*)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons orales sur les phrénopathies, par le professeur J. GUISLAIN (de Gand). Tome II de la deuxième édition. J.-B. Baillière et fils, 1880.

Ce volume, qui contient les quinze dernières leçons du professeur de Gand, est spécialement consacré au pronostic et au traitement des affections mentales. On peut considérer comme une annexe de la partie thérapeutique les leçons dans lesquelles M. le docteur Guislain expose ses idées sur la construction et l'aménagement des asiles d'aliénés, sur les attributions des différents membres du service médical et du service administratif. On a joint au volume les indications capitales des plans des principaux asiles consacrés en Europe aux aliénés, et le plan complet de la nouvelle maison d'aliénés de Gand qui porte le nom d'*asile Guislain*. Ce n'est pas sans quelque étonnement que nous avons inutilement cherché, dans ces différents plans, celui d'un de nos principaux asiles français : l'asile Sainte-Anne, qui paraît réaliser la plupart des perfectionnements réclamés par l'auteur.

Nous nous contenterons ici de noter ce qui nous a particulièrement intéressé dans les chapitres consacrés au pronostic et au traitement des maladies mentales.

C'est exclusivement sur l'examen des documents cliniques recueillis dans les registres de son service que M. Guislain se base pour établir ses données pronostiques. Les principales indications se tirent de la forme morbide, de la marche de la maladie, de son ancienneté, de son étiologie, des accidents qui la compliquent, de l'âge du sujet, de l'époque de l'année où on observe.

On pourra espérer la guérison avec quelque assurance dans les mélancolies sans délire, et surtout sans délire partiel; dans les formes extatiques consécutives à des perturbations morales violentes chez des sujets non épileptiques; dans la polymanie furieuse à forme explosive, qu'on peut rattacher à une cause morale à action brusque et rapide. Les vésanies, sans idées dominantes, non accompagnées de paralysies, peuvent autoriser un pronostic favorable, surtout chez les sujets jeunes et vigoureux, intelligents et portés au travail.

La mélancolie à marche lente est d'un pronostic moins favorable, particulièrement quand elle s'accompagne d'hallucinations, de tendance au suicide, de mutisme, refus d'aliments, etc.

Les monomanies, les manies chroniques, périodiques, guérissent rarement.

On peut regarder comme incurables: les manies avec incohérence, amnésie, modification profonde de l'affectivité, convulsions, démence, penchants homicides, incendiaires; les paralysies générales à marche lente et progressive, surtout quand elles se compliquent d'épilepsie.

Ces conclusions sont assez généralement adoptées par les aliénistes.

Les chapitres consacrés à la thérapeutique présentent un intérêt particulier, en raison de la grande expérience de l'auteur qui a contrôlé lui-même les principales médications, et fixé autant que possible les indications de chacune d'elles.

Avant toutes choses, M. Guislain fait ressortir l'importance que prennent, dans la cure de l'aliénation, l'hygiène, les conditions de milieu et surtout les influences morales. C'est là qu'il faut puiser les éléments principaux de la médication. L'analyse psychologique des formes si variées de l'aliénation est le seul fond solide de toute intervention thérapeutique. Aussi l'expectation sage, la direction de l'aliéné, la diète morale, prennent-elles ici une importance capitale. C'est en s'inspirant de ces principes que l'auteur apprécie l'utilité de l'isolement, de la séquestration, et donne les principes généraux de la conduite à tenir en face des aliénés. Il repousse avec raison cette distinction arbitraire du traitement physique et du traitement moral, et fait remarquer la difficulté qu'on éprouve à faire la part des différents modes d'influence. La douche, par exemple, agit tout autant par la crainte qu'elle inspire au malade que par les modifications qu'elle apporte dans la circulation. Certains agents moraux, tels que l'intimidation, peuvent déterminer des troubles somatiques.

Arrivant à l'examen des différentes médications, les plus en vogue, l'auteur étudie successivement l'action de l'opium et des principaux stupéfiants; celle du sulfate de quinine, de la digitale, du chloral, du bromure de potassium, de la valériane, etc. Il passe également en revue les méthodes de traitement externe, bains chauds ou froids, bains prolongés, douches, etc., la méthode évacuante et révulsive, les saignées, la diète.

M. Guislain montre facilement que toutes ces médications ne sont pas applicables à la généralité des cas; qu'elles répondent à des indications spéciales, qu'il faut, avant toutes choses, préciser. C'est ainsi qu'il envisage dans une sorte de formule générale le traitement de l'aliéné; indiquant les mesures qu'il convient de prendre dans la majorité des cas, et arrivant ensuite aux indications que présentent les formes particulières d'aliénation : les conditions d'âge, de milieu, de maladie dans lesquelles se présente l'aliéné.

En somme, et il est bon de le répéter, sans dénier en aucune façon aux différentes médications une influence favorable dans des cas bien déterminés, M. Guislain reconnaît que le plus souvent ces médications n'ont qu'une valeur accessoire et cèdent le pas aux influences de l'hygiène, du régime envisagé dans sa plus large acception et du milieu moral dans lequel on saura placer l'aliéné.

B.

VARIÉTÉS

M. PASTEUR. — Les historiographes de cour ont souvent reproché aux souverains de trop exposer leur personne dans les batailles. Ce n'est pas un *reproche* que nous adressons à un des rois de la science, à M. Pasteur, parti pour Pauillac dans le but d'étudier la fièvre jaune, qu'on dit y avoir été apportée du Sénégal; ce sont de vives et sincères félicitations pour son courage et son dévouement. Mêlé depuis longtemps aux choses de la médecine, il a voulu, à l'encontre de Galien

fuyant devant la peste d'Aquilée, et à l'imitation de Chervin endossant à Cadix la chemise des victimes de la fièvre jaune et couchant dans leur lit, risquer sa vie pour la solution d'une question médicale, l'une de celles qui touchent le plus gravement aux intérêts de l'humanité. Il a noblement agi. Ce qui frappe, à un autre point de vue, en M. Pasteur, c'est l'empressement de bonne foi avec lequel il recherche toutes les occasions de mettre ses théories aux prises avec les faits, pendant qu'on essaie de les détruire par le moyen plus commode de l'argumentation.

M. Pasteur, croyons-nous, revient demain à Paris. Puisse-t-il avoir réussi dans sa généreuse entreprise!

NÉCROLOGIE : SCHUTZENBERGER. — Un grand deuil vient d'affliger l'Alsace et le corps médical. Le professeur Schutzenberger est mort le 22 septembre dernier, emporté en quelques jours par une pneumonie. Né en 1809, il avait été nommé en 1834 agrégé et médecin des hôpitaux, en 1845 professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine. Pendant trente-cinq ans, avec un zèle et un courage qui ne se sont jamais démentis, malgré les souffrances causées par une cruelle infirmité, il se donna tout entier à l'enseignement. Chercher de nouvelles méthodes pour mieux reconnaître ou mieux traiter les maladies, déterminer avec plus de précision les rapports qui peuvent relier entre eux des faits ou des phénomènes morbides incompris ou mal interprétés dans leur isolement, soumettre au contrôle expérimental les théories et les idées pratiques que chaque jour voit éclore, tel est le but qu'il s'était proposé. Rappelons, en quelques mots, tout ce qu'il a fait pour l'atteindre. Tous les ans, notre vénéré maître ouvrait son cours par une de ces allocutions magistrales qui, réunies et imprimées dans un volume dont nous avons jadis rendu compte (*Fragments de philosophie médicale*, in *Gaz. hebd.*, 1879, p. 241), résument aujourd'hui les principes philosophiques et la méthode scientifique dont il ne s'est jamais départi et qu'il aimait à désigner sous le nom de *rationalisme expérimental*. Tous les matins, il s'appliquait, au lit du malade ou dans un laboratoire d'anatomie pathologique, à former à la pratique ou à l'enseignement de la médecine les nombreux et fidèles disciples qui suivaient ses leçons. C'est de sa clinique que sont sorties les premières recherches sur la spirométrie, sur la température dans les maladies, sur la syphilis cérébrale, sur la périostite phlegmoneuse, les premières observations cliniques et diagnostiques faites en France sur l'embolie. C'est sous la direction et la responsabilité du professeur Schutzenberger, toujours prêt à accepter et à encourager les nouvelles méthodes thérapeutiques, que fut faite à Strasbourg la première opération d'ovariotomie, et cette première tentative n'a peut-être pas été sans influence sur les beaux travaux et les éclatants succès du docteur Kœberlé. Grâce à la collaboration du professeur Morel, la clinique de Schutzenberger a réalisé, l'une des premières en France, l'association journalière des études cliniques et des recherches d'anatomie pathologique et histologique.

Nous ne pouvons citer ici les nombreux mémoires ou les leçons cliniques dues à notre savant maître, non plus que les thèses qu'il a inspirées. La plupart de ces travaux ont été réunis dans son ouvrage intitulé *Fragments d'études pathologiques et cliniques*; mais nous devons une mention spéciale à ses études sur la *Réforme de l'enseignement supérieur et les libertés universitaires*. Lorsque, après avoir en vain lutté pour maintenir à Strasbourg cette Faculté alsacienne autonome, dernier souvenir des institutions françaises, Schutzenberger fut contraint de renoncer à l'enseignement, il se retira à l'île Jars, mais ce fut pour y continuer de rendre à tous ses concitoyens, à tous ses confrères, les services les plus éminents et les plus désintéressés, pour se dévouer à l'Association des médecins d'Alsace-Lorraine, à la Société de médecine, à toutes les œuvres inspirées par des idées de progrès et de liberté. L'indépendance de son esprit, la dignité de son caractère, la fermeté de ses convictions politiques le faisaient respecter de tous et il put, jusqu'à son dernier jour, grouper autour de lui et maintenir dans une foi et une espérance communes presque tous les médecins d'Alsace. Patriote et homme de bien, plein d'honneur et de délicatesse, aimé de tous ceux qui ont eu le bonheur de vivre dans son intimité, le professeur Schutzenberger laisse une renommée sans tache et d'ineffaçables souvenirs dans le cœur de tous ses anciens élèves.

L. LEREBOULLET.

— Les anciens élèves et les amis du professeur Schützenberger ont décidé qu'un monument serait élevé sur sa tombe. Une souscription va être ouverte, dans ce but, par la *Gazette médicale de Strasbourg*.

CHOLÉRA. — Nous résumons comme suit une correspondance du journal *le Temps*, en date du 23 septembre :

Le fléau paraît rester stationnaire à Aden. On a ici de bonnes raisons pour craindre que le résident anglais d'Aden soit entraîné à des appréciations trop optimistes, par son désir de ne pas arrêter le mouvement commercial d'Aden. On croit même pouvoir affirmer que le conseil international de santé s'est adressé à lord Dufferin pour qu'il use de son influence afin d'obtenir de ce résident des informations détaillées et précises. Un cordon militaire a été installé dans le sud de la province d'Yemen pour arrêter toute communication par terre avec Aden. On a aussi dirigé des troupes sur Djeddah et sur Hodeida pour assurer, au besoin par la force, l'accomplissement des quarantaines et repousser tout pèlerin qui ne tiendrait pas compte de l'interdiction d'entrée. Le conseil de santé ne s'est pas contenté de soumettre à la quarantaine les provenances d'Aden dans tous les ports de l'empire. Il a étendu cette mesure aux provenances de la côte africaine de la mer Rouge, du cap Gardafui jusqu'à Massova. Cette décision est d'autant plus utile que les communications sont constantes entre les ports de Barbera, de Zaïla et de Massova, et ceux d'Aden et de la côte d'Arabie. Le conseil international de santé d'Egypte a d'ailleurs pris une décision identique en frappant de quarantaine les provenances de la côte d'Arabie, et cela par le motif légitime que, le choléra existant à Aden depuis le mois d'août, les centres de l'Arabie ont pu être contaminés.

Mais ces mesures, on ne doit pas se le dissimuler, ne sauraient conjurer le danger qui menace le bassin de la Méditerranée. Dans ces territoires immenses, la surveillance, principalement par la voie de terre, est très difficile, et on se trouve chaque jour en présence de l'éventualité redoutable de l'invasion du fléau dans les lieux de pèlerinage de l'islamisme. Dans ce cas, c'est l'Egypte qui serait directement en danger par suite de son défaut d'organisation du service des quarantaines.

On a pu constater, lorsque la peste sévissait en Mésopotamie, toutes les imperfections du service sanitaire en Egypte. Il n'y existe pas un seul lazaret sur la côte de la Méditerranée. Quant aux provenances de la mer Rouge, elles sont soumises, en cas d'épidémie, à la quarantaine à El-Thor et aux Sources de Moïse. Mais il n'y a même pas sur ces deux points de lazarets organisés. Les passagers sont débarqués sur une plage sablonneuse; les vivres leur sont fournis par les navires qui les ont apportés, ou, à des prix très élevés, par des industriels venus d'Egypte. Le service médical est fait assez imparfaitement par des médecins égyptiens. Cette situation fâcheuse provient de ce que le gouvernement égyptien refuse de grever son budget des crédits nécessaires. Pour obvier à ces inconvénients, on a demandé aux puissances européennes une surélévation des tarifs sanitaires que les bâtiments ont à acquitter. Cette demande a été accueillie, mais la perception nouvelle ne commence que cette année; et pour le moment il n'y a pas de fonds disponibles. C'est d'autant plus fâcheux que c'est par l'Egypte que le bassin de la Méditerranée serait probablement contaminé.

— Le choléra a éclaté dans le royaume de Siam presque en même temps qu'à Aden. Il n'y avait pas reparu depuis 1873; mais, dès qu'au commencement de l'année 1881 les bambous se couvrirent démesurément de fleurs, il n'y eut pas un indigène qui ne s'attendît à la réapparition du fléau. Cette croyance est répandue dans toute l'Inde, même chez les étrangers; mais ceux-ci ayant aussi remarqué que, lorsque les bambous se couvraient entièrement de fleurs, les fruits étaient plus abondants que de coutume, c'est à l'abus de ces fruits qu'ils attribuent les diarrhées et le choléra.

La capitale du royaume, Bankok, est une ville bâtie sur l'eau comme Venise, aussi l'appelle-t-on la Venise de l'Est. Cela suffit pour qu'il n'y soit pris aucune mesure de propreté. On croit, comme nous avons cru, nous aussi, que le flux et le reflux de la mer suffisent au nettoyage de nos ports et des canaux qui y débouchent. Trop de fleurs de bambous, trop de fruits exquis peuvent peut-être contribuer à l'éclosion des germes cholériques; mais les charognes sans nombre, les effroyables immondices jetées dans le lit de la rivière sur laquelle Bankok repose n'y sont pas non plus étrangères.

Un steamer anglais, *la Consolation*, a quitté Bankok le 3 juillet,

c'est-à-dire en pleine épidémie, avec 400 passagers à destination de Haïnan et Shanghaï. *La Consolation* avait à bord des cholériques dont deux ont été ensevelis à Ko-si-Chou, et d'autres jetés à la mer. Avis de ce départ clandestin a été donné aussitôt à Shanghaï, où une quarantaine sévère attend sans doute à son arrivée l'imprudent bateau.

A la date du 9 juillet, le chiffre des décès à Bankok était évalué à 100 par jour, mais ce chiffre n'a rien de bien authentique dans une ville où il n'est pas fait de constatation officielle des décès ni des naissances. La mort y a déjà frappé cinq Européens et, dans ce nombre, figure malheureusement M. Ernest Blancheton, consul de France à Siam. Il est mort, le 18 juillet, après dix jours de maladie; l'attaque commença par un accès de fièvre, fut suivie d'une diarrhée qui, du 16 au 18, dégénéra en choléra. M. Blancheton est le troisième consul qui meurt dans ce poste empesté.

— On sait que le choléra a fait son apparition à la Mecque; les plus grandes précautions sont prises pour empêcher l'invasion du fléau en Egypte. La commission sanitaire a résolu de suspendre complètement les communications entre les côtes d'Arabie et d'Egypte pour les navires portant les pèlerins. Une stricte quarantaine est établie pour les bâtiments non infectés; les bâtiments atteints sont absolument exclus.

Du 2 au 18 septembre, il y a eu 133 cas de choléra à la Mecque; 102 des personnes atteintes du fléau sont mortes.

La nouvelle de l'apparition du choléra à Reggio, en Calabre, est absolument dénuée de fondement.

En outre, la correspondance télégraphique apporte les nouvelles suivantes :

Alexandrie, le 27 septembre. — La commission sanitaire a reçu une dépêche officielle de Djedda annonçant que le choléra a fait son apparition parmi les pèlerins de la Mecque.

— La correspondance télégraphique accuse aussi la présence du choléra à Shanghaï, à Hongkong et autres localités chinoises.

— Suez, le 28 septembre, 9 h. 30 m.— Le choléra venant de se déclarer à la Mecque, les pèlerinages pour cette ville seront probablement interdits, comme cela s'est déjà fait en 1874 et en 1875.

— Par suite de l'apparition du choléra, il a été décidé, à Constantinople, que les provenances d'Egypte seraient soumises à une inspection médicale. Les provenances de la mer Rouge seront soumises à la quarantaine. Les derniers avis d'Aden constatent que, du 2 août au 29 septembre, il y a eu 175 cas de choléra et 141 décès.

Fièvre jaune au Sénégal. — On écrit de Saint-Louis à la date du 8 septembre :

La fièvre jaune ne cesse pas ses ravages. Voici la situation de l'hôpital de Saint-Louis, du 24 août au 7 septembre : Entrées, 74; décès, 64. On cite parmi les morts : MM. Delarue, capitaine du *Condé;* Brunetot, capitaine du génie; Denizbeau et Liéault, capitaines d'artillerie; Bertin d'Avesnes, lieutenant d'infanterie de marine; Bertrand, médecin de deuxième classe; Tautin, sous-lieutenant d'infanterie; Frézard, aide-commissaire de la marine; Hugues, aide-pharmacien; Ganivet, auxiliaire civil du commissariat; Gonet, conducteur des ponts et chaussées; Salvador, président du tribunal civil de Saint-Louis; Sapin, maître armurier de la marine; Mme Joulland, dont le mari est capitaine d'artillerie de marine, etc.

La consternation règne dans la colonie; les magasins et les ateliers sont fermés. De plus on annonce que les populations du Fouta et du Cayar montrent des velléités d'insurrection, en présence des ravages causés par le fléau parmi la population blanche.

Ecole dentaire de Genève. — Au moment où s'agite la question de la réglementation de l'art dentaire en France, nous croyons devoir faire connaître l'organisation de l'*Ecole dentaire de Genève*, qui est une école d'Etat, dont l'ouverture aura lieu le 22 octobre prochain.

La *Commission de l'Ecole* est composée de MM. *Laskowski*, président; *Vulliot*, tous deux professeurs à la Faculté de médecine; *Raoul Pictet*, professeur à la Faculté des sciences; *Marcelin* et *Redard*, dentistes. Le programme de ces cours est le suivant :

Cours suivis dans la Faculté des sciences. — Physique : Professeur Wartmann; chimie inorganique : prof. Græbe; chimie analytique : prof. Denis Monnier.

Cours suivis dans la Faculté de médecine. — Anatomie normale : prof. Laskowski; physiologie : prof. Maurice Schiff; anatomie pathologique générale : prof. Zahn; clinique chirurgicale : prof. Julliard; histologie normale, anatomie normale et pathologique spéciale de la cavité buccale et de l'appareil dentaire, travaux pratiques d'histologie normale et pathologique : docteur Eternod, professeur suppléant.

Cours suivis dans l'Ecole dentaire. — Pathologie buccale, clinique buccale et dentaire, opérations, anesthésie : prof. C. Redard, docteur en médecine; obturation, aurification, prothèse : prof. Jules Marcelin; travaux pratiques dans les ateliers.

Cours libres. — Thérapeutique et matière médicale appliquée à l'art dentaire : Weber, dentiste autorisé; pathologie de la cavité buccale et de l'appareil dentaire : Willemin, dentiste autorisé.

Une des dispositions de la loi porte : « les docteurs en médecine, les officiers de santé, ainsi que les étudiants qui ont passé l'examen propédeutique en médecine, peuvent obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, après avoir suivi à l'Ecole dentaire l'enseignement de deux semestres et passé avec succès l'examen professionnel. »

Avis. — On demande un docteur en médecine à Estries-Saint-Denis (1400 habitants), chef-lieu de canton du département de l'Oise, situé à égale distance de Clermont et de Compiègne, à 70 kilomètres de Paris et au point d'intersection de plusieurs lignes de chemin de fer. — S'adresser au maire d'Estries-Saint-Denis.

— On demande également, à Champvans-les-Dôle (Jura), un médecin pour résider dans la commune et soigner une population de 1100 habitants. — S'adresser au maire de la commune.

Mortalité a Paris (38e semaine, du vendredi 16 au jeudi 22 septembre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 947, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 15. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 33. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 79. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 56. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 49; au sein et mixte, 40; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 79; de l'appareil circulatoire, 45; de l'appareil respiratoire, 51 ; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 38e *semaine.* — Faible augmentation de 12 décès (947 au lieu de 935, chiffre de la 37e semaine). L'épidémie typhique, notamment, s'il est permis d'en juger par le nombre des décès et des entrées dans les hôpitaux, serait en pleine décroissance : on a seulement compté cette semaine 29 décès par cette cause au lieu de 45 qui avaient été enregistrés la semaine précédente; et, d'autre part, le chiffre des admissions dans les hôpitaux est descendu d'une semaine à l'autre de 98 à 81. La scarlatine a seulement occasionné 2 décès (au lieu de 10); la diphthérie 33 (au lieu de 42). Par contre, le chiffre des décès par variole s'est un peu élevé (15 décès au lieu de 10), mais la morbidité ne confirme heureusement pas ce que cette différence en plus aurait d'inquiétant. Le nombre des décès par athrepsie continue à être relativement peu élevé; le présent bulletin en accuse 93.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 6 octobre 1881.

Académie de médecine : INOCULATION DE LA PÉRIPNEUMONIE DES BÊTES A CORNES. — LE SERVICE DE SANTÉ EN TUNISIE. — CIRRHOSE ATROPHIQUE DE LAENNEC. SCLÉROSE ATROPHIQUE DU FOIE. — A PROPOS DU PROJET RÉCENT DE RÉGLEMENTATION DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE.

Inoculation de la péripneumonie des bêtes à cornes.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été remplie par une très heureuse réponse de M. H. Bouley au discours lu dans la séance précédente par M. Leblanc, et relatif à l'inoculation de la péripneumonie des bêtes à cornes. Aux insuccès allégués par son adversaire, l'orateur a opposé une série de succès obtenus en divers pays par de nombreux vétérinaires, et le pivot de la discussion s'est trouvé ainsi rouler sur une question de philosophie scientifique : celle de la valeur relative des faits positifs et des faits négatifs. Sur cette question, nous nous sommes expliqué plusieurs fois. Nous avons d'autant moins à y revenir ici qu'il en est dit quelques mots au compte rendu de la séance.

Le service de santé en Tunisie.

Nous avons hésité longtemps avant de rendre publics les documents qui nous ont été adressés depuis le commencement de l'expédition de Tunisie. Nous espérions toujours, en effet, qu'éclairée par les rapports de ses fonctionnaires, l'administration de la guerre prendrait d'urgence les mesures capables de remédier au mal causé jusqu'à ce jour par une imprévoyance et une incurie vraiment coupables. Et, persuadé qu'après une aussi triste campagne on ne contesterait plus les arguments de ceux qui, prétendant décharger l'Intendance d'une tâche au-dessus de ses forces, réclament l'autonomie du corps de santé, nous attendions un document officiel qui avouât loyalement les fautes commises et en indiquât le remède. Mais voici qu'après les euphémismes des dépêches officielles, après les circulaires recommandant aux chefs de corps de faire respecter à tous la consigne du silence, une lettre signée par M. le général Farre vient affirmer encore qu'aucun reproche d'imprévoyance ne peut être adressé à son administration. « En présence du faible effectif des troupes en expédition, comparé aux immenses ressources sanitaires organisées par mon département pour être toujours à la hauteur des besoins d'une mobilisation générale de l'armée, il n'y avait évidemment pas lieu, dit le ministre, d'organiser des ambulances ou des établissements hospitaliers auxiliaires. » Nous n'avons pas à rechercher, en ce moment, si les offres adressées à l'administration de la guerre par la Société de secours aux blessés, ou par toute autre Société civile, pouvaient être accueillies. Pour des motifs que nous avons déjà exposés bien souvent, nous pensons que tous les services de l'armée doivent être soumis à une direction et à une discipline communes, et que les Sociétés de secours auraient pu, en Tunisie comme ailleurs, rencontrer bien des difficultés et causer bien des embarras. Mais il nous faut protester énergiquement et par un ensemble de faits précis contre des allégations qui tendent, après plusieurs mois, à égarer encore l'opinion plublique et à nier des fautes qui ont coûté la vie à un grand nombre de nos soldats. Le temps nous paraît donc venu de dire enfin la vérité, de montrer pourquoi, pour la première fois depuis qu'il existe un *Moniteur officiel de l'armée* et un *Annuaire du corps de santé*, le ministère a tenu secrètes les mutations des médecins envoyés en Tunisie; pourquoi l'on a désavoué la circulaire adressée aux médecins civils dans le but de solliciter leur concours, alors que les aides-majors font partout défaut; pourquoi une circulaire administrative a osé accuser de désertion ceux des médecins qui ont quitté, malades ou mourants, le corps expéditionnaire; pourquoi enfin un médecin principal, il y a quelques mois à peine médecin en chef du quartier général du corps expéditionnaire de Tunisie, a été désigné brusquement pour une mission exceptionnelle, qu'un médecin inspecteur, membre du Conseil de santé, paraissait seul à même de diriger avec indépendance et de mener à bonne fin. Nous nous efforcerons, dans ce résumé fidèle des lettres que nous avons sous les yeux, de ne rapporter que des faits dont nous pouvons garantir la parfaite exactitude, et de n'entrer dans aucun détail étranger au sujet

qui seul doit nous intéresser ici. Mais on comprendra les motifs qui nous obligent à ne citer aucun nom, et à ne désigner que par des initiales les localités d'où nous sont venus nos renseignements.

Lorsque fut décidé l'envoi en Tunisie d'un corps d'armée dont l'effectif était peu considérable, alors que nulle épidémie n'était à craindre, que les approvisionnements de toute nature pouvaient facilement être préparés, le service des subsistances et celui des ambulances régimentaires, enfin l'organisation sanitaire du corps d'armée méritaient déjà les plus vives critiques. Les citations suivantes en donnent la preuve.

« L'organisation sanitaire, nous écrit un de nos confrères, est en plein désarroi. M. Baudoin, médecin principal, est médecin en chef de l'ambulance du quartier général, mais il n'est point ou ne croit pas être médecin en chef du corps d'armée. Nos rapports, qu'il a reçus depuis l'entrée en campagne, lui signalent tout ce qui nous manque. Il n'y a fait aucune réponse. Il n'en a pas le droit, dit-il. Peut-être les a-t-il transmis à l'Intendance. Mais, en attendant, nous ne recevons ni fournitures ni médicaments. Les aides-majors manquent. On nous en annonce. Mais, jusqu'à ce jour, je reste seul à S... sans paillasses, sans couvertures, sans médicaments. »

Un autre de nos confrères, médecin de régiment, nous envoie le relevé journalier de ses observations. Nous y lisons ce qui suit :

« Avant même que nous eussions franchi la frontière, dès le 20 avril, à E..., en Algérie, nous manquions déjà de pain. On n'en distribuait qu'un tiers des rations de l'effectif. Les moyens de transport et d'évacuation faisaient défaut. Ce fut bien pis, cela se comprend, une fois arrivé en pays kroumir. Le 28, après un jour de combat et de marche à travers un pays des plus difficiles du monde, les hommes, depuis deux jours, ne mangent que du biscuit... Le 8 mai, la misère des troupes, en marchant de S... à A..., est inénarrable. Un convoi est envoyé à R..., centre d'approvisionnements, pour y chercher des vivres. Le 12, il n'est pas revenu. Le 13, on ne fait aucune distribution de vivres. Les jours suivants on ne donne qu'un tiers de ration de pain moisi. Le 18, pas de distribution de pain depuis deux jours. Le 20, un convoi apporte trois rations de biscuit et une demi-ration de pain. Pas de pain jusqu'au 22. Ce n'est qu'à partir du 25 que l'on écoute enfin les réclamations du commandement et que le ravitaillement est assuré par T... Ainsi l'Intendance a été incapable de faire vivre un corps de 12 000 hommes à 45 kilomètres tout au plus de la frontière algérienne. Jamais on n'a envoyé une seule pomme de terre. Jamais de vin pour la troupe. L'eau est mauvaise; on ne songe pas à nous fournir du thé. Je n'ai depuis le 20 ni opium, ni bismuth, ni ipéca, et je vois chaque jour des dysentériques. Aussi tous nos hommes sont-ils revenus dans un état de débilitation incroyable. »

Tels ont été les débuts de la campagne. On comprend dès lors qu'au bout de peu de temps les hôpitaux d'Algérie aient dû être encombrés. Il devenait donc nécessaire d'organiser sérieusement le service sanitaire des corps de troupe, de créer des ambulances de brigade, des ambulances divisionnaires, des hôpitaux sous tente ou des hôpitaux baraqués dans les environs des villes. Au lieu de songer à ces installations de première nécessité, que réclamaient journellement tous les médecins et avec eux tous les officiers, on a lancé en avant des troupes dépourvues de tout : médicaments, fournitures, médecins. Qu'on lise plutôt ce récit vraiment lamentable. Nous voulons, cette fois, citer la localité. Le fait nous a été transmis non seulement par les médecins, mais encore par plusieurs officiers :

« Il y a eu au Kef, dès l'occupation de cette place, une garnison de 1200 hommes, composée d'un bataillon du 122e, un du 83e, une batterie du 38e d'artillerie, un escadron du 7e chasseurs. Eh bien, cette garnison est restée sans aucune ambulance, sans aucun matériel, jusqu'à son départ vers la mi-juillet (c'est-à-dire pendant *trois mois*). Les malades augmentaient chaque jour; les secours n'arrivaient pas. La détresse était telle, que les officiers ont ouvert une souscription entre eux pour acheter des médicaments, des vivres, des objets de literie pour les malades. C'est à Souk-Arrhas qu'ils envoyaient chercher les objets et les vivres dont leurs malades avaient besoin. Il y avait déjà, au moment où cette souscription a été ouverte, 3 morts et 17 fiévreux. Plus tard on a offert à ces officiers de leur rembourser ce qu'ils avaient donné. Ils ont refusé. Leur indignation était à son comble. Ce fait ne dépasse-t-il pas en odieux tout ce que vous avez pu voir ? »

Tandis qu'au Kef on laissait mourir, sans songer à eux, les malades atteints de fièvre typhoïde ou de fièvre intermittente, non loin de là des faits plus graves encore ne sollicitaient pas l'attention de l'Intendance. Malgré les réclamations incessantes des médecins, on oubliait les blessés et les malades que la colonne Logerot avait laissés derrière elle. Il nous faut encore citer textuellement :

« Quand la colonne Logerot s'est mise en marche sur le Kef, on s'attendait à une résistance sérieuse; aussi avait-on amassé à S... des approvisionnements considérables, et une ambulance y avait été installée comme base d'évacuation. Le Kef pris sans coup férir, le général Logerot descend dans la Medjerdah et occupe le chemin de fer, grâce à une marche très rapide à travers les montagnes. Sa base d'opération se trouve ainsi déplacée. G..., tête de ligne du chemin de fer, devient son point de contact avec la frontière, par conséquent son centre de ravitaillement et d'évacuation. Or, rien à G..., ni vivres, ni munition, ni ambulance. Nous partons à la hâte de S... pour G... En y arrivant, on nous dit que le général Logerot reçoit ses approvisionnements de Tunis et que l'*on trouve inutile* dès lors d'approvisionner G... Mais là se trouvaient tous les malades de la colonne Logerot. On ne voit rien de mieux que d'y abandonner, avec un médecin, ces 46 malades ou blessés. Mais on ne leur laisse que quelques grammes de médicaments et trois jours de vivres. Or, pendant dix jours, il a fallu attendre ainsi, les malades à la diète absolue, couchant par terre, sur une couverture; la thérapeutique se bornant à du *coco*, car le seul médecin resté à cette ambulance ne possédait comme médicament qu'un paquet de glycine et une solution de morphine. Il y avait trois blessés atteints de phlegmons graves, et, pour les panser, il fallait ramasser de la mauve, avec laquelle on confectionnait, tant bien que mal, des cataplasmes. »

On comprend aisément qu'un semblable régime devait singulièrement débiliter les malades et aggraver les causes de

maladie créées par le sol, la température, les fatigues. Aussi, dès le mois d'août, les fièvres d'Afrique, la dysenterie, et même la fièvre typhoïde, commençaient-elles à sévir. Pour comble de malheur, les ordres de départ étaient donnés si brusquement aux bataillons envoyés de France, leur embarquement se faisait avec une telle rapidité, que l'on ne songea même pas à se demander si tel ou tel régiment ne pourrait importer en Algérie des maladies nées en France et créer, dans les divers casernements déjà encombrés, des foyers d'infection difficiles à éteindre. Or c'est là précisément ce qui arriva. La fièvre typhoïde régnait à Perpignan, et le 142ᵉ régiment d'infanterie en était atteint. Un bataillon de ce régiment est envoyé en Algérie. Il arrive à Bône et y importe la fièvre typhoïde. Le 27ᵉ bataillon de chasseurs à pied gagne à son tour la maladie. Celle-ci s'étend peu à peu. Rapidement elle prend une extension redoutable. Comment d'ailleurs en pourrait-il être autrement, alors que les hôpitaux étaient encombrés, que les hôpitaux temporaires n'étaient pas installés, et que, à la date du 10 septembre, on pouvait encore nous écrire ce qui suit :

« Nous sommes ici dans des conditions aussi fâcheuses que possible au point de vue sanitaire. Il est absolument inhumain (nous adoucissons l'expression de la lettre) de traiter, de nourrir et d'installer des malades comme nous sommes obligés de le faire. Quelques matelas et quelques lits *viennent d'arriver*. Nous y mettons les plus malades. Les autres sont couchés sur des brancards ou par terre, entre deux couvertures. Tous sont sans draps, tout habillés, couchés les uns à côté des autres. J'ai deux bassins pour 80 typhiques, presque pas de médicaments. ***Et voilà trois mois que*** A... ***est installé.*** Sur 2500 hommes, 500 ont passé par l'ambulance, 300 sont en convalescence, 85 sont morts, 80 sont encore atteints de fièvre typhoïde plus ou moins grave. Voilà l'état sanitaire de... Et c'est partout la même chose. »

Il y a quelques jours à peine, le 20 septembre, nous recevions, d'un autre de nos confrères, une lettre à peu près semblable :

« J'ai 125 hommes à mon ambulance; presque tous sont atteints de fièvre typhoïde, et malheureusement elles sont graves, car j'ai déjà perdu 29 malades. Il en est de même partout. Partout aussi les médicaments, les fournitures et surtout le linge nous manquent. Il ne peut être question de coucher nos pauvres typhoïdiques dans des lits. Encore si l'on avait un nombre suffisant de brancards; si nous avions des draps et des couvertures propres ! Mais non, il faut laisser des malades tout habillés, sans drap, couchés entre deux couvertures. Il faut renoncer à les laver, à les désinfecter. Et l'on est en campagne depuis six mois ! »

On le voit, ce n'est pas seulement au début de la campagne, c'est après plus de six mois que le même état de choses persiste. Et ces faits se passent en Algérie, dans une contrée où les précautions hygiéniques peuvent diminuer des deux tiers la mortalité d'une armée en campagne, dans un pays que connaissent tous les médecins de l'armée, où par conséquent il aurait été facile d'assurer, en peu de jours, un service sanitaire convenable ! Mais, dira-t-on peut-être, le désarroi administratif est la conséquence des opérations militaires. La marche des troupes a été si rapide que les ambulances n'ont pu suivre. Les approvisionnements ont été suffisants ; seule la répartition des subsistances et des médicaments a laissé parfois à désirer. Nous n'aurions pas de peine à montrer que le sort d'une armée en campagne et l'avenir des opérations militaires dépendent précisément d'une bonne organisation administrative, d'une bonne répartition des subsistances et des médicaments, et que partout, en Crimée, en Chine, au Mexique, comme en Algérie, les maladies ont été bien plus redoutables que le feu de l'ennemi. Mais il ne faut pas laisser sans réponse une objection quelconque, fût-elle aussi facile à réfuter. Nous affirmons donc que les hôpitaux fixes de l'Algérie ont été très rapidement encombrés et que, dans les villes où le service sanitaire aurait dû être organisé de la manière la plus sérieuse, la même incurie administrative a laissé mourir, faute de soins, les malheureux qu'on y avait évacués. Voici ce qu'on nous écrit de l'un des hôpitaux de la division d'Oran :

« Notre situation est déplorable. L'hôpital est encombré. On a, il est vrai, pour isoler les typhoïdiques, élevé 63 tentes sur une hauteur, à quelque distance de la ville. Mais le personnel des infirmiers est insuffisant. Il en résulte que les médicaments et les aliments ne sont distribués qu'à midi. Les hommes refusent d'avaler des potions préparées depuis plusieurs heures, et dans lesquelles nagent les mouches. Tout manque. Les fournitures ne peuvent être lavées en raison du manque d'eau. Elles ne peuvent être remplacées, et nous voyons des hommes, fatigués ou atteints de courbatures fébriles, coucher sur des couvertures où sont morts des typhoïdiques, y gagner la fièvre typhoïde et mourir à leur tour. Bien plus, à F... et à R..., où il y a 1800 à 2000 hommes, on n'a pas de couvertures. »

D'un autre hôpital on nous écrit :

« J'ai reçu en trois mois 1200 malades. J'en ai perdu 80, dont 78 par fièvre typhoïde. Comme tous mes camarades, j'ai reçu l'ordre formel d'évacuer sur les hôpitaux d'Algérie tous les malades qui n'étaient pas mourants. Combien en est-il qui survivront à ces voyages imposés en pleine évolution typhoïdique ? »

Ce passage, au sujet duquel nous avons dû réclamer quelques explications, nous révèle le fait le plus grave peut-être de cette triste campagne. On nous affirme que, pour éviter l'émotion qu'aurait fait naître l'évacuation en France des malades du corps expéditionnaire, le ministre de la guerre a interdit, de la manière la plus formelle, le rapatriement des hommes atteints de fièvre typhoïde. S'il a prescrit de refuser aux médecins les congés de convalescence dont ils avaient besoin, c'est, nous dit-on, parce que plusieurs d'entre eux étaient atteints de cette maladie gagnée dans les milieux insalubres où ils avaient vécu. On a dû, pour obéir à ces ordres, évacuer les malheureux typhoïdiques sur les hôpitaux de Bône, Philippeville, La Calle, Bougie, Constantine, etc., etc. Or, nous l'avons dit et prouvé par les lettres que nous avons reçues, les moyens de transport faisaient défaut. Dès lors on a vu ce fait, incroyable s'il n'était affirmé par tous les médecins d'Algérie : des malades, atteints de fièvre typhoïde et arrivés au dixième, au douzième jour de la maladie, ont été expédiés à dos de mulet d'un hôpital à l'autre. Privés de litières, de cacolets, de couvertures, les médecins refusaient parfois de signer le billet de sortie de ces malheureux, qu'ils savaient condamnés à une mort certaine. Nous en connaissons un qui protesta ainsi pendant trois jours. Il reçut l'ordre formel de laisser partir ses malades, et ceux-ci, placés à califourchon sur le dos de mulets, puis transportés en chemin de fer jus-

qu'aux hôpitaux pour lesquels ils avaient été administrativement désignés, y arrivèrent mourants. Nous croyons même savoir, mais nous ne pouvons l'affirmer, n'ayant pas à ce sujet de documents *écrits*, que plusieurs sont morts en route. Ainsi donc on défend de soustraire au climat torride de l'Algérie des malades épuisés par la fatigue et par la fièvre; on encombre volontairement des hôpitaux dépourvus de fournitures et de médicaments; on laisse sous des tentes de toile, où la température s'est élevée à + 59 degrés (chiffre observé par un médecin militaire), des hommes atteints de fièvre typhoïde, et l'on s'étonne des réclamations que font entendre contre l'Intendance et contre l'administration de la guerre tous les officiers et tous les médecins !

Aujourd'hui que, malgré les circulaires ministérielles qui prescrivaient la conspiration du silence, le jour commence à se faire sur les événements d'Algérie, l'Administration s'efforce de couvrir ses agents et d'ordonner les mesures qu'elle avait condamnées pendant six mois. C'est ainsi que l'on vient d'annoncer la formation, à Porquerolles, d'un camp sanitaire; et que, sous peu de jours, on en créera d'autres peut-être aux îles d'Hyères ou ailleurs. Sans doute, ces nouveaux ordres sont dus aux nombreux rapports adressés au commandement ou à l'administration par les médecins du corps expéditionnaire. Tous ils ont reconnu que les fièvres typhoïdes qui sévissent si cruellement sur l'armée d'Afrique présentaient des caractères peu ordinaires, dus à l'influence du climat, de la température et surtout des conditions anormales créées par un système d'évacuations aussi inusité que dangereux. Les malades mouraient subitement de syncope au quinzième ou au dix-huitième jour de la maladie, et l'autopsie, quand elle put être faite, montrait bien cependant qu'ils succombaient à la fièvre typhoïde. Tous les médecins, frappés de ces accidents, émus de la grande proportion des décès typhoïdiques, ont réclamé, depuis trois mois, l'organisation de bateaux sanitaires et l'évacuation en France de malades que tue le climat algérien. Aujourd'hui que, malgré ses dénégations publiques, l'Administration de la guerre ne peut plus dissimuler l'encombrement des hôpitaux et des ambulances, de nouvelles dispositions sont prises. On aménage, comme ils auraient dû l'être il y a six mois, les ambulances et les hôpitaux. On renvoie en France les convalescents; on évacue à Porquerolles les malades. Bientôt donc l'état sanitaire va devenir meilleur, et le médecin principal envoyé en Tunisie « pour visiter tous les postes occupés par nos soldats et faire connaître, sans délai et par la voie télégraphique, toutes les modifications ou améliorations utiles à la santé de l'armée, » n'aura plus que peu de chose à faire pour assurer enfin au corps expéditionnaire d'Algérie une organisation sanitaire à peu près convenable. Mais nous aimons à espérer que M. le docteur Baudoin, bien qu'il ait dû accepter de suivre pas à pas son chef administratif, M. Mony, ne se contentera pas de « prescrire lui-même, avec l'assentiment du général Logerot, les mesures qu'il jugerait avoir un caractère d'urgence ». Comme médecin en chef de l'ambulance du quartier général, il a reçu, pendant l'expédition de Tunisie, un grand nombre de rapports, dont nous connaissons la teneur. Il a pu voir lui-même, et de très près, les vices d'organisation que nous avons signalés d'après nos correspondances. Il connaît les graves accusations que l'Administration centrale a lancées contre ses confrères. Il n'ignore pas pour quels motifs les mutations des médecins ont été tenues secrètes. M. Baudoin aura donc le courage de refuser à ceux qui comptent sur lui et qui ont provoqué sa délégation le bill d'indemnité qu'ils sollicitent. Il saura leur montrer que s'ils ont craint le départ pour la Tunisie d'un médecin-inspecteur qui eût été autorisé à décliner les ordres et le patronage de l'Intendant du corps d'armée, ils se sont mépris en supposant qu'un médecin principal d'armée pourrait taire la vérité. Un homme de cœur s'honore en sacrifiant ses intérêts personnels aux devoirs qu'il a contractés envers le corps auquel il appartient. Nous sommes donc persuadé que, prenant à la lettre les instructions qu'il a reçues et les pleins pouvoirs qu'on affirme lui avoir confiés, M. le médecin principal Baudoin aura le courage de dire, comme l'ont dit autrefois Baudens et Michel Levy, que des fautes irréparables ont été commises jusqu'à ce jour, et que la responsabilité de ces fautes incombe à l'Administration centrale du ministère de la guerre.

— Au moment de mettre sous presse, nous trouvons dans le *Journal officiel* de ce jour un document sur lequel nous aurons à revenir. Nous nous bornerons aujourd'hui à faire remarquer que les chiffres de morbidité et de mortalité cités ne correspondent qu'à une période de quinze jours, ce qui est peu, et qu'ils montrent, ce que nous annonçons nous-même, que l'état sanitaire s'améliore. Ce qui nous surprend, c'est qu'on n'ait pas cru devoir publier le chiffre officiel des malades atteints de fièvre typhoïde et celui des décès constatés pendant les mois de juillet et d'août. Les situations concernant ces deux mois ne seraient-elles pas parvenues au ministère? ou bien le ministre n'aurait-il pas eu quelque intérêt à les tenir secrètes? Quant à l'exposé des ressources mises à la disposition du corps expéditionnaire, nous l'analyserons de plus près dans quelques jours; mais nous ferons remarquer, dès aujourd'hui, que l'absence de dates précises donne à ce long factum bien peu d'autorité.

L. Lereboullet.

Cirrhose atrophique de Laennec. — Sclérose atrophique du foie.

I

Dans un précédent article (*Gaz. hebdomad.*, n° 39), j'ai retracé en un court *historique* l'histoire des *cirrhoses du foie*, afin de montrer la série des travaux qui ont graduellement élucidé cette question.

Aujourd'hui, je vais étudier la cirrhose atrophique vulgaire, celle qui a été si bien vue par Laennec. Toutefois, il ne faut pas croire que la description qui va suivre réponde à tous les cas d'atrophie du foie. La cirrhose atrophique de Laennec ne *résume pas* à elle seule toute l'histoire des cirrhoses du foie avec atrophie; voici quelques exemples qui doivent en être distraits :

1° La cirrhose mixte et bâtarde, qu'on désigne sous le nom de *foie cardiaque* ou *foie muscade*, peut dans certains cas, et à une période avancée de son évolution, aboutir à l'atrophie de l'organe.

A l'autopsie, le *foie cardiaque* se présente sous des aspects divers, suivant la période à laquelle on l'examine. A une première période, il est congestionné, hypertrophié, et sa surface est lisse. A la coupe, les lobules sont augmentés de volume, et forment autant d'îlots, rouges au centre et grisâtres à la périphérie. Cette double coloration, qui n'est que l'exagération de l'état normal, et qui avait fait supposer bien à tort l'existence de deux substances distinctes, donne au foie un aspect gra-

nité qu'on a comparé à la noix muscade, d'où le nom de *foie muscade*. Au microscope, on se rend compte de la disposition de ces deux colorations. La partie centrale du lobule, d'un rouge acajou, est due à la dilatation et à la congestion de la veine sushépatique, à l'élargissement et la réplétion des capillaires qui l'avoisinent, aux modifications des cellules hépatiques, aplaties et atrophiées, dont le protoplasma est souvent encombré de granulations pigmentaires et de cristaux d'hématoïdine (Vulpian, *Société de biologie*, 1858, p. 145). La partie périphérique du lobule est grisâtre et opaque, parce qu'elle est anémiée, relativement à la partie centrale, et parce que beaucoup de cellules hépatiques sont sphériques et riches en granulations graisseuses.

A une période plus avancée, le foie s'atrophie (*atrophie rouge*), sa surface devient légèrement granuleuse et la double coloration des îlots est moins nettement délimitée. Au microscope, on constate que les cellules hépatiques de la zone centrale ont en partie disparu, et sont remplacées par un tissu conjonctif de nouvelle formation (sclérose centrale) avec périphlébite et épaississement de la tunique externe du vaisseau (Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie*, p. 885).

Certains auteurs n'admettent pas cette sclérose centrale, ou du moins ils la considèrent comme inconstante et rudimentaire, tandis qu'il y a, disent-ils, dans le lobule hépatique du foie cardiaque, une sclérose qui siège à la périphérie du lobule et qui n'est pas sans analogie avec les lésions de la cirrhose atrophique. Cette opinion a été soutenue par Wickham Legg (*On the histology of the nutmeg liver*. Med. chir. trans., 1875, p. 345) et défendue plus récemment par M. Talamon (*Foie cardiaque*, Paris, 1881). On trouve, en effet, des altérations de sclérose périlobulaire au nombre des lésions du foie cardiaque, mais cette sclérose me paraît surtout accusée quand elle fait partie d'un processus scléreux plus généralisé, et quand la lésion cardiaque est associée à une sclérose du rein (néphrite interstitielle), à une artérite chronique diffuse.

Quoi qu'il en soit, les altérations hépatiques qui surviennent dans le cours des maladies du cœur peuvent aboutir à des *lésions scléreuses et atrophiques du foie*.

2° La cirrhose biliaire qu'on observe quelquefois à la suite de l'oblitération persistante du canal cholédoque, quelle que soit du reste la cause de cette oblitération, peut également, dans certains cas, débuter par une phase hypertrophique et aboutir à l'atrophie de l'organe.

Dans aucun cas, cette cirrhose ne ressemble à la cirrhose atrophique de Laennec; la surface du foie est lisse, et son parenchyme n'est que médiocrement induré, il s'agit par conséquent d'un processus cirrhotique spécial. L'oblitération expérimentale du canal cholédoque chez les animaux (Charcot et Gombault, *Arch. de physiol.*, 1876, juin, p. 272) qu'on produit au moyen de sa ligature, et l'obstruction pathologique de ce canal chez l'homme déterminent des altérations cirrhotiques analogues. Sous l'influence de la rétention biliaire, une angiocholite se déclare; l'angiocholite devient de la péri-angiocholite; et le processus aboutit parfois à une hépatite interstitielle diffuse. Cette hyperplasie conjonctive avoisine d'abord les gros canaux biliaires, puis les canalicules de moindre dimension, elle s'accuse dans les *espaces*, puis dans les *fissures*, et circonscrit le lobule hépatique, sans jamais aboutir comme la cirrhose atrophique de Laennec à la formation de granulations hépatiques. Néanmoins le processus morbide peut conduire à l'*atrophie du foie*.

Il y a donc *plusieurs variétés* de foies *cirrhosés avec atrophie*, mais il en est une qui par ses caractères anatomiques et cliniques forme un type distinct, nettement accentué, c'est la *cirrhose atrophique commune* qui va faire l'objet de cet article.

Je choisis pour cette description un *cas type* de *cirrhose atrophique*.

II

Description de la cirrhose atrophique de Laennec. — Les symptômes initiaux de la cirrhose atrophique sont *insidieux et variables*. Dans la majorité des cas, le sujet n'éprouve au début que des troubles digestifs sans signification précise : anorexie, nausées, pesanteur à l'hypochondre droit, ballonnement de l'estomac, alternatives de diarrhée et de constipation. Dans quelques cas, les symptômes habituels du début font défaut ou du moins ils passent presque inaperçus, et l'*ascite* semble apparaître d'emblée, accompagnée ou non de tympanisme abdominal et de circulation abdominale complémentaire. Enfin, chez certains sujets, les *hémorrhagies* ouvrent la scène, les épitaxis, les hématémèses, le mélæna, devancent les autres symptômes de la cirrhose atrophique.

Quel que soit le mode de début, il arrive un moment, et ce moment n'est pas éloigné, où le malade prend un aspect caractéristique; la peau est sèche et d'une pâleur terreuse, la face est sillonnée de veinules dilatées, l'amaigrissement fait de rapides progrès, les troubles digestifs augmentent d'intensité, le ventre est tendu et ballonné, les urines sont brunes, riches en sédiments uratiques, pauvres en urée (Brouardel) et à une époque variable trois grands symptômes apparaissent habituellement : 1° l'*ascite;* 2° *le développement d'une circulation complémentaire;* 3° *la diminution du volume du foie*.

1° Le *météorisme abdominal* est un symptôme qui précède ou accompagne l'*ascite*. En général l'ascite met plusieurs semaines à se développer, parfois elle apparaît brusquement en quelques jours, et on se demande alors si à l'obstacle mécanique apporté à la circulation des vaisseaux portes ne vient pas se joindre le développement simultané d'une péritonite subaiguë (périhépatite) (Rendu, art. foie, *Dictionnaire encyclopédique*). Du reste, la *pathogénie de l'ascite ne me paraît pas complètement élucidée ;* il est évident que l'étouffement des veinules portes hépatiques et la transformation des parois du nouveau réseau vasculaire constituent une cause mécanique favorable au développement de l'ascite, mais il est des cas où l'obstacle mécanique est encore peu développé, *la cirrhose est à son début*, la circulation collatérale des veines abdominales est à peine indiquée, et néanmoins l'ascite prend rapidement de grandes proportions. On peut alors se demander si les *origines péritonéales* des vaisseaux portes ne sont pas directement intéressées et si la cause de l'ascite n'est pas aussi bien *périphérique* que centrale, ce que je suis disposé à admettre.

Quand l'ascite est considérable (de 10 à 18 litres), l'abdomen prend une forme particulière; la cicatrice ombilicale fait saillie, et le malade étant couché, les flancs élargis et étalés rappellent assez bien le ventre des batraciens (Jaccoud, *Leçons clin. de la Charité*, p. 113). Un léger choc, un frôlement, pratiqué sur l'un des côtés de l'abdomen, pendant que l'autre main est appliquée sur le côté opposé, fait nettement percevoir la sensation d'ondulation du liquide. A la percussion, la matité est absolue dans toute la région envahie par le liquide et, à moins de réplétion exagérée, le liquide ascitique se déplace avec facilité; on peut s'en convaincre en

faisant coucher alternativement le malade sur le côté gauche et sur le côté droit, et on constate par la percussion pratiquée au niveau des flancs que chaque côté est alternativement mat et sonore. La forme et la limite de la matité changent si le malade est debout.

L'auscultation de l'abdomen permet quelquefois d'entendre les bruits cardiaques et pulmonaires qui se transmettent jusqu'à la partie inférieure du ventre chez les malades atteints d'ascite (Vidal, *Communic. à l'Ac. de méd.*, 21 septembre 1880).

Par son accroissement, l'ascite gêne la respiration; une fois formée, elle peut diminuer, et je l'ai vue disparaître momentanément à la suite de flux intestinaux abondants.

2° *Circulation supplémentaire.* — Pendant que la circulation est de plus en plus entravée à l'intérieur du foie cirrhosé, il se produit en dehors de l'organe malade une *circulation collatérale, circulation supplémentaire*, qui a pour but de ramener au cœur par une voie détournée le sang du système porte en partie arrêté au niveau du foie. Voici comment s'établit cette circulation complémentaire : outre le sang que le foie reçoit de la veine porte, il reçoit encore du sang veineux provenant de veinules nées à des sources diverses. Ces veinules, que M. Sappey a réunies en cinq groupes, forment le système des *veines portes accessoires* (Sappey, *Splanchnologie*, p. 290).

Ces veines portes accessoires naissent d'organes ou de régions autres que l'appareil digestif, et elles vont aboutir au foie ou à la veine porte à son entrée dans le foie, de sorte que chacune de ces veines accessoires représente, elle aussi, un petit système porte. Parmi ces veines portes accessoires, il y a un groupe (quatrième groupe) qui prend naissance dans l'épaisseur du diaphragme, se réunit en troncules pour traverser le ligament suspenseur du foie, et va se jeter sur les lobules du foie auxquels adhère ce ligament. Ce groupe s'anastomose, d'une part, dans le foie, avec les rameaux de la veine porte, et d'autre part à son origine, avec les veines diaphragmatiques et sous-cutanées thoraciques; il peut donc servir à établir une circulation entre le foie et les veines du thorax. Il y a un autre groupe (cinquième groupe) qui naît de la partie sus-ombilicale de la paroi antérieure de l'abdomen et qui va se jeter en partie dans la branche gauche de la veine porte. Les veinules de ce groupe font communiquer le tronc de la veine porte avec les veines épigastriques et les mammaires internes (veines profondes) et avec les veines tégumenteuses de l'abdomen (veines superficielles).

Ces veines portes accessoires, très peu développées à l'état normal, peuvent acquérir, dans les cas d'obstacle au courant de la veine porte, un volume considérable; c'est par elles que se rétablit en partie la circulation (Sappey, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, 8 mars). Supposons un obstacle causé par la cirrhose : le sang de la veine porte va se créer des routes diverses; une partie du sang reflue du foie dans les veines accessoires du quatrième groupe, lesquelles le conduisent aux veines mammaire et intercostale, qui le déversent dans le système des veines azygos. Dans la circulation collatérale opérée par ce groupe, la marche du sang se fait de bas en haut. Une autre partie du sang de la veine porte se crée une route en refluant du tronc de la veine porte dans les veines du cinquième groupe, lesquelles le conduisent aux veines épigastriques et sous-cutanées abdominales, qui le déversent, les premières dans la veine iliaque, les autres dans la veine saphène. Dans la circulation collatérale opérée par ce groupe, la marche du sang dans les veines des parois abdominales se fait de haut en bas.

De la dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen résultent parfois un plexus variqueux au voisinage de l'ombilic, et un réseau veineux très prononcé entre l'appendice xyphoïde et le pubis, surtout du côté droit, vers la moitié supérieure de l'abdomen. Dans certains cas, on perçoit un frémissement et on entend un souffle au niveau des veines dilatées.

Cette circulation complémentaire peut retarder l'apparition de l'ascite, mais elle ne la supprime pas, et bien que ces dilatations veineuses paraissent être le résultat de l'obstacle mécanique qu'éprouve le sang à son passage dans le foie, il y a néanmoins des cas de cirrhose atrophique où la circulation supplémentaire fait défaut (Lecorché, *Etudes médicales*, p. 300). De plus, il n'y a pas toujours, entre l'ascite et la circulation supplémentaire, cette sorte de *balancement* qu'une théorie toute mécanique avait fait admettre. Il semblerait, en effet, en se basant sur la production purement mécanique de l'ascite et de la circulation collatérale, que ces deux symptômes dussent avoir entre eux les liens les plus étroits; il n'en est rien, et, en observant les faits de plus près, on voit que chacun d'eux jouit d'une certaine indépendance.

3° L'*atrophie du foie* est un symptôme constant à une période avancée de la cirrhose, mais cette atrophie n'est pas toujours facile à constater, à cause de la tympanite abdominale et de l'ascite. Il est quelquefois possible de sentir le bord inférieur du foie et de s'assurer qu'il est devenu mousse et irrégulier.

Outre les symptômes que je viens de décrire, il y a dans le cours de la cirrhose atrophique d'autres symptômes qui ont une grande valeur : la *rate* est hypertrophiée dans la moitié des cas (Frerichs) et quelquefois atrophiée. Certains sujets ont un *œdème* des membres inférieurs qui précède ou accompagne le développement de l'ascite.

Les *hémorrhagies* (Ahmed Azmi, *Hémorrhagies dans la cirrhose*, thèse de Paris, 1874) sont fréquentes; telles sont les épistaxis, la gastrorrhagie et l'hématémèse, l'entérorrhagie et le mélæna, le purpura, l'hémoptysie, les hémorrhagies de la plèvre et du péritoine. Les hémorrhagies apparaissent à toutes les périodes de la maladie, elles peuvent même survenir (épistaxis, hématémèse, mélæna) comme un symptôme du début.

Pour certains auteurs, ces hémorrhagies seraient dues surtout à des causes mécaniques. L'obstacle que rencontre le sang porté dans le foie déterminerait des stases sanguines dans l'estomac, dans l'intestin, et consécutivement l'hémorrhagie. Il est certain qu'on ne peut méconnaître l'influence mécanique de la gêne circulatoire dans le système porte; les érosions hémorrhagiques de la muqueuse de l'estomac (Balzer, *Revue mensuelle*), les varices de la partie inférieure de l'œsophage (Audibert, *Varices œsophag. dans la cirrhose*, th. de Paris, 1874; Dussauzay, th. de Paris) sont là pour l'attester; mais cette cause purement mécanique me paraît entrer pour une part minime dans la pathogénie des hémorrhagies de la cirrhose atrophique. D'abord il y a des hémorrhagies, les épistaxis, par exemple, et le purpura, qui n'ont rien à voir avec la gêne mécanique du système porte. Il y a des cas où les hémorrhagies sont si voisines du début de la maladie, qu'on ne peut, à leur égard, invoquer une stase mécanique sanguine. Ainsi, certains individus sont pris d'hématémèse, de mélæna, avant tout autre symptôme, et

à une époque où il n'existe encore ni circulation supplémentaire, ni ascite, ni aucun des signes qu'il est d'usage de regarder comme un indice d'obstacle hépatique. Alors, pour expliquer ces hémorrhagies, on invoque une *dyscrasie* sanguine due à l'altération des fonctions hépatiques. Cette dyscrasie sanguine, qu'on retrouve à son *maximum* dans l'ictère grave, et qu'on ne peut contester dans les cas de cirrhose avancée, me paraît peu admissible au début même de la lésion hépatique. Il est probable que les origines du système porte, capillaires périphériques de l'estomac et de l'intestin, sont, dès le début de la maladie, le siége d'altération, qui crée la fragilité de ces vaisseaux.

Je crois donc qu'il convient d'associer, plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, les *origines de la veine porte* au processus morbide qui dans le foie conduit à la cirrhose. L'ascite et les hémorrhagies gastro-intestinales ne sont pas toujours tributaires de la lésion hépatique, elles sont parfois *connexes*, et une théorie purement mécanique ne suffit pas pour les expliquer.

L'*ictère* manque habituellement dans la cirrhose atrophique; c'est plutôt une teinte subictérique qu'un ictère bien caractérisé. Il y a là une différence notable avec une variété de cirrhose hypertrophique où l'ictère est constant.

Marche. Durée. Terminaison. — La cirrhose atrophique est une maladie apyrétique et chronique. Il y a des cas où elle parcourt son évolution sans révéler sa présence par des symptômes bruyants, et on est surpris, à l'autopsie, de découvrir une cirrhose atrophique chez des gens qui ont succombé à une autre maladie. Habituellement elle met douze à quinze mois à parcourir son évolution. Tantôt le malade meurt du fait de la cachexie (amaigrissement, diarrhée, œdème, muguet); tantôt sa fin est hâtée par une complication, par une maladie intercurrente, *péritonite*, *pleurésie* parfois hémorrhagique, *pneumonie*, *hémorrhagies*, *tuberculose*.

III

Anatomie pathologique. — Je rappelle que j'ai choisi pour cette description, un cas *type* de cirrhose atrophique. Dans cette forme de cirrhose, le foie est presque toujours diminué de volume; néanmoins la théorie d'après laquelle la cirrhose atrophique débuterait par une période hypertrophique, ne doit pas être complètement rejetée, car il est des cas où la phase congestive initiale accroît le volume de l'organe. A une période avancée, le foie est totalement *déformé* et *atrophié*, parfois même, il ne pèse plus que 7 ou 800 grammes au lieu de 12 à 1400, son poids normal. Sa coloration est brune, rousse, jaunâtre, grisâtre, suivant la prédominance des éléments biliaires ou graisseux. Le bord antérieur du foie n'est plus tranchant, il est mousse et souvent labouré par des brides fibreuses qui tendent à le segmenter. La surface du foie est *granuleuse*, hérissée de petites masses dures, mamelonnées d'un jaune roux (cirrhoses de Laennec), du volume d'une tête d'épingle, d'un pois, d'une noisette. Ces *granulations* sont formées par des amas plus ou moins considérables de lobules hépatiques, entourés de tractus fibreux de tissu conjonctif sclérosé. On voit mieux ces détails quand on a enlevé la capsule de Glisson, généralement adhérente, opaque et épaissie. Parfois les granulations ressemblent à de grosses têtes de clous, d'où le nom de *foie clouté* donné par les Anglais. Dans quelques cas le foie est divisé en lobes par les tractus fibreux; c'est le *foie lobé*.

Le tissu du foie cirrhosé se déchire difficilement, il crie sous le scalpel, l'ongle l'entame à peine, et à la coupe on retrouve, comme à la surface, des granulations de dimensions variables, entourées par des travées de tissu fibreux qui leur forment un anneau, d'où elles émergent comme si elles allaient s'énucléer. On parvient du reste à énucléer les granulations quand on fait macérer la pièce dans l'eau. En somme, la sclérose atrophique du foie est constituée par une hyperplasie du tissu conjonctif *aux diverses phases de son évolution;* cellules embryonnaires, cellules fusiformes, tissu fibrillaire, et tissu fibreux de rétraction. Le processus débute par une néoplasie embryonnaire et aboutit à un tissu *fibreux, rétractile*, qui forme un réseau continu de la capsule de Glisson au centre de l'organe. Étudions la marche de l'évolution de ce processus.

Le tissu de sclérose, né dans les *espaces* et dans les *fissures*, entoure d'abord, en bloc, un certain nombre de lobules hépatiques et forme ainsi des granulations volumineuses, d'où naissent des tractus secondaires qui forment des granulations plus petites et ainsi de suite.

On voit au microscope que les granulations, même les plus petites, sont presque toujours constituées par un groupe de plusieurs lobules hépatiques, d'où le nom de sclérose *multilobulaire*. Ces petites granulations, comme celles qui sont plus volumineuses, sont entourées par un anneau complet de tissu scléreux, d'où le nom de sclérose *annulaire* (Charcot, *Leçons sur les maladies du foie*, p. 228). De plus, l'anneau scléreux s'arrête brusquement, c'est du moins l'opinion de certains auteurs, au niveau du lobule hépatique, sans pénétrer à son intérieur; d'où le nom de sclérose *extralobulaire*. Cette sclérose multilobulaire, annulaire, extralobulaire (Charcot) serait caractéristique de la cirrhose atrophique; toutefois, ainsi que nous le verrons dans l'un des chapitres suivants, ces caractères ne sont, *ni aussi constants, ni aussi absolus* qu'on l'a prétendu d'abord, la cirrhose atrophique est également monolobulaire et intralobulaire, ce qui lui donne quelques points communs avec la cirrhose hypertrophique.

Sous l'influence de l'exubérance du tissu conjonctif, que deviennent les différents éléments qui composent le lobule hépatique : *a*, les cellules; *b*, les vaisseaux sanguins; *c*, les canalicules biliaires?

a. Les *cellules hépatiques* résistent pendant la première période, plus tard elles perdent la disposition rayonnée qu'elles occupent dans le lobule, elles sont tassées, déformées, surtout à la périphérie, beaucoup s'atrophient par atrophie simple, d'autres subissent l'atrophie granulo-graisseuse. On enseignait, il y a peu de temps, que le tissu de sclérose s'arrête brusquement autour du lobule sans le pénétrer; cette assertion est trop absolue; en bien des points « tel ou tel lobule est envahi par la cirrhose, échancré par elle, pénétré parfois jusqu'à la veine centrale » (Kelsch et Vannebroucq, *Arch. de physiol.*, septembre 1881). Autour du lobule, le tissu fibreux confine à une sorte de zone de végétation embryonnaire « qui semble se développer aux dépens de la portion périphérique des lobules ». Et il ne s'agit pas là d'un fait ultime ou accidentel, la lésion se dessine dès les premières périodes du processus (Kelsch).

b. Les *ramifications de la veine porte* qui entourent le lobule hépatique sont dilatées (Cornil, *Arch. de physiol.*, 1874), au début de la cirrhose, pendant la période de tissu embryonnaire; et plus tard, lorsque le tissu cirrhotique est devenu scléreux, on trouve encore une vascularisation très accentuée, le tissu est envahi par des vaisseaux tortueux, volumineux, de formation nouvelle, « ce sont des canaux creu-

sés dans un tissu conjonctif induré, et dont les parois, modifiées d'abord par l'inflammation, se sont confondues avec le tissu voisin et font corps avec lui » (Cornil et Ranvier, *Manuel d'histol.*, p. 919). Pour certains auteurs, ce réseau vasculaire serait formé aux dépens de la veine porte, pour d'autres (Frerichs, Ackermann), il se fait une raréfaction du réseau porte, et une extension du réseau artériel (artère hépatique) qui tendrait à se substituer aux veinules portes dont la circulation est entravée. L'obstacle au cours du sang dans le foie ne provient pas, uniquement, de la compression ou de la raréfaction du réseau porte, ce n'est là qu'une des causes de la stase sanguine et de l'ascite; une autre cause paraît puissante, c'est la modification de structure des parois vasculaires, qui entraîne la perte de l'élasticité et de la contractilité des vaisseaux.

Sous l'influence de la gêne circulatoire dans le système de la veine porte, il se fait un développement collatéral de *veines supplémentaires* que nous avons étudié avec la symptomatologie.

c. Le réseau des *canalicules biliaires* n'atteint point ici le développement que nous aurons à étudier dans la cirrhose hypertrophique, néanmoins il ne fait pas complètement défaut.

Après les lésions hépatiques que je viens de décrire, il me reste à dire quelques mots des autres organes. La quantité de liquide contenue dans la séreuse péritonéale (*ascite*) est plus ou moins considérable.

Le péritoine périhépatique est presque toujours intéressé; cette péritonite partielle est caractérisée tantôt par de petites végétations ou des filaments villeux, tantôt par des fausses membranes libres ou adhérentes. La *pleurésie hémorrhagique* est assez fréquente. La *rate* est tuméfiée dans la moitié des cas (Frerichs), cette tuméfaction ne tient pas seulement à un phénomène mécanique de stase sanguine dans le système porte, il s'y ajoute un processus actif, une splénite. Les lésions du *rein* (sclérose rénale) sont concomitantes et nullement dépendantes de celles du foie. La dilatation variqueuse des veines de l'*œsophage* s'explique par ce fait que les veines des deux tiers inférieurs de l'œsophage se jettent dans la veine porte; il peut en résulter, nous l'avons vu, de graves hémorrhagies.

Tel est le tableau clinique et anatomique de la cirrhose atrophique de Laennec, dans sa forme la plus accentuée. Dans un prochain article nous mettrons en parallèle un cas de *cirrhose hypertrophique*.

Dieulafoy.

A propos du projet récent de réglementation de l'art dentaire en France.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

II

Mon cher ami,

En présence de l'état de choses que nous avons cherché à définir à la fin de notre précédente lettre, il ne s'est donc produit aucune protestation collective ni officielle, ni privée. L'issue malheureuse du procès de 1845 dans lequel, il faut le dire, les demandeurs, sauf quelques exceptions, n'étaient guère plus intéressants que les défendeurs, semble avoir enlevé désormais aux dentistes diplômés l'idée d'une nouvelle procédure frappée d'avance de stérilité. Aussi ne voyons-nous plus guère apparaître qu'une réclamation individuelle émanant d'un honorable médecin de Paris, le docteur Andrieu, qui, pendant le second empire et depuis l'avènement de la République, adressait presque chaque année au sénat une supplique appelant l'intervention légale sur l'exercice de l'art dentaire. La pétition, toute platonique, allait naturellement sombrer dans quelque carton du ministère. Une fois cependant, elle fut suivie d'un rapport conforme aux conclusions de l'auteur.

Mais voici qu'aujourd'hui l'affaire semble entrer dans une phase nouvelle, et l'on assure que notre ministre de l'instruction publique, M. Jules Ferry, veut bien prendre quelque intérêt à la question. Un projet de loi complet, accompagné de considérants à l'appui, lui a été adressé, et la Faculté de médecine de Paris est invitée par lui à l'examiner et à formuler son avis.

Voici ce projet de loi dont la *Gazette* a déjà donné le texte et que nous croyons devoir reproduire :

Article premier. — A partir du 1er janvier 188....., nul ne pourra exercer l'art dentaire ni porter le titre de chirurgien-dentiste s'il n'est pourvu du diplôme spécial de chirurgien-dentiste.

Art. 2. — Pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, le candidat doit :

1° Produire le diplôme d'officier de santé;

2° Justifier de trois ans de stage soit chez un dentiste, soit dans une école d'odontologie;

3° Passer un examen de validation du stage.

Art. 3. — Le jury pour cet examen est composé d'un professeur de Faculté, président, et de deux dentistes pourvus du grade de docteur en médecine ou pourvus du droit d'exercice de la médecine.

Art. 4. — L'examen comporte des épreuves pratiques et des épreuves orales.

Épreuves pratiques. — Les épreuves pratiques consistent en opérations faites sur un sujet vivant ou mort, extractions, obturations, exécution en loge d'un appareil de prothèse entier ou partiel, et application de cet appareil.

Épreuves orales. — L'épreuve orale comprend : l'anatomie, l'histologie, la physiologie, principalement en ce qui concerne la tête, la pathologie interne et externe, la matière médicale et la thérapeutique au point de vue des maladies de la bouche; la physique, la chimie, la métallurgie, la mécanique appliquées à l'art du dentiste.

La Faculté, ainsi saisie du projet de loi dans les termes qu'on vient de lire, a nommé une Commission de trois membres: les professeurs Gavarret, Duplay et Léon Le Fort. Le rapport confié à la rédaction de M. Le Fort est aujourd'hui publié et il se termine à son tour par un second projet de loi qui diffère sensiblement sur plusieurs points du projet précédent. Nous en dirons plus loin la teneur, mais il convient tout d'abord d'examiner les considérations auxquelles se livre M. le rapporteur au sujet du projet ministériel.

Or, M. le professeur Le Fort, tout en constatant une fois de plus que, dans l'état actuel de nos lois, la profession de dentiste est absolument libre, déclare qu'une telle doctrine n'est pas conforme à l'intérêt public. « Le dentiste, dit-il, ne serait-il qu'un simple arracheur de dents, comme semblait le considérer la Cour de cassation de 1846, pourrait encore par une avulsion maladroite ou intempestive, amener des accidents sérieux ou aggraver une lésion des mâchoires. Mais il n'en est plus ainsi; le dentiste est fréquemment consulté pour des affections de la bouche, des gencives, des maxillaires, lesquelles sont du domaine de la pathologie, qui par-

fois sont d'un diagnostic difficile, et dont la thérapeutique comporte soit des opérations chirurgicales, soit un traitement local et général qui exige des connaissances spéciales et sérieuses... »

Voilà certes des paroles pleines de justesse et de sens, et l'on s'attend, n'est-ce pas, à ce que M. Le Fort en concluera immédiatement à la nécessité d'exiger d'un tel praticien les connaissances les plus étendues en matière médicale et chirurgicale ?

Il n'en est rien cependant, et c'est ici que notre surprise commence.

M. Le Fort, en effet, rejette tout d'abord l'article 1er du projet de loi qui exige du nouveau dentiste le diplôme d'*officier de santé*. Il donne pour raison que la classe des officiers de santé est destinée à disparaître de notre organisation médicale, car elle se compose de « ces praticiens de second degré, d'une instruction de second ordre et par là même insuffisante, qui, par une anomalie des plus singulières, *ne peuvent en France pratiquer la chirurgie*, et peuvent seulement pratiquer la médecine ».

Cette seconde observation est encore parfaitement fondée, et tout à fait conforme aux tendances actuelles qui amènent spontanément la diminution rapide du nombre des officiers de santé, ainsi que vous l'établissez vous-même dans l'excellent article Officier de santé du *Dictionnaire encyclopédique*. Cette *classe bâtarde* n'a donc point de chance aujourd'hui de recouvrer au profit des futurs dentistes une recrudescence de faveur, car elle ne représente, pour un praticien quelconque, aucun signe visible et aucune force contre la concurrence auprès du public, qui fait parfaitement de lui-même la distinction entre les deux grades médicaux.

Mais puisqu'il faut faire avant tout du futur dentiste un chirurgien éclairé, M. le rapporteur va certainement exiger pour lui le diplôme de docteur en médecine ? Point du tout.

« Exiger du dentiste le diplôme de docteur en médecine, poursuit M. Le Fort, mais ce serait dépasser le but en créant à l'obtention du titre de dentiste des obstacles qui seraient insurmontables pour la plupart des candidats. Il faut des garanties nécessaires ; il ne faut pas des garanties inutiles. Pourquoi d'ailleurs exiger du dentiste la connaissance de la médecine dans toutes ses parties, alors qu'il limite son action *à la bouche et à ses dépendances?* »

Eh quoi ! le traitement des maladies de la bouche et de l'appareil dentaire ne relève-t-il point des procédés chirurgicaux et des règles thérapeutiques ordinaires ? Y a-t-il plusieurs sortes de chirurgie et plusieurs thérapeutiques ? Et le praticien qui traite les *maladies de la bouche et ses dépendances*, a-t-il besoin de présenter moins de garanties que celui qui soigne les maladies de l'orbite, de l'oreille, de la vessie, etc. ?

Tel n'était point tout à l'heure le langage de M. Le Fort. Aussi n'est-ce pas là, croyons-nous, le fond de sa pensée. Comment un esprit aussi scientifique que le sien commettrait-il une si flagrante contradiction ?

Sa raison, en réalité, est tout autre, la voici : « Exiger des futurs dentistes le titre de docteur, c'est en restreindre le nombre au point de le rendre insuffisant pour les besoins de la pratique. » Ici M. Le Fort se trompe et nous allons essayer de le rassurer :

N'a-t-on pas remarqué d'abord que depuis quelques années le nombre des docteurs en médecine qui se consacrent aux maladies de la bouche et de l'appareil dentaire a plus que quadruplé ?

N'a-t-on pas reconnu encore que le nombre de thèses soutenues chaque année devant la Faculté de Paris, sur les questions de cet ordre, augmente progressivement ? Non pas toutefois que les jeunes docteurs se destinent tous à la spécialité ; un grand nombre d'entre eux se sentent simplement attirés par la nouveauté des sujets d'étude, par l'intérêt que suscite une branche de la science inexplorée et presque vierge. Ils ont ainsi la satisfaction d'avoir fait une œuvre originale, et la Faculté d'ordinaire ne leur ménage ni les compliments ni les éloges. Elle a même couronné plusieurs de ces thèses.

Ce sont là déjà de précieux encouragements ; aussi la tendance dans cette direction a-t-elle depuis longtemps, contrairement à ce que paraît croire M. Le Fort, dépassé les limites de la pratique parisienne. Un certain nombre de docteurs de province, des campagnes même, ont voulu ajouter à leur bagage quelques connaissances de cet ordre pour le plus grand bien de leur clientèle, trop heureuse de rencontrer ainsi un praticien autorisé. Quelques-uns même ont réussi à se créer au loin une pratique spéciale considérable.

Mais ce n'est pas tout, et plusieurs enseignements ont pris naissance : sans parler de quelques cliniques particulières humbles et modestes dans lesquelles se sont formés des praticiens recommandables, il faut signaler certaines innovations : celle par exemple que vient d'adopter l'école du Val-de-Grâce qui a institué une série de conférences sur les maladies de la bouche et des dents, confiées à l'un de ses jeunes agrégés les plus distingués, le docteur Bousquet. Citons encore la chaire spéciale créée à la Faculté libre de médecine de Lille, avec dispensaire public sous la direction du docteur J. Redier.

Ces tentatives nous laissent encore bien loin de ce qui se passe à l'étranger, où l'enseignement est presque partout installé officiellement. Nous nous réservons de revenir sur ce point, mais tout ce que nous voulons dire pour le moment, c'est que si, malgré l'état précaire de notre législation, il a pu se produire dans cette direction un véritable mouvement scientifique, on entrevoit aisément quel développement il prendra à l'abri de lois protectrices.

Nous ne voyons donc aucune raison de craindre la pénurie que redoute M. Le Fort, alors qu'on demanderait aux nouveaux dentistes le diplôme médical, alors même que la suppression prochaine des officiers de santé exigerait d'eux le grade de docteur.

Quoi qu'il en soit, aucune de ces raisons ne paraît avoir été émise au sein de la Commission ni dans la Faculté où, nous nous plaisons à le croire, elles ont dû certainement frapper certains esprits. De sorte que le rapport conclut en premier lieu au rejet, pour le futur dentiste diplômé, des deux grades médicaux institués par nos lois, c'est-à-dire aussi bien de celui de docteur que de celui d'officier de santé.

Il sera curieux de voir par quoi elle les a remplacés.

Ce sera l'objet d'une prochaine lettre.

Dr E. Magitot,
Membre de la Société de chirurgie.

Comme nous l'avons écrit dans notre avant-dernier numéro, l'*École dentaire de Paris* avait le projet de décerner des diplômes de *chirurgien-dentiste*. Mais ultérieurement, il a été décidé que le titre délivré serait simplement un *diplôme de l'École dentaire de Paris*. A. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

De l'origine des entozoaires, par M. le docteur Rousseau, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés d'Auxerre.

De tout temps les médecins et les naturalistes se sont livrés à l'envi aux investigations les plus laborieuses pour déterminer l'origine des entozoaires; mais tous les efforts sont restés impuissants, et le dernier mot n'a jamais encore été prononcé. En effet, rien n'est plus mystérieux que leur généalogie, l'observateur tourne malgré lui dans un cercle vicieux, et s'il veut en franchir les limites, il finit par s'égarer complètement.

Depuis plusieurs années, nous avons eu l'occasion de nous occuper des affections vermineuses, qui déterminent parfois de graves accidents chez les aliénés. Cette étude nous a particulièrement intéressé, et nous a conduit à rechercher s'il ne serait pas possible de se dégager des anciennes théories, et de les remplacer par quelque chose de plus scientifique. Nous nous sommes alors livré à quelques tentatives, dont nous consignons ici les principaux résultats.

Tout le monde connaît les termes du problème à résoudre, et afin de les rendre plus saisissants, nous commencerons par exposer certains faits dont l'authenticité paraît aujourd'hui rigoureusement démontrée. Ils serviront de point de comparaison, et auront pour avantage de bien préparer l'esprit aux difficultés du sujet.

Parmi les helminthes, il en est quelques-uns qui vivent en liberté et accomplissent sur place toutes les transformations inhérentes à leur espèce. Ceux qui font partie de cette catégorie appartiennent plus particulièrement aux protozoaires et aux nématoïdes. On rencontre les premiers dans les eaux stagnantes et courantes, douces et salées, dans l'humus, parmi les mousses et les conferves, tandis que les autres se tiennent non seulement dans les eaux, mais encore dans la terre humide, la mousse, le blé, la colle de farine et le vinaigre (Davaine). En Cochinchine, plusieurs espèces de nématoïdes pullulent dans les marécages, dont la température atteint parfois celle du sang de l'homme; mais s'ils viennent à être transportés dans un climat tempéré, ils ne peuvent dépasser, à l'état libre, la période embryonnaire. Les recherches de M. Perroncito ne laissent aucun doute à cet égard. Ces différents helminthes produisent le parasitisme de deux façons bien distinctes. Le mermis, par exemple, émerge du sol sous forme de larve, pénètre dans le corps d'un insecte, où il devient adulte, puis il rentre en terre pour y déposer ses œufs. Mais les choses ne se passent pas, en général, de la sorte. Ordinairement ce sont les œufs ou les embryons qui sont introduits dans un organisme étranger; ils s'y développent, et les vers qui en résultent continuent à subsister sous le régime parasitaire. D'autre part, ces derniers abandonnent à leur tour, dans le corps de l'hôte où le hasard les a jetés, de nouvelles semences qui sont éliminées avec les matières intestinales. Ces germes sont ultérieurement entraînés par les pluies ou même emportés par les vents (Perroncito); ils répandent au loin l'infection, et leurs produits sont exposés aux mêmes vicissitudes que leurs aînés. Ces différentes évolutions ne s'accomplissent pas aussi simplement que nous le rapportons, et nous omettons volontairement bien des détails relatifs aux aptitudes parasitaires et aux changements que cet état imprime aux individualités incluses. Nous ferons seulement remarquer que, dans ce second mode de contamination, tout s'exécute de la façon la plus passive, et que les vers adultes, libres ou parasites, périssent fatalement lorsqu'ils sont forcés de quitter le milieu où ils sont devenus parfaits. Dans tous les cas, les phénomènes fondamentaux s'expliquent de la façon la plus satisfaisante, et leur interprétation ne devient le point de départ d'aucune difficulté. On connaît la provenance des germes, et l'on distingue parfaitement ce double courant qui, de leurs parents, les amène à l'homme, par exemple, et de l'homme restitue leurs descendants au réservoir commun, où les uns retrouvent la liberté, tandis que quelques autres sont rendus au parasitisme.

Mais il n'en est pas de même des autres entozoaires, qui à eux seuls absorbent tout l'intérêt de la question. On ne les rencontre jamais en liberté à la surface de la terre; ils n'existent que dans le corps de l'homme et des animaux où ils ont été introduits accidentellement à l'état de germes, et ces germes eux-mêmes ne sont que les produits des fécondations opérées dans les organismes infestés. Leurs ascendants faisant complètement défaut, on s'est efforcé d'expliquer leur origine au moyen des théories les plus subtiles. Tout d'abord, on a prétendu qu'ils pouvaient naître spontanément et qu'ils provenaient des aliments, des matières stercorales ou des humeurs. Cette croyance, déjà populaire au temps d'Hippocrate, était fort naturelle, en raison du peu de connaissances que l'on possédait alors sur l'anatomie et la physiologie de ces êtres. On a dit aussi qu'ils étaient transmissibles de parents aux enfants, et cette hypothèse semblait confirmée par la découverte de vers dans les embryons et les fœtus de mammifères et même dans les œufs des oiseaux. Enfin, bien que les faits qui viennent d'être cités aient été reconnus controuvés ou mal interprétés, des hommes de talent ont défendu, jusqu'à notre époque, la génération spontanée.

Cependant la science faisait des progrès considérables, et il a été établi que les entozoaires sont de véritables animaux, parfois rudimentaires, chez qui les phénomènes vitaux se réduisent à la nutrition et à la reproduction de l'espèce. Les organes respiratoires font défaut; leur système nerveux est réduit à sa plus simple expression, et, chez quelques espèces, on hésite à lui rattacher les quelques filaments qu'on distingue dans leur stroma. Les uns, comme les cestoïdes, ne possèdent même pas de cavité digestive et se nourrissent par endosmose, tandis que d'autres, et le distome hépatique est dans ce cas, offrent un intestin ramifié qui remplit presque tout l'intérieur de leur corps. Il en est qui subissent des métamorphoses et des migrations successives avant de parvenir à l'état adulte. Cystiques, agames, confinés dans les parenchymes et les cavités séreuses pendant la première phase de leur enfance, les ténias acquièrent des organes génitaux et habitent l'intestin quand ils sont arrivés à leur développement complet. Rien n'est comparable à leur fécondité. On estime que le botriocéphale large renferme 10 millions d'œufs (Eschricht), et que la femelle de l'ascaride lombricoïde peut en pondre de 60 à 64 millions par an (Leuckart, Eschricht). Mais ce qu'il y a de remarquable c'est que ces œufs n'éclosent pas, en général, dans l'organisme où habitent leurs parents. Ils sont rejetés au dehors, et les uns rentrent dans un autre organisme, où leurs membranes sont dissoutes par les sucs digestifs, qui favorisent ainsi leur éclosion, et les autres, comme chez les botriocéphales, les distomides, les filaires, livrent passage à leurs embryons, qui vivent plus ou moins longtemps à l'état de liberté, jusqu'à ce que le hasard leur fasse rencontrer un hôte approprié. Toutes ces données scientifiques, acquises soit par l'observation directe, soit par des moyens artificiels, ont ruiné complètement la théorie de la génération spontanée, et ont démontré qu'on pouvait en toute certitude faire aux helminthes l'application du vieil adage : *Omne vivum ex ovo*. Mais si nous connaissons mieux ces êtres au point de vue de l'histoire naturelle, il n'en est pas moins vrai que la question relative à leur origine première reste toujours dans l'ombre, et qu'aucun pas en avant n'a été fait à cet égard.

Nos premières études nous ont permis de constater de la façon la plus évidente que, conformément à l'opinion de M. Davaine, l'infection se produit presque exclusivement par l'intermédiaire des liquides. L'asile d'Auxerre est alimenté par les eaux d'infiltration d'une colline qui, après avoir traversé une large couche de terrain néocomien et portlandien,

vont se réuir dans de profondes galeries couvertes. Elles sont d'une pureté irréprochable et ne peuvent être accusées du transport des œufs de parasites. Et cependant la présence des entozoaires, et surtout des lombrics, n'est pas rare chez nos aliénés. Voici comment les choses se passent. Les jardins sont traversés par un canal qui reçoit les eaux pluviales des environs et celles de certains égouts de la ville d'Auxerre. D'autre part, les préaux des pavillons habités par les malades sont entourés de fossés ou sauts-de-loup dans lesquels se déversent les eaux qui lavent les terres et qui ne s'absorbent pas toujours immédiatement. Dans ces différentes collections liquides, des œufs d'entozoaires peuvent se rencontrer, soit qu'ils viennent du dehors, soit qu'ils aient été excrétés par des gâteux déjà contaminés. On sait qu'il est très difficile d'empêcher les déments et les idiots de boire à ces sources impures, et c'est en agissant de la sorte qu'ils finissent par devenir la proie des vers. Les affections vermineuses ne s'observent que chez les malades les plus dégradés au point de vue moral, et c'est invariablement le même procédé qui leur donne naissance. Cela est tellement vrai, que le personnel administratif de l'établissement et les aliénés qui possèdent encore une certaine virtualité intellectuelle en sont toujours indemnes, bien qu'ils boivent les mêmes eaux potables et que la nourriture végétale soit préparée en commun.

La seule exception à cette règle se rencontre chez certains aliénés qui sont tombés au-dessous du niveau de la brute, et qu'on désigne sous le nom de coprophages. Il est tout naturel que, dans de pareilles conditions, l'infection s'effectue directement par les solides.

Abordant ensuite la question originelle des entozoaires, nous nous sommes demandé si le succès des investigations opérées jusqu'à ce jour n'avait pas été compromis par la faute de la méthode employée. En effet, les observateurs ne se sont guère préoccupés que des rapports qui pouvaient exister entre l'homme et ces animaux ; il y en a même qui ont accusé Adam d'avoir renfermé en lui-même les germes de toutes les espèces qui s'acharnent sur ses descendants. Mais l'idée n'est jamais venue de suivre leur piste plus loin que l'humanité et suivant la ligne d'évolution de la série animale. Ce mode de procéder est le plus naturel et le seul capable de nous fournir une solution satisfaisante. Nous connaissons aujourd'hui leur mode de reproduction d'une façon assez complète pour chercher à les faire rentrer sous la loi commune, et, pour y parvenir, il ne faut pas se borner à constater leur état actuel, mais il est indispensable d'établir ce qu'ils ont été ou ce qu'ils ont pu être. En leur accordant la prérogative la plus élémentaire de l'animalité, on est bien près d'élucider en partie la question qui nous intéresse, car il suffit d'admettre *à priori* qu'au moment de leur apparition sur la terre leur indépendance et leur autonomie étaient absolues. Il ne resterait plus qu'à rechercher comment il a pu se faire qu'ils aient disparu de leur séjour naturel, au point de constituer une si étrange anomalie avec les faits qui nous ont servi de point de départ et de comparaison.

Ces prémisses posées, les déductions les plus légitimes s'offrent spontanément à l'esprit, et, grâce aux données scientifiques, il devient facile de reconstituer en quelques mots et théoriquement l'histoire de ces entozoaires. A une époque géologique bien antérieure à la nôtre, ils vivaient à l'état de liberté, et, après avoir subsisté un temps plus ou moins long, ils ont fini par disparaître à la suite de ces grands changements telluriques et météorologiques qui ont été successivement l'occasion de la mort de tant d'autres animaux. Mais le parasitisme était déjà organisé, et, sous l'influence de causes toutes spéciales, il était appelé à se perpétuer indéfiniment. En d'autres termes, les entozoaires appartiennent, pour la plupart, à des races éteintes, et s'ils ont échappé à la destruction commune, c'est qu'ils ont rencontré dans le corps des animaux, et plus tard dans celui de l'homme, un refuge qui leur offre à peu près les mêmes conditions biologiques que celles du milieu où leurs ancêtres avaient primitivement évolué. C'est dans cette retraite qu'ils bravent les agents extérieurs dont le contact leur est devenu mortel et qu'ils peuvent se développer et propager leur espèce. Dès lors, pour ne plus retomber dans une confusion regrettable, nous réserverons le nom d'helminthes aux vers libres, et celui d'entozoaires à leur descendance parasitaire.

Il est impossible d'apporter la démonstration matérielle des faits que nous avançons, car la meilleure preuve consisterait à montrer les empreintes de ces animaux sur les terrains dont ils sont contemporains, comme cela se pratique pour les fossiles. Mais il faut remarquer qu'ils sont privés de test, que la substance de leur corps est facilement décomposable, et qu'elle a dû être détruite avant d'avoir eu le temps d'être infiltrée de sels calcaires. Les premiers articulés existaient à une date bien reculée, puisque les annélides tubicoles sont contemporains de la période dévonienne de l'époque de transition, et cependant on a retrouvé la trace de leur passage, à cause de leur enveloppe, que les incrustations ont rendue indestructible. Nous avons eu aussi la curiosité de consulter les descriptions faites au sujet des coprolithes, afin de savoir si l'on n'aurait pas signalé chez eux la présence de corpuscules pouvant avoir quelque ressemblance avec les œufs d'entozoaires; mais nous n'avons rien trouvé de particulier à cet égard, et il ne nous semble pas qu'on ait procédé à l'analyse microscopique du cément qui unit les différentes substances dont ils sont composés (1).

Pour combler ces lacunes, nous nous sommes efforcé de réunir des preuves d'un autre ordre et qui nous paraissent aussi solides qu'on peut le désirer. Nous avons d'abord examiné les conditions du milieu qui sert de réceptacle aux entozoaires, et, par analogie, nous avons cherché à déterminer l'époque géologique qui a vu naître leurs ascendants et les causes qui en ont déterminé la destruction.

Les entozoaires ne vivent dans le corps de l'homme et des animaux qu'à la condition d'y rencontrer à la fois de la chaleur et de l'humidité. Chez les animaux supérieurs, la température est constante et oscille, suivant les espèces, entre 36 et 40 degrés. Quant aux liquides qui traversent le canal intestinal ou circulent dans les vaisseaux, quant à l'humidité qui baigne les tissus, ils possèdent la même température que les parties profondes et prédominent sur les parties solides. Les entozoaires développent très peu d'activité; mais quand ils sont expulsés, sans avoir été soumis préalablement à l'action toxique des vermifuges, ils ressentent aussitôt et profondément les modifications du milieu ambiant. Il y en a qui sont véritablement foudroyés, tandis que d'autres exécutent des mouvements incoordonnés et qui semblent produits par la gêne et le saisissement qu'ils éprouvent. Les faits cités par les auteurs sont très intéressants. M. Laboulbène a vu des ténias, qui venaient d'être rendus, donner des signes très apparents de vitalité, appliquer leurs ventouses sur un de leurs propres anneaux, et avec tant de force, qu'en voulant détruire l'adhérence on rompait plutôt le scolex. Les mêmes animaux plongés dans l'eau tiède s'y conservent assez longtemps et périssent aussitôt qu'elle s'est refroidie. Chez des cucurbitins rendus isolément, la survie peut se prolonger toute une journée quand la chaleur est suffisamment élevée; toutefois le défaut d'humidité doit jouer un rôle prédominant comme cause de mort. M. Dionis des Carrières ayant opéré l'extraction d'un distome hépatique, constata qu'il se débattait assez vivement; de son côté, M. Fauconneau-Dufresne rapporte une observation dans laquelle des ascarides lombricoïdes se soulevaient et paraissaient menaçants.

Toutes ces observations s'appliquent exclusivement aux vers adultes, car les choses changent du tout au tout quand ils sont plus jeunes ou quand ils se trouvent dans certaines

(1) Van Beneden a examiné au microscope des coprolithes d'ichthyosaures et de plésiosaures; mais il n'a pu rien découvrir, parce que ses coupes n'étaient ni assez minces ni assez transparentes.

conditions particulières. A l'état cystique et kystique, ils supportent une chaleur infiniment plus élevée, comme aussi un froid plus considérable. On sait que, pour rendre inoffensives les viandes infestées, il est indispensable de les soumettre à une chaleur de 75 à 80 degrés, en ayant soin toutefois de prolonger l'opération jusqu'à ce que les parties centrales se soient mises au niveau de cette température. D'autre part, les trichines et les cysticerques du porc ladrique vivent encore dans les chairs putréfiées, plusieurs jours après la mort de l'animal qui les renfermait.

Quant aux œufs, ils possèdent une résistance vitale extraordinaire, et, comme les graines de certaines plantes, ils peuvent se conserver indéfiniment quand il sont placés dans de bonnes conditions. Ils supportent parfaitement le froid et la chaleur de l'atmosphère; il en est qui ne se détériorent pas après avoir passé plusieurs années dans l'eau; mais les liquides putrides leur sont défavorables. Les embryons se développent plus facilement dans un milieu tiède et humide; on les voit même exécuter des mouvements quand ils se trouvent encore enfermés dans leur coque. Dans certains états pathologiques, tels que la dysenterie, les fièvres typhoïdes à forme muqueuse, putride, et certaines phlegmasies, le parasitisme s'exerce avec une extrême activité, et il est intéressant de remarquer que ce phénomène se produit précisément dans les circonstances où la chaleur animale dépasse de beaucoup ses limites ordinaires. Ainsi, lorsque les œufs sont déposés sur le sol, ils sont capables de braver les agents extérieurs et d'assurer de cette façon la conservation de leur espèce; mais, quand ils viennent à être transportés dans un organisme appartenant à un type supérieur, ils subissent aussitôt l'influence de ce nouveau milieu, et leur évolution s'effectue rapidement.

Il paraît donc incontestable que la généralité des entozoaires exige, pour pouvoir exister, une température de 36 à 40 degrés et une humidité constante. C'est pour eux une loi inexorable, et, quand elle est transgressée, la mort survient fatalement avec des échéances qui sont en rapport avec les susceptibilités inhérentes aux différentes espèces. Dès lors, on est en droit de se demander, dans le cas où ces deux conditions se trouveraient réunies dans le cours d'une période géologique, si une pareille constatation ne fournirait pas la meilleure preuve de la possibilité de la vie libre de ces animaux, en même temps qu'elle servirait à indiquer avec plus de précision la date de leur naissance. On sait, en effet, qu'à chaque évolution cosmique de notre globe correspondait une série d'animaux dont les aptitudes vitales étaient en concordance absolue avec le milieu qu'ils devaient habiter. Il est toutefois possible qu'une chaleur un peu supérieure à celle dont les limites viennent d'être indiquées soit exigible, car tout fait supposer qu'à l'état primitif les helminthes développaient plus de mouvement et d'activité que les entozoaires actuels, qui ressemblent assez à ces reptiles de la zone tropicale entretenus dans les ménageries au moyen d'une chaleur artificielle, et dont les fonctions physiologiques sont réduites à leur plus simple expression.

Or, il est prouvé que ce milieu, dont nous venons d'esquisser les principaux caractères, existait pendant la période secondaire de l'évolution terrestre. A cette époque, en effet, la terre s'était en grande partie refroidie, mais sa surface était encore accessible à la chaleur centrale. La vapeur d'eau était répandue en quantité considérable dans l'atmosphère, l'action du soleil était presque nulle, et il n'existait aucune distinction de climat. Toutes les parties qui formaient les continents pouvaient être comparées à une immense serre, pleine à la fois de chaleur et d'humidité. C'est alors qu'ont dû apparaître les helminthes, non pas brusquement, mais progressivement, dans un rapport exact avec leur sensibilité thermique. Grâce à ces conditions si favorables et à leur étonnante fécondité, ils se sont multipliés d'une façon prodigieuse. Ils formaient probablement des masses grouillantes dans les eaux, dans l'humus, au milieu des conferves et des plantes cellulaires, et subsistaient aux dépends de la matière organique, qui partout se trouvait répandue à profusion. D'un autre côté, ils étaient eux-mêmes absorbés, soit en nature, soit à l'état d'œufs, par les animaux contemporains, et jetaient ainsi les premiers germes du parasitisme. A cet égard, les espèces qui sont susceptibles de subir impunément les conséquences de semblables immigrations doivent présenter, dans leur organisation, au moins les deux particularités suivantes : 1° une surface extérieure assez résistante pour s'opposer à la digestion de l'être inclus par les sucs digestifs avec lesquels il se trouve de prime-abord en contact; 2° un défaut complet d'organes respiratoires, car, dans certains liquides, les échanges gazeux deviendraient impossibles. On signalerait bien encore d'autres conditions, mais elles sont secondaires et n'intéressent pas immédiatement l'existence de l'individu. Il serait toutefois intéressant de rechercher si, comme nous l'avons déjà fait remarquer pour certains vers libres, le parasitisme n'était pas susceptible de revêtir un véritable caractère de volonté ou au moins d'instinctivité. M. Davaine fait observer, en effet, que des embryons de ténia sont armés de crochets disposés de telle sorte qu'ils semblent destinés à progresser dans un milieu solide et non fluide. Il ne répugnerait donc en aucune façon d'admettre que, pendant cette période d'indépendance et d'activité, il se soit rencontré quelques espèces qui pouvaient pénétrer de vive force chez ces animaux à substance presque gélatineuse, qui se trouvaient alors en quantités incommensurables, et qui devaient leur offrir en même temps des conditions d'existence bien plus satisfaisantes à tous les points de vue.

A la période tertiaire, la croûte solide de la terre a pris une telle épaisseur, qu'elle intercepte complètement le rayonnement de la chaleur centrale, et désormais le soleil brillera dans toute sa splendeur. En même temps les pôles se refroidissent, les climats se dessinent, et les distributions thermiques s'organisent telles qu'elles existent encore aujourd'hui. Ce nouvel état de choses, qui apportait un gage de perfectionnement aux espèces en voie de formation, devint mortel pour les helminthes, qui disparurent en suivant la ligne du refroidissement, c'est-à-dire des pôles à l'équateur. Mais pendant que ces événements s'accomplissent, la faune subit des modifications considérables, et le fait le plus important se rattache à la naissance des mammifères. Ce sont d'abord ces espèces monstrueuses qu'un cataclysme détruira à un moment donné, puis celles qui se sont perpétuées jusqu'à nos jours. Ces animaux constituent le terrain le plus favorable au parasitisme, ils recueillent les semences de la période précédente, et, secondés par les êtres nouveaux qui surgissent encore de distance en distance, ils continuent le travail de propagation commencé par leurs prédécesseurs. Ces germes sont transportés sous toutes les latitudes, de façon qu'il n'existe aucun point de la terre qui en soit exempt. Enfin, quand arrive la période quaternaire, et que l'homme fait son apparition, il reçoit à son tour ce fatal héritage, et désormais le fléau étend sur toutes les races vivantes son empire illimité.

Il y a lieu toutefois de se préoccuper d'une objection qui se présente naturellement à l'esprit. En effet, l'on se demandera comment il est possible que certains vers habitent chez les animaux à sang froid, puisqu'une température élevée est réputée indispensable à leur existence. Mais la plupart des faits de ce genre qui, au premier abord, semblent contradictoires, s'expliquent d'une façon satisfaisante lorsqu'on les soumet à une analyse minutieuse. Nous savons déjà que les embryons et les larves sont organisés de telle façon qu'ils supportent impunément des conditions mésologiques qui seraient mortelles pour les adultes. Ils résistent également à la chaleur et au froid; il en est même un bon nombre qui vivent en liberté. Or, il est à remarquer que, si les entozoaires se rencontrent chez les animaux à sang chaud à toutes les phases de leur développement, c'est presque toujours sous une apparence

morphologique inférieure à l'état parfait qu'ils apparaissent chez les animaux à sang froid. Quelques exemples serviront à démontrer la vérité de cette proposition. Chez les cestoïdes, la règle ne souffre pas d'exception, et leurs larves cystiques habitent seules les organismes à basse température. On prétend avoir trouvé des hydatides chez les reptiles et les poissons. Siebold et Chossat ont vu un cysticerque dans un mollusque, et Stein en décrit un autre qui s'était introduit dans la larve du ténébrion de la farine. D'après Melnikow, le ténia cucumérin acquerrait sa forme cystique chez le *Trichodectes lati* (pou du chien), et celui-ci s'infecterait en se léchant. Enfin les ligules, qui appartiennent à la tribu des botriocéphales, passent leur enfance dans le corps des batraciens et des poissons osseux; puis on les retrouve à l'état adulte chez les oiseaux palmipèdes, qui font leur nourriture de ces derniers.

Parmi les trématodes, qui fournissent les exemples les plus curieux de la génération alternante, les distomides sont libres pendant la phase embryonnaire; plus tard, ayant passé à l'état de sporocystes ou de rédies, ils vivent en parasites à l'intérieur des mollusques; et, en dernier lieu, ils se transforment en cercaires, pénètrent dans un animal aquatique, dans un mollusque ou une larve d'insecte, et ne deviennent adultes que lorsque leur hôte a été dévoré par un vertébré.

On prétend avoir rencontré des larves d'acanthocéphales chez des mollusques et des hannetons, et ceux-ci auraient pu en transmettre les germes à l'homme. Ils s'enkystent parfois, mais il faut reconnaître qu'on ignore à peu près totalement le milieu dans lequel ils séjournent sous forme de larves.

Mêmes réflexions pour certains vers nématoïdes. Ainsi la larve de la filaire de Médine s'introduit dans un crustacé microscopique, le cyclope, qui vit dans les eaux douces; puis elle pénètre de cette façon chez l'homme avec l'eau qui lui sert de boisson, et alors elle se développe complètement.

D'autre part, presque tous les vers véritablement libres deviennent les parasites aussi bien des animaux à sang chaud que de ceux à sang froid. Les cercomonas se rencontrent tantôt chez les mammifères, tantôt chez les batraciens. Plusieurs nématoïdes, parasites des animaux supérieurs, font un séjour provisoire sous forme de rhabditis chez les batraciens, les larves d'insectes, les annélides et les mollusques. D'autres s'enkystent, comme les strongyles, dans les organes digestifs des reptiles, et nous avons déjà vu que les vers enkystés possèdent une résistance vitale qui ne le cède guère, au point de vue qui nous occupe, à celle des larves et des embryons.

Après cette élimination, le nombre des entozoaires qui séjournent chez les animaux à sang froid, en dehors des conditions qui viennent d'être mentionnées, est considérablement réduite. Il reste cependant quelques réfractaires qui appartiennent aux distomides, aux échinorhinques, aux oxyures, aux filaires, aux ascarides, aux spiroptères, aux trichosomes, aux achanthothèques, et qui deviennent les hôtes des reptiles et des poissons. Nous ne possédons que des notions très imparfaites sur leurs rapports avec les organismes qu'ils habitent, et l'on ne saurait expliquer leur idiosyncrasie spéciale qu'en les assimilant à la deuxième catégorie des vers libres, dont il nous reste à établir l'origine, attendu que leur existence diffère encore essentiellement de celle des autres entozoaires.

A cet égard, les vers libres peuvent se diviser en trois groupes bien distincts. Les uns descendent directement des races primitives et se sont perpétués jusqu'à nos jours, parce qu'ils ont rencontré, dans certaines contrées, les conditions climatériques et autres qui leur sont indispensables. Telles sont les anguillules, qui abondent dans les marais brûlants de la Cochinchine. Si le hasard les transporte dans une localité plus froide, en Italie, par exemple, les embryons, devenus libres, se montrent d'abord très actifs, puis ils s'encapsulent et finissent par périr, s'ils sont abandonnés à eux-mêmes. (Perroncito.)

Les autres, qui se rapportent aussi à une période très ancienne, ont pu résister, comme certaines espèces animales, et grâce à une organisation particulière, aux changements successifs qui se sont opérés dans leur milieu ambiant. Les vers de ce groupe, dont l'acclimatation n'est pas complète, subissent encore de basses températures, mais ils ne sauraient se soustraire entièrement au régime parasitaire, et c'est pour ce motif qu'ils se réfugient jusque dans les espèces inférieures.

Enfin, dans la troisième catégorie, se rangent les helminthes dont nous avons décrit plus haut les mœurs, et qui manifestent l'indifférence thermique la plus absolue. Il en est qui se plaisent dans les eaux froides, chaudes, salines, sulfureuses, et qui s'introduisent également dans le corps des animaux à sang chaud et à sang froid. Il y en a même, comme le mermis, qui se montrent tour à tour libres et parasites. Dans tous les cas, ils se font remarquer par leur activité et leurs manifestations volontaires. On paraît donc être en droit d'assigner à ces différentes espèces une origine relativement récente, et, comme à l'époque tertiaire, les climats étaient à peu près tels qu'on les voit aujourd'hui; il est tout naturel de rattacher à cette période la date de l'apparition de ces êtres, qui semblent n'avoir jamais changé de conditions mésologiques.

Après ces explications, de nouveaux développements deviennent inutiles, et nous entraîneraient trop loin dans le domaine des hypothèses. Cependant nous estimons que la théorie qui vient d'être exposée nous aide à rétablir d'une façon plus scientifique et plus logique la filiation de ces animaux étrangers. Elle permet en même temps de dissiper le mystère et le merveilleux dont ils sont entourés, de les replacer sous l'autocratie des lois ordinaires de l'évolution organique, et de nous faire assister, à travers le voile des temps, à des manifestations phénoménales identiques à celles qui se déroulent actuellement sous nos yeux, chez les quelques helminthes qui vivent encore en liberté.

Conclusions. — Tout ce qui précède peut se résumer de la manière suivante :

1° Les helminthes formaient, dans l'origine, une race libre et indépendante. D'après leur organisation physiologique, il est présumable que leur apparition s'est effectuée pendant le cours de la période secondaire de l'évolution terrestre.

2° De leur contact avec les autres animaux s'est produite, soit instinctivement, soit par simple déviation de milieu, une branche parasitaire dont les individualités qui la composent ont reçu le nom d'entozoaires.

3° A la période tertiaire, et sous l'influence de l'abaissement de la chaleur planétaire, les helminthes ont été frappés de mort, et à partir de ce moment, les entozoaires ont concouru seuls à l'alimentation du parasitisme.

4° Le parasitisme exige des qualités spéciales de la part des êtres inclus, et il se perpétue parce que leurs germes subsistent indéfiniment à la surface du sol, où ils constituent de véritables foyers d'infection.

5° Quant aux helminthes qui vivent encore en liberté, ils sont susceptibles, au point de vue originel, de se diviser en trois catégories : les premiers appartiennent aux races primitives et se conservent parce qu'ils se trouvent maintenus dans un climat approprié; les seconds, quoique également très anciens, sont arrivés au même résultat par acclimatations successives; en ce qui concerne les derniers, la date de leur naissance peut être rapportée à la période tertiaire.

6° Comme conséquence de ces différents modes de propagation, toutes les séries animales ont été progressivement contaminées, et l'homme lui-même, le dernier venu de la création, n'a pu se soustraire à cet envahissement universel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Diphthérite. — M. *V. Laurenzi* adresse un mémoire, écrit en italien, sur ce sujet. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Sur un uréomètre. Note de M. *de Thierry*. — « J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un appareil destiné à doser. Cet appareil est fondé sur le procédé, déjà connu, de la décomposition de l'urée par l'hypobromite de soude. Il se compose de deux parties : la première comprend un tube avec ampoule, muni d'un robinet, s'adaptant sur un réservoir qui, lui-même, est mis en communication, par un tube latéral en caoutchouc, avec la deuxième partie de l'appareil, qui comprend : une éprouvette servant de cuve à eau, une cloche graduée et un thermomètre. L'expérience de cet appareil a été faite depuis le mois de mars 1880, dans les hôpitaux civil et militaires, français et étrangers. Il a été adopté par le ministère de la marine et des colonies, sur la proposition du Conseil supérieur de santé, au mois de décembre dernier, et par l'Ecole de pharmacie de Paris en mars 1881. Cet uréomètre permet d'opérer sur l'eau et à une température constante, d'employer une quantité du liquide à examiner suffisante pour obtenir un résultat aussi exact que possible. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de la marine accuse réception de 8 tubes de vaccin envoyés par l'Académie pour être transmis à Gorée.

L'Académie reçoit : 1° une lettre de Mme veuve Mattei qui lui fait savoir qu'elle tient à sa disposition, suivant les dernières volontés de son mari, M. le docteur Mattei, décédé au mois de février dernier, la partie médicale de sa bibliothèque; il s'agit d'une rare collection d'ouvrages relatifs à l'obstétrique; 2° de M. le docteur *Fiessinger* (de Thaon) un mémoire pour le concours du prix Godard de 1881 sur l'*Étiologie de la fièvre typhoïde dans le canton de Châtel* (Vosges), et une brochure sur *La syphilis infantile*; 3° de M. le docteur *Demons* (de Bordeaux) un travail manuscrit sur une *Modification au procédé ordinaire de la résection tibio-tarsienne* (Renvoi à M. Polaillon); 4° M. *Monthus* propose un *Traitement préservatif de la fièvre jaune* (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*); 5° M. le secrétaire de l'*Académie de Stanislas*, à Nancy, adresse le volume des *Mémoires* de cette Académie pour 1880.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° le *Rapport sur les travaux des Conseils d'hygiène de l'Eure en* 1880; 2° les *Programme et règlement de l'École de l'art dentaire de Genève*; 3° le *Programme du Congrès de la Ligue internationale des antivaccinateurs à Cologne*, le 10 octobre.

M. *Baudrimont* présente une Note de M. *Duquesnel*, pharmacien à Paris, sur l'*hyoscyamine cristallisée*, et montre un échantillon de ce produit obtenu par un procédé nouveau, dont il fait ressortir les avantages.

M. *Bouley* offre, au nom de MM. *de Pietra Santa* et *de Nansouty*, une étude sur la *crémation*.

M. *Fauvet* présente, de la part de M. *A. J. Martin*, un *Rapport officiel sur le congrès international d'hygiène de Turin en* 1880.

M. *Colin* dépose un mémoire de M. *Chauvel*, professeur à l'École du Val-de-Grâce, sur l'*élongation des nerfs*.

M. *Marey* fait hommage de son livre sur *La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies*.

Eaux minérales. — Conformément aux conclusions des rapports de M. *Constantin Paul*, l'Académie est d'avis d'autoriser l'exploitation, pour l'usage médical, d'une source, dite de Château-Craix, à Genesselle (Ardèche) et d'une autre source, dite Alexandrine, à Vals (Ardèche).

Inoculation de la péripneumonie contagieuse. — M. *Bouley*, véritable Providence des Académies siégeant malgré les vacances, remplit toute la séance par une riposte habile et savante à l'attaque que lui avait adressée la semaine précédente M. Leblanc, au sujet de sa communication en faveur de l'inoculation de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes. Tout d'abord il fait à son contradicteur comme un procès de tendance, l'accusant de ne baser ses arguments contre l'efficacité de l'inoculation que sur des faits négatifs. M. Leblanc citait des cas dans lesquels l'inoculation n'avait eu aucun succès ; prouvent-ils contre ceux dont les résultats ont été tout autres? Non, déclare M. Bouley, car ils ne peuvent être dus qu'aux conditions différentes dans lesquelles a été produite l'inoculation, et n'y a-t-il pas mille circonstances capables d'annuler le virus: sa mauvaise qualité, une inoculation illusoire, la présence de microbes antagonistes, la densité plus ou moins grande du tissu, une hémorrhagie consécutive à l'absorption, le mouvement giratoire de la queue, ou toute autre cause à déterminer? M. Bouley, s'appuyant sur les recherches de la chimie, sur les exemples fournis par les expériences de M. Pasteur concernant la conservation des germes charbonneux dans le sol, estime qu'en thèse générale, un fait négatif ne saurait prouver contre un fait positif, celui-ci étant l'expression d'une vérité démontrée, et les faits ne pouvant d'ailleurs être contradictoires. Il faudrait évidemment prouver aussi que les « faits » de M. Leblanc, pour employer ce langage de métaphysique scientifique, sont négatifs et en quoi ils le sont; aussi peut-on s'attendre déjà à voir celui-ci déclarer que ses faits négatifs sont des faits positifs. Un fait est un fait, l'interprétation seule en diffère, mais l'on peut lui donner un caractère d'affirmation ou de négation vis-à-vis de telle ou telle théorie particulière.

Quoi qu'il en soit, pour M. Bouley, la question de l'immunité donnée par l'inoculation caudale de la péripneumonie est scientifiquement jugée ; les inoculations critères de MM. Willems et Sanderson, pratiquées sur les bêtes inoculées aux régions habituellement mortelles, peuvent entraîner la conviction, et bien que l'inoculation ait pu se montrer infidèle un certain nombre de fois dans la pratique, sous l'influence de conditions plus ou moins différentes, cette opération préventive est rationnelle et s'impose. Est-ce que d'ailleurs l'exemple de l'Australie, de la Hollande, etc., qui ont accueilli avec tant de faveur cette mesure et qui la pratiquent sur une si large échelle n'est pas une sérieuse présomption, et cet exemple ne doit-il pas encourager la France à poursuivre l'exécution de la loi récente? Cette loi, ajoute M. Bouley, ne doit pas, au reste, être si onéreuse au Trésor public que le craint M. Leblanc; car, si elle ordonne l'abatage dans un délai de quarante-huit heures, après indemnité préalable, de tout animal atteint, elle oblige, d'autre part, à séquestrer pendant trois mois les animaux d'une étable dans laquelle la péripneumonie a été constatée et à ne les en faire sortir que pour la boucherie ; comme il y a de grandes chances pour que la maladie s'attaque à la majorité d'une étable infestée, le Trésor eût été condamné à une dépense bien plus élevée si l'inoculation n'avait pas été prescrite. Cette loi, au surplus, n'a fait que confirmer l'opinion si souvent exprimée par les vétérinaires en faveur de l'inoculation, opinion dont M. Bouley fournit de nouveaux témoignages.

Poursuivant ensuite l'examen des critiques de M. Leblanc, et relevant son assertion que l'inoculation ne donnerait pas lieu à la péripneumonie, il fait remarquer que ce qui constitue la maladie contagieuse ce n'est pas sa lésion anatomique, mais son élément essentiel, le virus de la contagion; car il y a des varioles sans variole, des fièvres typhoïdes sans éruption intestinale, des maladies frustres, suivant l'expression de Trousseau; l'inoculation peut donc donner la maladie sans lésion anatomique; de même pour la péripneumonie, on peut donner la maladie bénigne sans que la lésion pulmonaire se manifeste, et peut-être cette lésion est-elle le signe de la voie parcourue par l'agent de la contagion pour infecter l'économie? Mais la maladie n'est pas infectieuse, affirme M. Leblanc. M. Bouley cite à cet égard une expérience récente de M. Chauveau, imitée des recherches de M. Renault sur la contagion de la morve, et dans laquelle faisant communiquer les naseaux de deux animaux,

l'un malade et l'autre sain, par un long tube, la contagion s'est produite.

M. Leblanc admet encore la spontanéité de la péripneumonie et de toutes les maladies contagieuses; M. Bouley déclare que, quant à lui, il n'y croit plus depuis que la science expérimentale a montré la nature vivante des éléments de la contagion, et depuis que toutes les tentatives faites pour prouver la génération spontanée des protorganismes dont la contagion est fonction ont été vaines; tout ce que l'on sait, c'est que toute maladie du genre de celles dont il s'agit a pour origine la contagion; il en est, en effet, de même pour la peste bovine des steppes russes, comme pour la rage, etc.; en Australie, le développement de la péripneumonie par l'arrivée d'un premier animal malade peut suffire à lever tous les doutes. M. Bouley confirme donc sa foi complète en l'efficacité de l'inoculation préventive de la péripneumonie, tout en appelant de tous ses vœux, à l'égal de M. Leblanc, de nouvelles études sur les diverses obscurités de la question.

Le vaccin du charbon symptomatique. — M. *Bouley* profite de sa présence à la tribune pour présenter un exposé des expériences faites le 27 septembre, par MM. Arloing, Cornevin et Thomas, à Chaumont sur le vaccin du charbon symptomatique, expériences analogues à celles que fit M. Pasteur à Pouilly-le-Fort et qu'il a déjà réalisées sur près de 40 000 animaux en ce qui concerne le charbon dit sang de rate. Elles ont toutes pour but de montrer que les virus mortels peuvent se transformer en vaccins et que l'atténuation de ces virus est susceptible de s'obtenir par divers procédés : les cultures vieillies ou chauffées, pratiquées par M. Pasteur; l'inoculation intraveineuse, dans les recherches de MM. Arloing, Cornevin et Thomas. Ces derniers expérimentateurs ont précisé la différence qui existe entre les deux formes de charbon : l'une, caractérisée par la présence dans le sang de la bactéridie, transmissible par inoculation du sang charbonneux; l'autre, caractérisée par une bactéridie plus grosse et très mobile et par les effets particuliers de l'inoculation. Si, en effet, l'inoculation a lieu dans le tissu cellulaire, il se produit une tumeur avec emphysème; au début de l'accident, la formation abondante de gaz acide carbonique, retenu dans les mailles du tissu conjonctif, ne suscite ni gangrène, ni odeur; mais bientôt apparaissent des symptômes graves et l'animal ne tarde pas à succomber avec tous les signes de l'intoxication charbonneuse; si, au contraire, l'inoculation se pratique en préservant le tissu cellulaire du contact du virus et en transportant le sang toxique dans l'intérieur de la veine de l'animal en expérience, on n'observera ni tumeur ni emphysème, mais seulement une faible élévation de la température, indice d'une fièvre peu intense. Puis, le sujet reviendra à l'état normal, toutefois, avec cet avantage qu'il aura acquis l'immunité contre le charbon symptomatique. — Le 26 septembre, MM. Arloing, Thomas et Cornevin, sur l'invitation du Conseil général de la Haute-Marne, réunirent, à Chaumont, 25 animaux de l'espèce bovine pour les soumettre à l'inoculation intraveineuse; 13 avaient été vaccinés par eux au mois de février, 12 n'avaient point été vaccinés. Ils eurent soin de mettre à nu la veine, de disséquer la tunique externe jusqu'à la tunique interne, prenant d'ailleurs toutes sortes de précautions pour qu'aucune parcelle du sang virulent aspiré par la seringue de Pravaz ne fût en contact avec le tissu cellulaire de l'animal; puis, la seringue étant pleine, ils injectèrent la moitié du virus dans la cuisse d'un sujet vacciné, l'autre moitié dans la cuisse d'un sujet non vacciné. Parmi les 13 vaccinés, 12 sont restés indifférents à l'épreuve, 1 seul a ressenti une fièvre un peu marquée; parmi les non vaccinés, 9 sont morts avant le troisième jour, 2 autres ont été et sont encore fort malades, le 12e s'est montré réfractaire; enquête faite, il a été constaté que ce dernier venait d'une étable où le charbon avait régné l'année précédente. Il semble, en effet, que par le séjour dans un milieu charbonneux il s'opère naturellement une sorte d'imprégnation d'où peut résulter l'immunité à des degrés divers, et l'expérience a appris que le charbon symptomatique ne fait guère de victimes que parmi les individus de cinq à dix-huit mois; passé cet âge, les animaux semblent plus ou moins réfractaires. De plus, on a reconnu que les bêtes bovines des environs de Lyon, où le charbon symptomatique est rare, sont beaucoup plus susceptibles de contracter la maladie que celles du Bassigny, où l'affection est à demeure; deux vieilles vaches, l'une originaire du Bassigny, l'autre étrangère à cette région, ont été inoculées, et la première a parfaitement résisté aux doses qui ont tué la seconde.

REVUE DES JOURNAUX

Ablation de l'utérus; statistique.

Dans un travail sur ce sujet, M. Olshausen établit que sur 41 cas, dans lesquels l'utérus a été enlevé par la méthode vaginale, il y a eu 29 guérisons et 12 morts. Lui-même a pratiqué six fois cette méthode d'extirpation, et toujours avec succès, *en ce qui concerne l'opération elle-même.* (*Berl. klin. Woshenschrift*, 1881, n° 35.)

VARIÉTÉS

La fièvre jaune. — M. Pasteur en a été pour ses frais de dévouement et de déplacement. A son arrivée à Pauillac, le 14 septembre, les morts de fièvre jaune étaient enterrés et les malades convalescents. Il a attendu quinze jours de nouveaux transports, mais les navires n'ont amené que des convalescents: l'un de ces navires avait eu huit morts et un autre six pendant la traversée. M. Pasteur est rentré à Paris. Du reste, les expériences qu'il avait projetées vont être tentées au foyer même de l'épidémie: le docteur Talmy, médecin de première classe de la marine, s'est offert pour cette périlleuse mission; il vient de partir pour le Sénégal, muni des instructions nécessaires. Nous croyons savoir que pareil projet avait été formé antérieurement par un médecin attaché à un de nos établissements thermaux, M. le docteur Monard. Il paraît même que ce projet va recevoir son exécution.

Souscription au monument de Schutzenberger. — Unis dans un même sentiment de gratitude et de respect, les anciens élèves du professeur Schützenberger ont pris l'initiative d'une souscription publique pour élever un monument à sa mémoire. La liste des souscripteurs est publiée dans la *Gazette médicale de Strasbourg;* elle sera tirée à part et adressée à chacun d'eux. Dès aujourd'hui les amis de Schützenberger sont priés d'adresser leur souscription à M. le docteur J. Bœckel, 2, place de l'Hôpital civil, à Strasbourg, ou bien à M. le docteur Lereboullet, 37, rue de Lille, à Paris.

LE CHOLÉRA D'ARABIE ET D'ÉGYPTE

Les dernières nouvelles sont mauvaises. Elles portent qu'à Aden, sur vingt-deux cas, il y a eu vingt-deux décès. Quant à la Mecque, où l'une de mes lettres prévoyait son apparition, il s'y est manifesté avec violence. Il n'est pas déraisonnable de penser qu'il y existe depuis au moins un mois, car, à cette date, sept ou huit mille pèlerins venant des Indes et ayant touché à Aden y étaient déjà arrivés. Le résident anglais a encouru une grave responsabilité en n'avisant pas à temps les gouvernements intéressés.

Le sultan a envoyé son premier secrétaire auprès du *Conseil international de santé* pour concerter les mesures nécessaires. Voici celles que l'on a adoptées :

Mesures défensives par mer. — 1° Tout navire provenant des ports d'Egypte sur la Méditerranée sera soumis à une observation

médicale d'au moins vingt-quatre heures et à deux visites, l'une à l'arrivée, l'autre au départ.

2° Tout navire venant des Indes (le choléra sévit avec intensité à Lahore) et de la mer Rouge, qu'il ait subi ou non la quarantaine, sera soumis à une quarantaine de dix jours pleins dans l'un des ports à lazaret de l'empire. Ces ports sont Beyrouth, Smyrne, la Canée et Salonique. Pour plus de sécurité, on ne fera pas aux Dardanelles une quarantaine qui sera subie exclusivement dans les ports à lazaret. On y soumettra simplement à la visite médicale de vingt-quatre heures les navires appartenant à la catégorie dont j'ai parlé.

3° Tout navire dont l'état sanitaire sera mauvais ou suspect (en dehors du choléra) ou dont les conditions hygiéniques seront défectueuses subira le débarquement du personnel et des marchandises dans un port à lazaret, ainsi que la désinfection dans un port à lazaret. Il ne pourra recevoir la libre pratique qu'après une quarantaine de dix jours et un avis spécial du conseil international de santé.

4° Tout navire qui se présentera dans un port de l'empire ayant eu ou ayant le choléra à bord sera soumis à la quarantaine de rigueur dans un port à lazaret; il ne recevra sa libre pratique que dix jours au moins après la constatation formelle de la disparition de la maladie et sur autorisation expresse du conseil international de santé.

Mesures préventives par terre. — 1° Etablissement d'un cordon dit syro-égyptien, allant du port de Gaza vers l'intérieur.

2° Quarantaine de dix jours pleins imposée à trois jours de marche au moins au sud de Damas à toute caravane de pèlerins et à toute provenance de l'Arabie.

3° La même mesure sera appliquée sur les frontières de l'Arabie et de la Mésopotamie aux caravanes venant de l'Arabie, ainsi que dans tout centre où l'autorité jugera utile de se prémunir contre les provenances de l'Arabie.

4° Bassora soumettra à la quarantaine toutes les provenances d'Aden, de la mer Rouge, du golfe Persique, et, en général, de tout endroit suspect.

— Le Conseil sanitaire international a pris, en outre, quelques résolutions utiles, comme celles d'arrêter le mouvement des pèlerins, d'assurer un service de correspondance rapide entre l'Arabie et Constantinople; il délègue à la Mecque le docteur Arif-Bey, vice-président du conseil sanitaire, qui a fait ses études à Vienne.

— L'Egypte, de son côté, vient de prendre des mesures énergiques. Par décision du 27 septembre, le conseil sanitaire international d'Alexandrie a ordonné que, pendant la durée de l'épidémie, toute communication sera interrompue par terre et par mer entre le territoire arabique et le territoire égyptien. Il a également décidé de conseiller avec insistance aux puissances musulmanes d'arrêter tout nouveau départ de pèlerins.

Le conseil sanitaire de Constantinople a d'ailleurs insisté auprès du gouvernement égyptien pour qu'il sorte de sa fatale inertie dans la question d'hygiène publique de la capitale et des ports de l'empire plus directement exposés au danger. (Extrait d'une correspondance du *Temps*, numéro du 5 octobre.)

— On annonce que, par décision du gouverneur général de l'Algérie, et sur l'avis du Comité d'hygiène, le pèlerinage de la Mecque sera interdit cette année aux Algériens.

La variole au Sénégal. — Les dernières nouvelles de Saint-Louis, reçues au ministère de la marine, annoncent qu'à la fièvre jaune est venue se joindre une épidémie de variole, qui sévit surtout sur les indigènes. La maladie est d'autant plus redoutable, que la plupart des noirs du Sénégal ne sont pas vaccinés. L'Administration s'est empressée de prendre les mesures commandées par les circonstances; malheureusement, la vaccine faisant à peu près défaut dans la colonie, les médecins ne peuvent s'en procurer. Avis en a été immédiatement transmis au ministère de la marine, qui, par le prochain courrier, expédiera du vaccin au service sanitaire.

Prix. — Un prix de 50 livres sterling (1250 francs) vient d'être fondé par M. Richard Middlemore (de Birmingham). Il sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur mémoire sur les progrès de l'ophthalmologie. Les travaux présentés au concours devront être écrits en anglais ou tout au moins accompagnés d'une traduction anglaise. Ils devront être adressés, avant le 1er mai 1882, à M. Fowkes, secrétaire de l'Association médicale britannique, 16, Stand, à Londres.

Concours. — La Société de médecine d'Anvers met au concours les questions suivantes : 1° pathologie générale : faire connaître l'état actuel de la science sur le rôle que jouent dans la pathologie, tant interne qu'externe, les germes, vibrions, microspores, parasites en général, en s'appuyant sur des démonstrations et des expériences; 2° pathologie spéciale : faire l'histoire de la goutte. La clôture du concours aura lieu le mercredi 30 novembre 1881, époque à laquelle les mémoires devront avoir été envoyés, sous les formes académiques ordinaires, à M. le docteur de Ranterre, secrétaire de la Société, à Anvers, 12, rue Saint-Paul.

Nécrologie. — M. Eugène Boutmy, chimiste expert près le tribunal civil de la Seine, vient de mourir à Paris. En termes simples et touchants, M. le professeur Brouardel a dit adieu sur sa tombe à celui qui avait été son collaborateur et son ami.

Titres honorifiques. — MM. les docteurs Mauriac (Paris) et G. Drouineau (la Rochelle) viennent d'être élus membres de la Société médicale de Varsovie.

Mortalité a Paris (39e semaine, du vendredi 23 au jeudi 29 septembre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 832, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 4. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 37. — Dysenterie, 3. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 156. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 54. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 37. — Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 34. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 47; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 90; de l'appareil circulatoire, 47; de l'appareil respiratoire, 65 ; de l'appareil digestif, 37; de l'appareil génito-urinaire, 15; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 39e semaine. — Les conditions favorables de la saison continuent à se faire sentir de plus en plus, puisque le total des décès de la semaine ne s'élève qu'à 832 (plus 19 décès du XIe arrondissement de la journée du jeudi, dont les notices sont parvenues trop tard au service pour pouvoir être comprises dans le travail des bureaux); soit en tout 851 décès au lieu des 947 ou 935 des semaines précédentes; c'est un dégrèvement important de près de 90 décès. Il est vrai que la villégiature a, pendant ces dernières semaines, enlevé beaucoup de Parisiens à Paris. Néanmoins il est clair que la situation est très favorable, plus favorable que celle des années précédentes *à la même époque*, où l'on comptait 880 à 895 décès. Les maladies épidémiques bénéficient largement de ces dégrèvements, et notamment la fièvre typhoïde et la variole, qui, cette semaine, ne comptent : la première que 21 décès au lieu de 29, et la seconde que 4 au lieu de 15! tandis que l'implacable diphthérie en a encore 37. — Une *innovation* vient d'être introduite : elle consiste à montrer sur notre plan les quartiers, et, autant que faire se pourra, les situations des *hôpitaux spéciaux* à la variole et à la diphthérie, ou ayant au moins des salles qui leur sont particulièrement réservées, en disant, en chacun d'eux, *le nombre des malades en traitement*. Ce nombre est inscrit dans un circuit elliptique, afin de le distinguer nettement du chiffre des décès. Ainsi dans le quartier de l'*Hôpital Saint-Louis*, 29 V., dans l'ellipse, signifie que, le 25 au soir, il y avait encore 29 varioleux en traitement dans ce dépôt.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie Émile Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 13 octobre 1881.

NANISME; INOCULATION DE LA PÉRIPNEUMONIE CONTAGIEUSE. — LE SERVICE DE SANTÉ EN TUNISIE. — CIRRHOSES HYPERTROPHIQUES; CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE BILIAIRE. — A PROPOS DU PROJET RÉCENT DE RÉGLEMENTATION DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE.

Académie de médecine : Nanisme; inoculation de la péripneumonie contagieuse.

Le nain que M. Larrey a présenté mardi à l'Académie de médecine, et que nous avions examiné avec lui quelques jours auparavant, a beaucoup de ressemblance avec les deux individus qui ont été exhibés deux fois, à Paris, sous le nom d'*Aztèques*, mais en diffère aussi sous plusieurs rapports. Ces individus amenés de l'Amérique centrale, qui n'avaient aucun lien d'origine avec la race, d'ailleurs problématique, des Aztèques, et n'appartenaient à aucun groupe lilliputien analogue aux Akkas et aux Obongos de l'Afrique australe, étaient simplement des nains microcéphales. A leur seconde exhibition, l'homme, âgé de trente-deux ans, était haut de $1^m,35$; la femme, âgée de vingt-neuf ans, mesurait $1^m,32$; ils avaient le front extrêmement fuyant, en même temps qu'ils présentaient un degré extrême de prognathisme; de sorte que la partie supérieure et la partie inférieure de la face se réunissaient à angle à la hauteur du nez, qui était fort saillant. Leurs formes étaient d'ailleurs bien proportionnées. Tous ces caractères se retrouvent chez le nain présenté par M. Larrey; mais, d'un autre côté, les prétendus Aztèques, qui avaient, comme Serres le faisait remarquer, la pétulance des oiseaux, semblaient en avoir aussi le degré d'intelligence; tandis que le nain actuel, qui n'a pas encore quinze ans, jouit à peu près d'une intelligence égale à celle des enfants de cet âge. Il répond très pertinemment aux questions qu'on lui adresse, donne la preuve d'une certaine instruction, et chante avec un visible sentiment de la mesure.

Nous ignorons ce qu'étaient les parties génitales chez les nains du centre-Amérique; chez celui-ci elles ont l'apparence d'un développement en rapport avec la taille.

La plupart des nains sont atteints de rachitisme; notre nain l'est également; il en porte surtout les signes au thorax, qui est déformé. Mais il serait très hasardeux de rattacher directement, dans ce cas du moins, l'altération osseuse au nanisme. Ici le rachitisme paraît avoir commencé quand la mère, qui avait allaité son enfant pendant un an, l'a remis entre les mains de plusieurs nourrices successives.

Nous devons faire remarquer enfin qu'il y a eu certainement chez ce nain, arrêt de développement dans le sein de la mère. La formule dentaire répond à celle d'un enfant de quatre à cinq ans; le sujet est né extrêmement petit, et s'est développé ensuite en proportion de sa taille et de sa grosseur premières.

— Dans cette séance, M. J. Guérin a répondu au dernier discours de M. H. Bouley (voy. p. 661). A. D.

Le service de santé en Tunisie.

Ce n'est point sans tristesse que nous avons rempli le devoir qui nous était imposé par la confiance de nos anciens camarades de l'armée. Sans rechercher ni souhaiter la grande publicité qui a été donnée à notre premier article, nous ne pouvions supposer que les faits, malheureusement trop véridiques, que nous avions signalés, passeraient inaperçus, et nous pensions bien que les sentiments douloureux qu'avait fait naître en nous la lecture de nos correspondances seraient partagés par tous ceux qui en prendraient connaissance.

Aujourd'hui qu'il n'est plus ni désirable ni possible de rien cacher, il nous faut compléter ce que nous avons commencé et expliquer le but et la portée des légitimes critiques que nous avons adressées à l'administration de la guerre. Nous y sommes d'ailleurs contraints par la nécessité d'apprécier les documents que le *Journal officiel* a fait connaître depuis huit jours. Nous y sommes engagés par les nombreuses lettres qui nous sont parvenues et qui confirment ce que nous avons dit. Nous maintenons donc, sans les atténuer, tous nos renseignements; et nous allons montrer que quelques-uns d'entre eux ne sont nullement contredits par les rapports publiés par l'administration.

Le *Journal officiel* du 12 octobre publie un long rapport

adressé au ministère le 23 juillet 1881 par M. le docteur Baudoin, médecin principal, alors médecin de l'ambulance du quartier général, et non, comme on l'a dit à tort, médecin en chef du corps expéditionnaire. Ce rapport, qui n'est pas complet, puisque M. le docteur Baudoin n'a reçu que les états statistiques du mois de mai, renferme cependant des renseignements assez importants. Il prouve, en effet, ce que nous avions dit nous-même, que la fièvre typhoïde a été la maladie prédominante, et que l'épidémie algérienne a été sérieuse. Or, il est difficile d'admettre qu'une armée en campagne, lorsqu'elle est bien dirigée et bien conduite, puisse être décimée, comme l'a été notre armée de Tunisie, par la fièvre typhoïde. Cette maladie ne sévit que très exceptionnellement sur les troupes en marche. Elle est plus rare en Algérie qu'en France. Pourquoi donc l'épidémie signalée par M. le docteur Baudoin a-t-elle été si grave, pourquoi a-t-elle été si meurtrière? Quelques citations de son rapport vont nous le montrer. Jusque vers la fin d'avril (M. Baudoin dit le 20 mai, mais il y a évidemment là une erreur) l'état sanitaire s'était maintenu excellent. Le 27 avril, dit le rapport, M. Marvaud, médecin en chef de l'hôpital de Souk-Ahras, avait reçu 29 fièvres typhoïdes, *dont 18 fournies par le 142e, venu de Perpignan, d'où il avait, pensait-on, rapporté la maladie.* « La fièvre typhoïde s'étendit à l'état de petite épidémie, *d'abord dans le 142e de ligne*, qui envoya ses malades à l'hôpital de Souk-Ahras et à l'ambulance de Ghardimaou, *puis dans le 27e bataillon de chasseurs à pied*, appartenant à la même brigade, puis dans le 13e chasseurs à cheval et dans les autres corps de cette brigade. » Ainsi donc M. le docteur Baudoin confirme de tous points ce que nous avaient écrit nos correspondants. La fièvre typhoïde a débuté *à l'état épidémique* par le 142e régiment d'infanterie, venu de Perpignan, où sévissait déjà la maladie. Sans doute M. Baudoin conteste le fait d'une importation typhoïdique par un régiment venu de France. « Il n'est pas probable, dit-il, que la fièvre typhoïde ait été apportée par un régiment plutôt que par les autres. » Mais sur quelles preuves appuie-t-il cette affirmation ? Sur ce seul fait que la fièvre typhoïde existait déjà à l'état sporadique avant l'arrivée en Algérie du 142e régiment d'infanterie. Pourquoi dès lors dit-il plus haut que l'hôpital de Bône a reçu un cas de fièvre typhoïde d'*un régiment débarquant* venant de France? Ce régiment ne serait-il pas précisément le 142e de ligne? Et n'est-il pas fréquent de voir une épidémie grave naître *par contagion* dans un foyer limité ou dans plusieurs foyers successifs, alors que, dans les régions avoisinantes, la maladie reste à l'état sporadique et demeure bénigne? La suite du rapport officiel montre bien que nos appréciations à cet égard sont justes. « Les causes invoquées pour l'épidémie du 142e sont, dit M. Baudoin, les fatigues et *un campement occupé antérieurement* par la brigade Logerot et les convoyeurs arabes à Souk-Ahras. Celles attribuées à l'épidémie du 27e bataillon de chasseurs à pied sont *la contagion venant du* 142e, les fatigues et le campement de Souk-el-Arba, qui avait déjà servi aux troupes tunisiennes et à la brigade Logerot. » Nous n'avons pas à répéter ici ce que l'on doit penser de ce facteur étiologique banal : *la fatigue* considérée comme cause déterminante de la fièvre typhoïde, et nous sommes persuadé que M. Baudoin, qui est très compétent en matière épidémiologique, n'y tient pas plus que nous. Ne retenons donc de son excellent rapport que ce fait : La fièvre typhoïde, apportée ou non par le 142e de ligne, a sévi avec une intensité exceptionnelle sur ce régiment, et elle a été entretenue et cultivée *par la contagion*, les hommes occupant successivement des casernements infectés par la maladie, c'est-à-dire, comme nous l'avait écrit un de nos correspondants, « couchant sur des couvertures où sont morts des typhoïdiques, y gagnant la maladie et mourant à leur tour ».

Cette épidémie de fièvre typhoïde a été très sérieuse. M. Baudoin en signale 572 cas, et ce chiffre n'est qu'approximatif, puisqu'il ne comprend que les malades évacués sur les hôpitaux de la province de Constantine. Le nombre des décès a dû être considérable. M. Baudoin en a compté 77, mais nous savons qu'à la Goulette et à Ghardimaou, dont les relevés statistiques ne lui sont point parvenus, il y en a eu bien davantage. A la date du 23 juillet, l'épidémie sévissait encore dans toute les ambulances du corps d'occupation de Tunisie.

Tels sont les seuls faits transmis à l'administration centrale par M. le médecin principal Baudoin. On remarquera qu'il n'est question dans ce rapport ni de l'organisation des ambulances, ni du fonctionnement du service médical, ni des systèmes prescrits ou mis en usage pour les évacuations. Aucun des faits que nous avons signalés à ce point de vue ne pouvait être relevé par le médecin en chef de l'ambulance du quartier général. Il lui était interdit de s'occuper de ces questions *administratives*, comme il lui était interdit de correspondre *directement* avec le Conseil de santé. Les faits médicaux que nous avons signalés se trouvent donc confirmés par le rapport de M. Baudoin. Les faits administratifs sont nécessairement passés sous silence.

Reste, il est vrai, pour nous éclairer, le rapport de M. le général Forgemol. Mais ceux qui voudront bien le lire au *Journal officiel* comprendront pourquoi nous ne nous arrêtons point à l'analyser. L'honorable général déclare, en effet, que, « grâce à la sollicitude des chefs et des médecins des corps, grâce au zèle dévoué du personnel des ambulances et des hôpitaux, l'état sanitaire des troupes s'est maintenu, d'après les déclarations du médecin en chef du corps expéditionnaire, *dans un état satisfaisant* jusqu'à la fin des opérations ». S'il faut considérer comme *satisfaisant* l'état sanitaire d'un corps de troupe qui, en campagne, est décimé par la fièvre typhoïde, nous ne savons point dans quel cas on devra considérer cet état sanitaire comme défectueux. Nous n'avons donc pas à signaler ici les éloges prodigués à tous les services administratifs placés sous les ordres de M. le général Forgemol. Il nous suffit de faire ressortir le désaccord qui existe entre le rapport médical et le rapport militaire.

Un autre document publié par le *Journal officiel* du 6 octobre dernier doit aussi appeler notre attention. Au moment même où paraissait notre précédent article, le ministre de la guerre publiait, sous forme de questionnaire avec réponse, c'est-à-dire avec toutes les apparences de la plus rigoureuse précision, un long travail divisé par chapitres et sous des rubriques spéciales dans lequel étaient fournis sur l'alimentation des troupes, sur les ambulances, sur le matériel, sur la composition du personnel médical, etc., des renseignements et des chiffres qui paraissaient puisés aux sources officielles les moins récusables. Ce document avait toutes les apparences de l'exactitude, et cependant à peine avions-nous eu le temps d'y jeter un coup d'œil, que nous faisions des réserves. L'absence de dates précises nous semblait de nature à lui donner bien peu d'autorité et, d'autre part, il nous paraissait étrange que le ministère ait pensé devoir publier les chiffres de morbidité et de mortalité correspondant à la première quinzaine de septembre alors qu'il eût été si aisé de donner les chiffres correspondant aux mois de juillet ou d'août. Le lendemain

même, un examen rapide des chiffres fournis par le ministre de la guerre nous en démontrait l'inexactitude, et les lettres que nous recevions de nos correspondants ou les renseignements qui nous étaient fournis directement nous prouvaient que, sous prétexte de rassurer les familles des soldats envoyés en Tunisie et de permettre à tous « d'apprécier la situation en pleine connaissance de cause », on avait publié une statistique erronée. « Le ministre de la guerre, disait le *Journal officiel*, a fait établir *par le Conseil de santé*, pour la première quinzaine de septembre, *dont les situations lui sont parvenues*, l'état sanitaire comparatif des troupes de l'intérieur, de la Tunisie et de l'Algérie. »

A cette affirmation, le journal *le Temps* a déjà répondu et, puisque cette réponse n'a pas été officiellement démentie, nous répondons encore :

1° Le Conseil de santé des armées n'a pas été consulté par le ministre; il n'a établi aucun état statistique; il n'a reçu aucun document concernant l'état sanitaire des troupes de Tunisie et d'Algérie. Le président du Conseil de santé, M. l'inspecteur Legouest, a protesté officiellement après avoir lu l'article inséré au *Journal officiel*.

2° Les comptes rendus de la statistique médicale ne parvenant pas au ministre « avant le 10 du mois qui suit celui auquel ils sont afférents pour les corps d'armée de France et avant le 25 pour les divisions de l'Algérie » (*Journal militaire officiel*, 13 novembre 1874, p. 525, et 17 novembre 1878, p. 385), il est impossible que les chiffres publiés au *Journal officiel* soient considérés comme exacts.

Mais, pour pouvoir affirmer que le ministère n'avait pu obtenir des états statistiques supplémentaires, réclamés d'urgence et lui permettant ainsi d'établir approximativement l'état sanitaire de l'armée, soit en France, soit en Algérie, nous avons dû nous adresser à divers médecins, chefs de service, tant dans les hôpitaux, que dans les corps de troupe. Toutes les réponses que nous en avons reçues, soit par lettres, soit par télégrammes, ont été négatives. « Je n'ai reçu, nous écrit à la date du 10 octobre un des médecins les plus honorables de l'armée, aucun ordre m'enjoignant de faire parvenir plus tôt qu'à l'ordinaire la statistique médicale de mon régiment pour le mois de septembre. Craignant par impossible d'avoir été oublié dans un ordre général, je suis allé trouver M.... qui, plus ancien que moi, se trouve chargé de centraliser la statistique du *n*e corps d'armée. Loin d'avoir devancé l'époque habituelle de son envoi mensuel, il m'a montré sur sa table les états de septembre dont il n'a pu faire le relevé complet parce que deux des régiments de la région, mis en retard par les grandes manœuvres, ne lui ont pas encore adressé leur dernier bulletin. »

Bien que les hôpitaux n'aient à fournir qu'un état statistique annuel et que les médecins des corps de troupe, étant seuls informés des décès survenus en convalescence, soient seuls à même de donner des documents précis, je me suis adressé à divers médecins en chef d'hôpitaux militaires. Ils m'ont tous répondu que les chiffres publiés à l'*Officiel* étaient inexacts, que la statistique de septembre ne leur avait pas été demandée d'urgence, que les pièces qui la constituent venant des régiments du corps d'armée, n'étaient pas complètes et que la statistique hospitalière n'étant envoyée qu'une fois par an, ne pouvait être prête. « A-t-on utilisé la statistique de l'année dernière? m'écrit un médecin principal de 1re classe, cela n'aurait qu'un médiocre inconvénient pour ce qui regarde la France; mais il est difficile qu'on ait fait le même jeu pour la Tunisie, guère moins difficile qu'on ait eu, il y a une quinzaine de jours, la statistique de Tunisie pour septembre dernier. Ne nous ingénions pas à chercher le mot de l'énigme. »

Nous suivrons ce conseil et nous ne nous attacherons pas à discuter des chiffres qui, on l'a déjà fait voir dans plusieurs journaux, ne peuvent être considérés comme précis. Nous ne relèverons pas non plus tous les aveux que contient implicitement l'article qui résume les mesures que l'on affirme avoir été prises, pour mettre à la disposition du service de santé les ressources qu'il a dû réclamer. Pourquoi citer des demandes comme celles-ci : « Mettre le nombre des médecins en rapport avec le service probable de chaque place. — Charger de la gestion des établissements des officiers ou adjudants d'administration *expérimentés*. — Envoyer un renfort d'infirmiers ordinaires et d'infirmiers de visite, etc., etc.?» N'est-ce point déclarer que la répartition des médecins était mauvaise; que les adjudants d'administration ne connaissaient pas leur service, que les infirmiers faisaient défaut? — Plus loin, le même document demande que l'on « augmente le matériel des ambulances actives n° 3 d'un stock de draps et de chemises ». Il n'y en avait donc pas? On dit de plus : « Le traitement des malades et surtout des typhoïdiques doit se faire sur place sans évacuation, autant que possible. » Si cette *demande* a été adressée au ministère, c'est que l'on procédait autrement. Dès lors pourquoi répondre : « Le principe a toujours été admis et les dispositions prises en conséquence? » Répétons, d'ailleurs, que l'on ne dit point à quelle date ont été faites toutes ces demandes, par qui elles ont été adressées au ministre, à quelle date on y a répondu. Débutant par des chiffres inexacts, le document officiel qui prétendait rassurer l'opinion publique se termine par des allégations vagues et non concluantes. N'insistons pas.

En résumé donc, l'administration de la guerre, par cette publication si étrange à tous égards, a assumé la plus grave des responsabilités. En interdisant, dès le début de la campagne, aux médecins de l'armée de correspondre directement avec le Conseil de santé, elle les a presque obligés à ne point signaler tous les faits médicaux qui auraient pu faire prévoir et par conséquent prévenir l'extension d'une épidémie redoutable. En confiant la direction du corps de santé à de jeunes adjoints à l'Intendance, peu au courant des besoins d'un service qui exige un ensemble de connaissances techniques difficiles à acquérir, elle n'a pu empêcher de se produire les tristes faits que nous avons dû signaler. On nous a objecté, il est vrai, que l'Administration centrale de la guerre avait fait préparer, qu'elle avait expédié en Algérie et en Tunisie tous les médicaments, toutes les fournitures, tous les moyens de transport nécessaires à une longue et laborieuse campagne et qu'elle ne devait point dès lors être considérée comme responsable d'un désordre qui dépend surtout d'une mauvaise répartition des ressources mises à la disposition du corps expéditionnaire. On nous a dit aussi que les faits que nous avons signalés n'avaient pas été observés en même temps sur tous les points du territoire de l'Algérie et de la Tunisie et qu'il serait inexact de les trop généraliser. Bien que, dans les lettres que nous avons publiées, nous retrouvions plus d'une fois cette phrase désolante : « Et c'est la même chose partout », bien que depuis la publication de notre article des renseignements complémentaires nous aient fait voir qu'on ne nous a pas trompé, nous n'hésitons pas à reconnaître que plusieurs hôpitaux et quelques ambulances ont été assez bien aménagés, que le service des subsistances n'a pas été toujours aussi déplorablement orga-

nisée qu'aux débuts de l'expédition, enfin que, si la répartition des moyens de transport des fournitures et des médicaments avait été mieux ordonnée, bien des accidents auraient été évités. Il n'en reste pas moins démontré que les faits déplorables que nous avons dû citer ne se seraient pas produits si l'on avait, avant l'entrée en campagne, mieux organisé le service de santé.

Or, chacun se rappelle les résistances opiniâtres opposées par M. le général Farre à tous ceux qui se sont efforcés de faire voter la loi sur l'administration de l'armée. Ceux qui nous lisent chaque semaine, n'ont pas oublié ce que nous prédisions alors. Repoussant l'autonomie du corps de santé, retardant par toutes sortes de réticences et de faux-fuyants le vote d'une loi dont la nécessité urgente s'imposait à tous les esprits, M. le général Farre a laissé persister, au début d'une expédition difficile à conduire, un état de choses que l'expérience de nos guerres antérieures avait condamné. Il a pensé que le dévouement, l'intelligence et le zèle incontestés des fonctionnaires de l'Intendance suppléerait à leur complète ignorance des questions médicales les plus sérieuses. Il ne s'est pas préoccupé de savoir quelles seraient les maladies qui, aux mois de juin et juillet, pourraient frapper en Algérie des troupes composées de jeunes soldats, non acclimatés, non habitués à la guerre d'Afrique et surtout prédisposés à la fièvre typhoïde. Il les a pris partout, au nord et à l'est de la France, voire même dans des garnisons où sévissait déjà la fièvre typhoïde. En recevant, s'il les a reçus, les rapports médicaux, il n'a point songé qu'il fallait prescrire immédiatement la désinfection des casernements et des campements où avaient déjà séjourné des typhoïdiques et n'y plus laisser parvenir de troupes. Ce qui est plus grave encore, le commandement et l'administration n'ont pas su utiliser, pour établir des hôpitaux temporaires bien aménagés, les ressources mises à leur disposition par le ministère de la guerre. La route de Ghardimaou à Souk-Ahras est de 70 kilomètres. Au début de la campagne et jusqu'à ces derniers jours elle n'était point carrossable; il eût fallu concentrer à Ghardimaou des cacolets, des litières, des moyens de transport de toute nature; établir sur la route un ou deux postes intermédiaires où les évacués auraient pu recevoir des soins, et surtout rapatrier les hommes débiles ou sous l'imminence du mal, au lieu de défendre de la manière la plus expresse de délivrer des congés de convalescence pour la France. On ne l'a point fait parce que nulle part le service médical n'a été bien dirigé; parce que, chargés de services multiples et de lourdes responsabilités, les fonctionnaires de l'intendance se sont vus contraints d'assurer avant tout la répartition des subsistances ou des moyens de transport nécessaires aux troupes en marche et que, détournés de leur mission par les ordres formels du commandement, ils n'ont pu se dévouer tout entiers au service des ambulances. L'organisation vicieuse du service de santé en Tunisie prouve donc une fois de plus combien il serait nécessaire de modifier les conditions actuelles de son fonctionnement et, par conséquent, combien il eût été utile de distraire de la loi sur l'administration de l'armée celle qui doit fixer les attributions des médecins militaires et de leur confier la direction d'un service dont seuls ils sont capables de comprendre les besoins. Nous avons souvent émis ce vœu dans les colonnes de ce journal. Puissions-nous être enfin écouté!

L. Lereboullet.

Cirrhoses hypertrophiques; cirrhose hypertrophique biliaire.

I

Dans un précédent article (*Gaz. hebdomad.*, n° 40) j'ai étudié la cirrhose atrophique commune, celle qui a été si bien vue par Laennec; je vais aujourd'hui mettre en parallèle la variété de cirrhose hépatique qu'on désigne sous le nom de cirrhose hypertrophique avec ictère, ou cirrhose hypertrophique biliaire.

Mais la *cirrhose hyperthrophique biliaire*, qui va faire le principal objet de ce chapitre, ne résume pas, il s'en faut, toute l'histoire des cirrhoses hypertrophiques. En dehors de la cirrhose hypertrophique biliaire, qui dans ces derniers temps a tellement absorbé l'attention, que pour plusieurs personnes elle était devenue le synonyme de cirrhose hypertrophique, il y a d'autres variétés qui méritent, elles aussi, de nous arrêter, et qui sont esquissées dans les exemples suivants:

1° Il y a d'abord une cirrhose hypertrophique *paludéenne* (1) dont le type est réalisé dans l'intoxication palustre, et sur laquelle MM. Kelsch et Kiener ont spécialement insisté.

2° La *dégénérescence amyloïde* du foie, avec ou sans syphilis antérieure, est parfois associée à un certain degré de cirrhose qui fait de cette lésion une variété de cirrhose tantôt hypertrophique, tantôt atrophique.

3° La *dégénérescence graisseuse* du foie avec augmentation du volume de l'organe est parfois accompagnée de lésion cirrhotique qui permet de décrire une variété de *cirrhose hypertrophique graisseuse* (2). Cette variété s'observe surtout chez des alcooliques, ou chez des individus qui sont à la fois alcooliques et tuberculeux, que ce soit l'un ou l'autre de ces deux états qui ait ouvert la scène morbide.

Au point de vue clinique, voici comment évolue la lésion hépatique: Il y a d'abord une période insidieuse qui dure plusieurs mois; le foie augmente de volume et devient douloureux à la pression; l'ascite est nulle ou insignifiante, le teint est terreux, subictérique, les conjonctives sont ictériques, les urines présentent la réaction d'un ictère biliphéique ou hémaphéique. Certains malades ont des troubles cardiaques, des troubles dyspnéiques, des œdèmes périphériques. Les uns meurent cachectiques, sans incident nouveau, les autres sont pris de fièvre, de troubles nerveux, d'hémorrhagies, et meurent avec des symptômes plus ou moins prolongés d'*ictère grave*. Cette dernière période, à forme aiguë ou subaiguë, est même assez accentuée pour que certains auteurs, négligeant la période antérieure de préparation, aient cru devoir décrire cette affection sous le nom d'*hépatite interstitielle diffuse aiguë* (3). Du reste, toutes ces questions sont encore à l'étude, et il serait téméraire de se prononcer d'une façon absolue.

A l'*autopsie*, on trouve un foie très volumineux, plus ou moins jaunâtre, suivant qu'il est imprégné de bile, graisseux à la coupe, et néanmoins ferme et résistant comme un foie cirrhotique. A l'examen histologique, on voit que la néoformation conjonctive a envahi les espaces et les fissures et a pénétré le lobule hépatique; de sorte que la cirrhose paraît

(1) Kienor et Kelsch, *Affect. paludéennes du foie*, in *Arch. de physiol.*, 1878 et 1879; Sabourin, *Hépatite parenchym. nodulaire*, in *Arch. de physiologie*, nov. 1880, p. 925.

(2) Hutinel, *France médic.*, 1881, n°s 30 et suiv.; Sabourin, in *Arch. de physiologie*, juillet 1881.

(3) Dupont, *Hépatite interstit. diff. aiguë*, th. de Paris, 1878.

être à la fois interstitielle et parenchymateuse. Les cellules hépatiques sont graisseuses dans toute l'étendue de l'organe.

On peut se demander si ces deux lésions, transformation graisseuse et sclérose, marchent simultanément, ou si l'une ne vient pas compliquer l'autre à un moment donné.

Voilà donc plusieurs variétés de cirrhoses avec hypertrophie, dans lesquelles le symptôme ictère peut apparaître; mais il y a une autre variété qui, par ses caractères cliniques et par ses lésions anatomiques, forme un type distinct, c'est la *cirrhose hypertrophique biliaire,* dont nous allons actuellement nous occuper.

II

CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE BILIAIRE

La *cirrhose hypertrophique biliaire* est une cirrhose hypertrophique avec ictère persistant. Or, le symptôme ictère peut apparaître également dans le cours des autres cirrhoses hypertrophiques, ce qui prouve qu'il y a *plusieurs variétés de cirrhoses hypertrophiques avec ictère :* aussi la dénomination de *biliaire,* qui indique la prédominance des lésions biliaires, doit-elle être réservée pour la maladie qui fait le sujet de ce chapitre. L'*historique* a été retracé précédemment (*Gaz. hebd.*, n° 39); je n'y reviens pas, et je choisis pour ma description un cas *type* de cirrhose hypertrophique biliaire.

Description. — La cirrhose hypertrophique biliaire débute généralement par une période insidieuse et lente, avec troubles dyspeptiques, tels que digestions pénibles, inappétence, flatulence, éructations, diarrhée. Le malade se plaint de lassitude, de gêne épigastrique, de sensation de pesanteur à l'hypochondre droit. Pendant cette période, qui est de longue durée, surviennent des poussées congestives du foie avec ou sans fièvre et élévation de température (Jaccoud). Ces congestions hépatiques sont accompagnées d'ictère et simulent souvent un *ictère catarrhal;* parfois elles se présentent sous forme d'accès douloureux et peuvent être prises pour des *coliques hépatiques*. Dès cette période, le foie est augmenté de volume et douloureux à la pression.

Ces accès congestifs se répètent à intervalles plus ou moins éloignés, et, pendant les rémissions qui peuvent durer plusieurs mois, l'ictère disparaît généralement, mais l'hypertrophie du foie persiste. Les symptômes généraux, malaise, lassitude, troubles digestifs, ne s'amendent pas, le malade se plaint d'essoufflement et d'une gêne croissante à l'hypochondre droit, l'ictère devient persistant, et la maladie est constituée.

L'*ictère* est un symptôme si commun, on pourrait dire si constant, que la maladie est souvent dénommée *cirrhose hypertrophique avec ictère chronique* (Hanot). Au début, c'est une teinte subictérique des conjonctives et du visage; l'ictère s'accuse au moment des crises, après quelques ébauches, il devient permanent, il ne disparaît pas entre les accès, et il finit par prendre la teinte brune et olivâtre des ictères chroniques. Les garde-robes sont souvent décolorées, et les urines foncées en couleur contiennent du pigment biliaire en quantité variable. On a voulu expliquer la production de l'ictère dans la cirrhose hypertrophique par l'angiocholite dont nous parlerons dans un instant; les canalicules biliaires sont oblitérés par encombrement épithélial; il ne passe plus de bile dans les grandes voies biliaires, ou du moins il en passe peu, et la bile est résorbée sur place dans le foie. Mais cette théorie n'est pas suffisante.

L'examen des *urines* révèle autre chose que la présence du pigment biliaire; les urines contiennent très peu d'*urée,* 3 à 8 grammes par vingt-quatre heures au lieu de 28 à 30 grammes, chiffre normal. Cet abaissement de l'urée ne vient pas de la diminution des aliments azotés, car bien des malades continuent à se nourrir; il vient de ce que le foie malade a perdu en partie ses fonctions; il ne désassimile plus suffisamment les substances albuminoïdes de l'économie (Brouardel). Il y a parfois glycosurie.

Les autres signes de la maladie confirmée sont : l'hypertrophie du foie (*hépatomégalie*), souvent accompagnée d'hypertrophie de la rate (*mégalosplénie*). L'*hypertrophie du foie* est persistante, c'est-à-dire qu'elle n'a aucune tendance à se terminer par atrophie, quelle que soit la durée de la maladie. Le foie, après quelques oscillations, finit par acquérir d'énormes proportions; il fait saillie dans l'abdomen, il déborde les fausses côtes et descend jusqu'à la région ombilicale. Par la palpation, on sent que le foie est dur et lisse, on constate qu'il a conservé sa forme, ses bords sont restés tranchants. L'hypertrophie du foie détermine la voussure des derniers espaces intercostaux et entraîne une déformation de la région.

L'*hypertrophie de la rate* est d'autant plus facile à apprécier que cet organe atteint souvent le double ou le triple de son volume normal.

L'*absence d'ascite* et l'*absence de circulation complémentaire abdominale* sont des symptômes négatifs d'une grande valeur. Quand ils existent, on a l'habitude de dire qu'ils appartiennent à une période avancée de la maladie, contrairement à la cirrhose atrophique où ils peuvent acquérir de bonne heure tout leur développement; nous verrons au chapitre suivant, à propos des *cirrhoses mixtes,* ce qu'il faut penser de l'apparition de ces symptômes.

La cirrhose hypertrophique, maladie chronique et fatalement mortelle, dure de trois à dix ans. La première période est sujette à de longues rémissions, et pendant longtemps l'état général du malade se soutient très convenablement, mais vient un moment d'amaigrissement, d'émaciation, de cachexie (sécheresse de la peau, anorexie, diarrhée, éruptions cutanées), qui se termine par la mort. Dans d'autres cas la mort est hâtée par des accidents hémorrhagiques (épistaxis, hématémèse, purpura), par des poussées de péritonite, par des complications pulmonaires, par des symptômes d'*ictère grave*.

Anatomie pathologique. — Ce qui frappe d'abord à l'autopsie, c'est le volume considérable du foie. Son poids, qui est normalement de 13 à 1400 grammes, peut atteindre et dépasser 3000 grammes. Sa forme n'est pas modifiée, ses bords restent tranchants, et sa surface conserve un aspect lisse, ou du moins elle n'est que très légèrement granuleuse, caractères différents de la cirrhose atrophique dont le foie est atrophié, déformé et granuleux. A la coupe, le foie atteint d'hypertrophie scléreuse est ferme et résistant, mais il ne crie pas sous le scalpel, comme le foie de la cirrhose atrophique; sa coloration est brun foncé ou verdâtre, suivant la quantité de bile qui l'imprègne, sa surface de section est hérissée de granulations peu saillantes, petites, espacées, impossibles à énucléer, bien différentes, par conséquent, des granulations du foie atrophique. La capsule de Glisson est souvent enflammée, épaissie, adhérente aux organes voisins (périhépatite).

Ici, comme dans la cirrhose atrophique, nous avons à étudier l'évolution d'un tissu conjonctif de nouvelle formation; mais la nature et la topographie de ce tissu affectent des ca

ractères spéciaux. Tandis que dans la cirrhose atrophique, la trame fibreuse revêt de préférence la forme d'anneaux complets, rétractiles, qui englobent des granulations de dimensions diverses, ici, au contraire, le tissu morbide prend une forme *insulaire;* il se développe sous forme d'*îlots* dans les espaces portes, et l'îlot s'agrandissant, atteint les espaces interlobulaires et circonscrit le lobule hépatique (cirrhose monolobulaire). D'autre part, le tissu conjonctif de nouvelle formation pénètre dans le lobule sous forme de traînées rayonnantes, les parties périphériques du lobule sont envahies par des cellules embryonnaires qui s'infiltrent entre les cellules hépatiques (1), la cirrhose est donc extra et intra-lobulaire.

Mais beaucoup d'auteurs admettent actuellement que cette cirrhose *intra-lobulaire* se fait, non pas aux dépens du tissu conjonctif du lobule, mais aux dépens de l'élément épithélial. C'est la cellule hépatique elle-même, c'est le parenchyme qui, par sa métamorphose, donnerait naissance au nouveau tissu (inflammation parenchymateuse), la cirrhose serait donc à la fois *interstitielle* et *parenchymateuse,* et c'est l'hyperplasie nodulaire ou diffuse du *parenchyme* qui serait cause de l'*hypertrophie* de l'organe (2).

Les *vaisseaux sanguins* présentent des particularités remarquables. Le tissu fibreux de nouvelle formation contient un réseau vasculaire très développé, qui fait communiquer les vaisseaux portes avec les capillaires du lobule altéré. Ce réseau ne serait pas de nouvelle formation, « il représenterait tout simplement cette portion du réseau capillaire hépatique dont les mailles sont occupées par du tissu conjonctif substitué aux cellules glandulaires. » (Ackermann) (3).

Quoi qu'il en soit, les communications sont assez larges entre les veines portes et les veines sus-hépatiques, et les injections pratiquées par la veine porte ne rencontrent pas ici l'obstacle qu'elles rencontrent dans la cirrhose atrophique.

Les *canaux biliaires* présentent dans la cirrhose hypertrophique des altérations remarquables. Les canaux de gros calibre, et ceux qui sont visibles à l'œil nu, ne subissent aucune modification notable, mais les petits canaux des espaces interlobulaires sont volumineux, tortueux, ramifiés, anastomosés en riches réseaux et paraissent même plus nombreux qu'à l'état normal. Ce réseau communique avec un réseau biliaire intra-lobulaire. Pour expliquer cet accroissement apparent des canaux biliaires, on s'est demandé s'il y a bourgeonnement des vaisseaux primitifs, ou s'il ne s'agit pas de la transformation des cellules hépatiques en épithélium des conduits biliaires (4), « les trabécules hépatiques revenant à l'état embryonnaire après avoir été préalablement le siège d'une irritation nutritive et de formation plus ou moins marquée ». Certains canalicules biliaires sont perméables; d'autres sont oblitérés par des granulations pigmentaires et des cellules entassées. On a fait jouer un grand rôle à la lésion des canalicules biliaires dans la pathogénie de la cirrhose hypertrophique. Les indices du processus inflammatoire, cellules embryonnaires, tractus conjonctifs épaissis, paraissant plus accusés au voisinage immédiat des canaux biliaires interlobulaires (5), on a supposé que la lésion se localise d'abord dans ces canaux (*angiocholite* et *périangiocholite*) (Hanot). Ce processus inflammatoire serait donc *systématique;* il débuterait par les voies biliaires interlobulaires presque en même temps dans toute l'étendue du foie (1), et se propagerait de là au tissu conjonctif. Ainsi serait formée la cirrhose hypertrophique.

(1) Hayem, *Arch. de physiol.*, 1874, p. 126.
(2) Vannebroucq et Kelsch, *Arch. de physiol.*, septembre 1880.
(3) Kelsch et Vannebroucq, *Arch. de physiol.*, septembre 1881.
(4) Kelsch et Kiener, *Arch. de physiol.*, 1876, p. 771, et octob. 1881.
(5) Hanot, *loc. cit.*

Cette théorie, qui fait débuter le processus phlegmasique de la cirrhose hypertrophique par l'inflammation des canalicules biliaires, semble confirmée par ce fait que, dans l'oblitération persistante du canal cholédoque par un calcul, ou dans la ligature de ce canal chez les animaux, on voit survenir des lésions de sclérose qui ont une certaine analogie avec celles de la cirrhose hypertrophique (cirrhose biliaire expérimentale). Toutefois ces analogies ne sont pas telles que certains auteurs aient cru devoir accepter la comparaison : ainsi la cirrhose biliaire expérimentale n'est point hypertrophique, de plus elle est accompagnée d'une lésion des gros canaux biliaires, ce qui n'a pas lieu dans la cirrhose hypertrophique. A la théorie qui admet l'origine biliaire, on objecte encore que la formation du réseau biliaire, très développé, il est vrai, dans la cirrhose hypertrophique, existe également dans l'atrophie aiguë du foie, et dans toutes les formes de cirrhose ; on le retrouve, ce réseau biliaire, « au milieu du tissu fibreux pathologique de la glande, quelle que soit l'origine ou la nature du processus morbide ». Ces modifications des canalicules biliaires ne sont donc pas spéciales à la cirrhose hypertrophique, elles existent dans toutes les hépatites chroniques, bien qu'à un moindre degré; et plusieurs auteurs se demandent s'il ne s'agit pas là d'un *fait connexe,* et si la lésion des canalicules biliaires mérite bien le rôle pathogénique qu'on a voulu lui assigner. Pour d'autres auteurs, ce n'est pas dans le réseau biliaire que se localise d'abord le processus de la cirrhose hypertrophique, c'est dans le système des veines inter et intra-lobulaires; il y aurait primitivement une phlegmasie périveineuse et péricapillaire (Ackermann). Ces questions, on le voit, ne sont pas complètement élucidées.

Les *lésions accessoires* de la cirrhose hypertrophique sont l'hypertrophie de la *rate,* qui fait rarement défaut, la périhépatite (péritonite partielle), et parfois une dilatation du cœur avec insuffisance tricuspidienne (Potain).

Tel est le tableau clinique et anatomique de la cirrhose hypertrophique biliaire dans sa forme *la plus accentuée.* Dans un prochain article, nous verrons s'il faut accepter la scission qu'on a voulu établir entre les cirrhoses atrophique et hypertrophique, et s'il n'y a pas lieu d'établir des *formes mixtes* ou intermédiaires.

Dieulafoy.

A propos du projet récent de réglementation de l'art dentaire en France.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

III

Mon cher ami,

Le moment me semble venu de mettre sous les yeux de vos lecteurs le projet de loi élaboré par la commission de la Faculté. La *Gazette,* il est vrai, l'a déjà publié dans un précédent numéro. Qu'on me permette cependant de le reproduire ici pour l'intelligence de la discussion ultérieure. Aussi bien

(1) Charcot, *Leçons sur les mal. du foie*, p. 212.

on verra qu'il ne diffère réellement du projet ministériel que sur l'article 1er relatif au diplôme; les autres points, comparés entre eux, se rapprochent sensiblement.

Voici les termes du projet de la Faculté :

Article premier. — A partir du 1er janvier 188..., nul ne pourra exercer l'art dentaire, ni porter le titre de dentiste, s'il n'est pourvu du diplôme spécial de dentiste.

Art. 2. — Pour obtenir le diplôme de dentiste, le candidat doit :

1° Être âgé de vingt ans au moins.

2° Produire un certificat de grammaire ou un diplôme d'études de l'enseignement secondaire spécial.

3° Suivre pendant deux années, auprès d'une Faculté ou d'une École de médecine, les cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie interne et externe.

Remplir pendant les deux derniers semestres les fonctions de stagiaire dans un service de chirurgie.

4° Justifier de deux années de stage, soit chez un dentiste, soit dans une école d'odontologie. Le début du stage, qui ne peut commencer qu'à l'expiration des deux années d'études prescrites par le paragraphe 3, est établi par l'inscription du candidat sur un registre spécial, soit dans une Faculté, soit dans une École de médecine.

Tout changement dans le lieu où l'élève fait le stage devra être précédé d'une déclaration auprès de la Faculté ou de l'École, et consigné sur le registre d'inscription.

5° Satisfaire aux examens établis par la présente loi.

Art. 3. — Chaque jury d'examen est composé d'un professeur de Faculté, président, d'un agrégé et d'un dentiste, nommés chaque année par le ministre de l'instruction publique.

Art. 4. — Les épreuves sont au nombre de trois :

1° *Une épreuve orale* sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie de la bouche et de ses dépendances; sur la pathologie interne et externe, la matière médicale et la thérapeutique, au point de vue spécial des maladies de la bouche.

2° *Une épreuve clinique* sur un malade atteint d'une affection de la bouche et de ses dépendances. Le candidat, après avoir établi de vive voix son diagnostic, devra rédiger, sans pouvoir s'aider de livres, de notes ou de conseils, une composition écrite sur la nature, l'étiologie et le traitement de la maladie qu'il a eu à examiner.

3° *Une épreuve pratique* consistant en opérations faites sur le vivant, sur le cadavre ou sur le squelette : extraction, obturation des dents, etc., et, de plus, exécution en loge d'un appareil de prothèse entier ou partiel, avec application de cet appareil. A la suite de cette épreuve, le candidat sera interrogé sur les opérations odontologiques, sur la physique, la chimie, la mécanique et la métallurgie dans leurs applications à l'art du dentiste.

Art. 5. — Les docteurs en médecine et les officiers de santé qui désireront pouvoir joindre à leur titre celui de dentiste ne seront astreints qu'aux deux années de stage spécial, et n'auront à subir d'autre examen que l'épreuve pratique établie par l'article 4.

Art. 6. — Les étrangers, quels que soient leurs titres, qui désireront pratiquer en France la profession de dentiste, seront soumis aux examens exigés des nationaux. Toutefois le ministre, sur l'examen de leurs titres, et après avis du comité consultatif, pourra les dispenser des formalités de stage et d'inscription établies par l'article 2.

Art. 7. — La liste officielle des dentistes ayant droit de pratique légale en France sera publiée chaque année par les soins du ministre de l'instruction publique. Cette liste, dressée par ordre alphabétique, comprendra la mention de résidence, la nature et la date des titres donnant droit à la pratique.

Dispositions transitoires. — Les dentistes français pouvant par pièces officielles, telles que la patente, établir qu'ils exercent leur profession en France depuis dix ans au moins, sont admis de droit à la pratique légale.

Ce droit pourra être conféré par le ministre aux dentistes étrangers exerçant en France depuis dix ans au moins, après avis du comité consultatif.

Un délai de trois années est accordé aux dentistes français et étrangers exerçant en France depuis moins de dix ans pour se soumettre aux examens établis par la présente loi. Sur le vu des pièces établissant la nature de leurs études antérieures et la date de leur établissement, ils pourront être exemptés des formalités imposées par l'article 2. Passé ce délai, le droit d'exercice leur sera retiré, à moins qu'ils n'aient satisfait aux examens établis à l'article 4.

Tout d'abord, on voit que l'article 1er refuse, ainsi que nous savons déjà, d'accorder aux futurs dentistes le grade d'officier de santé que lui imposait le projet ministériel et c'est alors que la commission de la Faculté, bien qu'elle se soit déjà déclarée très embarrassée de ces deux grades de *docteur* et d'*officier de santé*, prend la résolution bien inattendue de créer un nouveau diplôme, celui de *dentiste*.

Sans doute, répondra-t-elle; mais ce n'est pas un médecin que nous créons ici, c'est un simple *dentiste*, pas même un *expert dentiste* comme au siècle dernier, un *dentiste tout court*.

Comment? C'est à ce résultat qu'aboutit la commission. Et que sont devenues les déclarations si sages de M. Lefort qui affirmait que les maladies de la bouche appartiennent au domaine commun de la pathologie et *qu'il faut exiger du dentiste de nos jours des connaissances sérieuses capables de le guider dans le diagnostic souvent difficile des maladies de cette région et dans une thérapeutique locale et générale...*

Ainsi, d'une part, on réclame du futur dentiste des connaissances médicales étendues et sérieuses et, d'autre part, on lui refuse le titre de *médecin*.

Mais alors quelle sera la compétence du nouveau diplômé? Où commencera son intervention, où finira-t-elle? Quelle sera sa conduite en présence de ces complications si fréquentes d'un état local ou de certaines manifestations locales d'un état général, d'une diathèse? Aura-t-il le droit de formuler des médicaments, d'employer les caustiques, les poisons, de pratiquer l'anesthésie?

Si oui, il fait absolument œuvre de médecin et vous n'avez pas le droit de lui en refuser le titre, car son mandat, tel que vous le définissez, dépasse celui de l'officier de santé.

Si non, sa pratique est frappée d'impuissance et son titre est illusoire.

Quelle création hybride est-ce donc que celle-là et où trouvera-t-on un malheureux candidat assez déshérité pour accepter une situation si précaire? Comment ne préférera-t-il pas, à exigences égales, acquérir le grade d'officier de santé qui lui donne du moins le titre de *médecin*. En est-on d'ailleurs si avare de ce titre et ne le donne-t-on pas aux élèves de nos écoles vétérinaires qui sortent avec le diplôme de *médecin vétérinaire?*

Pour formuler une semblable proposition légale, la commission a dû obéir à un mobile qu'il faut retrouver. Or, ce mobile consiste à imiter à peu près ce qui se passe dans quelques pays étrangers.

C'est ainsi que M. Le Fort, qui a étudié sur place, comme on sait, l'organisation de l'enseignement de la médecine dans plusieurs nations d'Europe, l'Allemagne, l'Angleterre, la Russie, etc., reconnaît que la profession de dentiste n'est permise presque partout qu'à ceux qui offrent certaines garanties justifiées par un examen d'État et l'obtention du titre spécial de *dentiste*.

En Allemagne, cette réglementation a été adoptée, en effet, en 1869, après bon nombre de tâtonnements. En Angleterre, un système analogue est en vigueur depuis la promulgation du *dentist's act* de 1878.

Mais M. Le Fort me permettra de lui dire que lorsqu'on a l'idée de copier ou d'imiter une loi étrangère, il est de première nécessité d'apprécier les résultats qu'elle a fournis, d'en peser les avantages, d'en éviter les imperfections et les lacunes.

Or, il est notoire que cette organisation donne, en Allemagne, d'assez pauvres résultats : le titre de dentiste y est très inférieur, presque dérisoire, et le plus grand nombre des praticiens se soumet aux épreuves médicales qui leur donnent le grade de *Arzt* ou docteur, de sorte que le dentiste devient *Zahnartz*.

Ce résultat est dû certainement à la profusion et souvent même à l'importance des centres d'enseignement spéciaux. M. Le Fort sait bien, par exemple, qu'il n'est guère d'université allemande qui n'ait son professeur d'odontologie. L'université de Berlin, par exemple, a depuis très longtemps institué une chaire spéciale des maladies de la bouche occupée par un savant éminent, le professeur Albrecht. A Vienne, un enseignement analogue est professé chaque année à l'hôpital général, soit par un professeur extraordinaire, soit par un *Privat-docent*.

Pour ce qui concerne les États-Unis, nous n'avons rien à ajouter à ce que vous avez dit vous-même dans votre récent article. On sait qu'il y a en Amérique profusion de collèges de chirurgie dentaire, soit isolés, soit dépendants de certaines universités, mais tous fonctionnant sous l'autorisation et le contrôle de l'Etat. Deux années suffisent pour créer un *docteur dentiste*, et comme il ne faut qu'une année scolaire en plus pour faire un *docteur médecin*, un très grand nombre de dentistes acquièrent à la fois les deux diplômes. Nous n'avons point à dire ce que vaut le diplôme de médecin aux Etats-Unis, mais nous savons que celui de dentiste est absolument misérable, ce qui n'empêche pas, dans ce nombre énorme de praticiens, qu'il puisse se produire parfois des individualités très recommandables.

En Angleterre, les effets du *dentist's act* de 1878 sont déjà de toutes parts considérés comme insuffisants et je tiens personnellement de l'un de ses promoteurs que ce n'est là, on l'espère bien, qu'une mesure provisoire et de transition.

Il est de fait que, dans ce pays plus encore qu'en Allemagne, il y a disproportion entre la pratique ordinaire du dentiste et l'état très développé de l'enseignement, car non seulement il existe dans la plupart des villes du royaume des hôpitaux spéciaux comme le *National dental Hospital* de Londres, mais chacun des hôpitaux généraux renferme une clinique spéciale de la bouche et des dents.

Les titulaires de ces services sont parfois des savants de premier ordre, car plusieurs d'entre eux ont un siège à la Société royale, l'équivalent de notre Institut. C'est de la sorte que fut justifiée au dernier Congrès des sciences médicales de Londres, la création de la section de : *Diseases of the teeth*, laquelle ne fut pas la moins fréquentée et la moins riche en travaux scientifiques. Nous devrions même rappeler ici l'important travail qui y fut lu par M. J. Tomes, membre de la Société royale : *On dental education*, et dans lequel l'auteur réclame pour les dentistes la même instruction que pour tout chirurgien quelconque.

On voit suffisamment par là que les tendances actuelles en Angleterre sont déjà loin des exigences du *dentist's act* de 1878.

Ainsi donc, le titre qu'on veut, en France, emprunter à l'Allemagne et à l'Angleterre est dans ces deux pays en voie de déconsidération et appelle une nouvelle réforme.

Va-t-on donc nous l'imposer? Ne peut-on rien trouver de mieux et de plus conforme à nos exigences scientifiques, à la dignité professionnelle, et n'est-ce pas un peu humiliant, en vérité, d'aller ainsi quêter à l'étranger quelques innovations et quelques réformes, au risque de recueillir des essais infructueux, des résultats regrettables et jusqu'à des déceptions!

Mais, nous en avons dit assez sur la question du diplôme spécial et il nous reste à examiner deux autres points essentiels communs aux deux projets de loi : les *épreuves* et le *stage*.

Nous leur consacrerons une dernière lettre.

Dr E. Magitot,
Membre de la Société de chirurgie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

La dengue a Alexandrie d'Égypte en 1880 (1), par le docteur A. Vernoni, ancien interne des hôpitaux de Naples, licencié ès sciences naturelles.

Quod vidi scripsi.

Pendant les mois d'automne de l'année 1880, la dengue, maladie épidémique des pays chauds, a envahi avec une extrême rapidité presque toute l'Egypte. A cette occasion, nous avons pu voir et étudier un grand nombre de malades à Alexandrie, ville de 212 000 habitants, et c'est sur ce vaste terrain que nous avons recueilli tous les documents qui servent aujourd'hui à ce travail, dont le seul mérite est sans doute d'être l'expression exacte d'observations personnelles.

I. Historique. — Nous croyons intéressant de donner quelques détails historiques relatifs à cette maladie, pour ce qui concerne presque exclusivement l'Egypte et l'Arabie, en laissant à d'autres auteurs plus compétents le soin de tracer une histoire générale de la dengue.

Strabon raconte, dans son XVe livre, que, lors de l'expédition d'Ælius Gallus en Arabie, la plupart de ses soldats furent atteints par le *skelotyrben* (mal, trouble aux genoux), maladie épidémique spéciale, qui sévissait autour du bassin de la mer Rouge et sur la côte arabique, et qui, d'après lui, aurait dû son origine à l'usage des dattes et d'autres fruits du pays. D'après la description très incomplète qu'il en donne, mais particulièrement d'après le nom arabe *aburukab*, qui est l'exacte traduction du mot *skelotyrben*, et qui sert encore actuellement à désigner la dengue parmi les indigènes de ces mêmes contrées, on peut croire, avec beaucoup de raison, que la maladie dont furent affectés les soldats romains n'était autre chose que celle que nous étudions en ce moment. A la fin du siècle dernier (1779), par Gaberts, et sur le commencement de celui-ci (an VIII de la République française), par Savaresi, médecin supérieur dans l'armée d'Egypte, la dengue fut observée au Caire. Depuis ce temps on ne trouve plus aucune mention de cette maladie dans ces contrées, jusqu'à l'année 1835, où le docteur Pruner-Bey (2), qui accompagnait l'expédition égyptienne contre les Waha-

(1) Mémoire lu par l'auteur à l'Académie royale de médecine et chirurgie de Naples, dans la séance du 24 avril 1881. (Voy. le procès-verbal des séances.)

(2) Ces détails ont été confirmés par Pruner-Bey lors de mon dernier voyage en Europe (avril 1881). Il appelait la dengue : *rhumatisme aigu avec roséole*.

bites, constata sa présence en Arabie, sur tout le littoral de la mer Rouge, et peu après aussi dans la basse Egypte.

En 1845, quand elle sévissait sur les côtes occidentales d'Afrique, à Gorée et au Sénégal, au mois d'août, elle fut encore observée par Pruner-Bey au Caire, à Alexandrie et dans les provinces avoisinantes. Cette même date, août 1845, marque la première apparition de la dengue dans les contrées situées autour du bassin de la Méditerranée. Nous avons eu ensuite plusieurs autres petites épidémies : en 1853 et 1868, au Caire; en 1871, au Caire, à Alexandrie et à Port-Saïd, ainsi qu'en Arabie : la Mecque, Médine et Aden. La Syrie, où cette maladie conserve encore, comme en Arabie, le nom de *aburukab*, dut lui payer son tribut pendant la saison estivo-automnale des années 1868-69-70. L'avant-dernière épidémie égyptienne eut lieu à Ismaïlia en 1877, où elle dura trois mois, et où elle se présente toutes les années en automne.

Enfin nous arrivons à la dernière épidémie, qui fait le sujet de ce travail.

A la fin du mois d'août 1880, les premiers cas de dengue furent signalés au Caire, et simultanément on constata sa réapparition à Ismaïlia. Peu de jours après, des troupes furent envoyées du Caire à Damanhour. Parmi les soldats, la maladie éclata immédiatement et se propagea ensuite dans toute la ville. Alors, pour éviter les nuisibles effets de l'encombrement, une grande partie de ces militaires fut transférée à Alexandrie, vers la moitié du mois de septembre. Dès l'arrivée de ces soldats, provenant des lieux où existait déjà la maladie, datent les premiers cas de dengue dans notre ville.

A Zagazig, la maladie se montra les premiers jours de septembre, et, le 30 de ce même mois, plusieurs indigènes, s'étant rendus de Benha au Caire, à l'occasion d'une foire (*Muled Afifi*), à leur retour de la capitale, la plupart tombèrent malades, et dès ce moment la dengue prit un caractère épidémique dans la ville et dans ses alentours.

On signala ensuite sa présence, le 20 octobre, à Rosette, un peu plus tard à Port-Saïd, et au commencement de novembre à Damiette. Dans la moyenne et dans la haute Egypte la présence de la maladie fut aussi constatée, de façon qu'on peut affirmer qu'en quatre mois toute cette contrée a été envahie par la dengue.

Synonymie. — Les noms sous lesquels la dengue a été connue en Egypte sont les suivants : *aburukab*, mal aux genoux (Egypte, Syrie, Arabie); *meschaglag*, mot équivalent au *dandy* anglais; *rhumatisme aigu épidémique avec roséole* (Pruner-Bey); *influence gastrique*, *roséole arthritique*, *roséole rhumatismale*, *grippe gastro-rhumatismale*, *mal exanthémo-rhumatique*, *fièvre rémittente pseudo-continue forme inflammatoire* (docteur Sini).

C'est seulement en 1877, après le docteur Dacorogna-Bey, que l'on commença à appeler cette maladie par son vrai nom, ou du moins par celui sous lequel elle est généralement connue, et sous lequel nous la décrivons.

II. Description de la maladie. — Le début de la dengue est brusque, rarement précédé de prodromes caractérisés par un malaise de quelques heures à un jour. Le plus souvent les individus atteints sont réveillés pendant la nuit, se plaignant de céphalalgie plus ou moins intense et limitée, d'ordinaire à la région frontale; de douleurs dans les articulations des genoux et dans les masses musculaires des jarrets et de la nuque; de douleurs variables au creux de l'estomac; de frissons plus ou moins marqués, ou bien d'une sensation de froid sur tout le corps, particulièrement localisée le long du rachis. Avec ces phénomènes survient une fièvre ardente : pouls dur et fréquent, respiration accélérée, face injectée, inquiétude extrême, accablement général, confusion des idées, et, chez quelques malades, difficulté de la parole. Dans le globe oculaire, qui paraît agrandi et dur, siègent des douleurs assez fortes, et il semble au sujet que son œil va sortir de l'orbite.

Tous ces phénomènes qui caractérisent l'invasion de la dengue peuvent rester stationnaires; cela est rare, le plus souvent ils augmentent d'intensité avec la fièvre, et arrivent, ainsi que la température, à leur maximum dans les premières douze à vingt-quatre heures. Chez les petits enfants, nous avons remarqué une grande bénignité de la maladie, qui peut être seulement caractérisée par l'éruption spéciale. Il arrive quelquefois que, chez eux et chez les femmes, l'invasion s'accompagne de convulsions, qui peuvent revêtir une certaine gravité.

La première nuit, plus souvent la deuxième, est troublée par du délire; chez deux hommes, non buveurs, j'ai observé un délire furieux. L'insomnie est un phénomène constant, et sa durée dépasse celle de la maladie, car elle persiste pendant un mois et plus après que le malade a repris ses occupations.

La peau est sèche, mordicante, très chaude, et donne à la main une sensation trompeuse, car elle fait supposer une fièvre beaucoup plus élevée que celle qu'indique le thermomètre. Cela est dû à l'hyperhémie cutanée constante qui précède l'éruption.

Dès le premier jour, un véritable état d'embarras gastrique s'ajoute à ces symptômes fébriles : l'anorexie est complète, le goût perverti, la bouche pâteuse; les dents sont couvertes d'une couche blanc jaunâtre; l'haleine est très mauvaise. La langue est sèche sans être ligneuse, et on y remarque toujours un enduit blanc sale ou blanc jaunâtre qui couvre toute sa surface, la pointe et les bords exceptés, qui tranchent alors sur le reste par leur couleur rouge vif. La soif n'est pas intense, et les malades ne s'en plaignent pas. La douleur au creux de l'estomac est presque constante et varie seulement par son intensité et par sa durée, qui peut se prolonger jusqu'aux deux ou trois premiers jours de la convalescence.

Les femmes principalement souffrent assez souvent de crampes d'estomac, qui, en général peu aiguës, peuvent pourtant devenir atroces, au point d'obliger les malades à se tordre. Tandis que les nausées sont très fréquentes, les vomissements sont plutôt rares, et peuvent se présenter au moment de l'invasion; les matières rendues sont alors presque toujours formées par des aliments non digérés, mélangés avec de la bile et des mucosités. En quelques heures ces vomissements se renouvellent trois ou quatre fois et cessent ensuite. D'autres fois l'estomac ne peut rien retenir pendant trois ou quatre jours, et dans ces cas les matières vomies sont liquides, vertes, vert-jaunâtres ou jaunes. Elles sont constituées par de la bile, du mucus, et par les sucs de l'estomac. Un confrère nous a dit avoir vu vomir du sang.

La constipation accompagne les premiers jours de la maladie; mais si elle n'existe pas, les selles sont normales. Nous n'avons jamais constaté de la diarrhée.

Les caractères de l'urine sont assez variables : en effet, elles sont tantôt claires, tantôt brunâtres et sédimenteuses. Sur 53 analyses, nous avons trouvé 11 fois de l'albumine. Chez les malades atteints de la dengue, on constate presque constamment une hyperhémie bien évidente de l'isthme du gosier et du pharynx. Chez les enfants, on passe de l'hyperhémie à une vraie angine catarrhale, avec gonflement, rougeur, douleur des amygdales, tuméfaction de la luette, etc. Cette angine se présente aussi, assez fréquemment, chez les adultes. L'époque de son apparition varie selon les cas; souvent, en effet, c'est l'angine qui ouvre la scène morbide, et la fièvre la suit de près; mais d'autres fois elle ne commence que le premier ou le deuxième jour de la maladie, et dure, dans les deux cas, pendant deux ou trois jours.

Assez fréquemment aussi on remarque des épistaxis, qui se répètent deux ou trois fois dans le cours de la maladie. Quelquefois leur apparition constitue une espèce de phénomène critique, et alors elle est accompagnée de sueurs profuses et

marque la chute de la fièvre. L'abondance de l'écoulement sanguin ne nous a jamais paru inquiétant.

Nous arrivons maintenant à l'un des symptômes caractéristiques et constants, sur lequel nous reviendrons plus loin avec détails. Règle générale, dans la dengue on observe un exanthème cutané qui peut se présenter sous plusieurs aspects : *roséoliforme, rubéoliforme, scarlatiniforme, urticaire*. L'époque de son apparition coïncide presque toujours avec la chute de la fièvre ou avec une diminution très sensible de la température et de tous les autres phénomènes morbides.

Outre les phénomènes que nous venons de décrire, et qui constituent dans leur ensemble la dengue, nous en avons encore quelques autres à étudier. Et, en premier lieu, nous ferons remarquer que, chez la presque totalité des femmes que nous avons traitées ou que nous avons interrogées à ce propos, il y a eu anticipation dans l'époque menstruelle, avec augmentation sensible de la quantité du sang rendu. Dans un de ces cas, où il s'agissait d'une dame très bien portante, et qui n'avait jamais été sujette à des hémorrhagies, nous avons dû activement intervenir pour arrêter une alarmante métrorrhagie. Dans un autre cas, accompagné de phénomènes fébriles très graves, avec température à 41 degrés et éruption scarlatiniforme, nous avons constaté l'avortement d'un fœtus de cinq mois. Cet avortement eut lieu sans causes appréciables et fut suivi d'une forte hémorrhagie.

Nous devons enfin mentionner un phénomène particulier que nous n'avons vu signalé par aucun des auteurs consultés par nous, et qui consiste dans une altération spéciale de la vision. Sept de nos malades, parmi lesquels se trouvait un peintre très distingué, nous assuraient qu'ils voyaient tous les objets et le ciel colorés en jaune rouge, couleur feu; et tous étaient d'accord en disant qu'il leur semblait voir les maisons, les meubles, etc., comme s'ils étaient illuminés par la lueur d'un grand incendie. Nous ne pouvons attribuer ce phénomène qu'à une altération particulière de l'innervation; car nous n'avons jamais pu constater de lésions ophthalmoscopiques, ni aucune différence entre l'image du fond de l'œil de ces individus et celle de dix ou douze autres malades de dengue que nous avons examinés, et qui n'accusaient aucun changement dans la perception des couleurs ou des objets.

Ajoutons enfin que l'examen le plus minutieux des organes thoraciques et abdominaux a toujours été négatif, à l'exception du foie, qui présente souvent une sensible augmentation de volume, due à une simple hyperhémie; il suffit, en effet, de faire prendre, pendant deux ou trois jours, un purgatif salin, de l'eau de Rakoczy, pour voir revenir l'organe à ses dimensions normales.

A suivre la règle que nous nous sommes posée, de ne parler que de ce que nous avons constaté par nous-même, nous n'aurions plus rien à ajouter; mais cependant nous devons mentionner que quelques-uns de nos confrères assurent avoir vu, comme complications de la dengue, des pleurésies, des hémorrhagies intestinales, de vraies orchites, ainsi que des phénomènes d'urémie chez un individu dont les urines contenaient de l'albumine en quantité et même des cylindres hyalins.

III. Analyse des symptômes principaux. — *Céphalalgie.* — La céphalalgie est constante, et, dans la majorité des cas, elle siège à la région frontale; assez souvent, cependant, elle occupe tout le crâne, ou bien elle se borne en même temps aux régions frontale et occipitale. Son intensité est en rapport avec la gravité de l'attaque, et, par conséquent, elle est assez variable; en effet, les malades qui ont une fièvre légère se plaignent d'un mal de tête très supportable, tandis que ceux dont la température est ou doit devenir très élevée ont une céphalalgie des plus violentes. Les yeux sont alors fermés, à cause de la photophobie, et la sécrétion lacrymale est considérablement augmentée; la face est rouge, vultueuse, et le patient, extrêmement abattu, ne peut soulever la tête ni répondre aux interrogations qu'on lui adresse. Les douleurs sont d'ordinaire gravatives ou pulsatives, rarement tensives. Le cuir chevelu même est très sensible au toucher, et enfin, comme expression d'une souffrance exagérée, peut se montrer le délire, qui d'un simple subdélirium peut arriver aux dernières limites de la violence.

Fièvre. — Nous avons pris note de la température de 66 malades, et pour 19 de ceux-ci elle a été marquée toutes les trois heures; pour les autres, nous nous sommes borné aux observations du matin et du soir. Les thermomètres ont toujours été placés dans le creux axillaire pendant dix à quinze minutes; et nous sommes sûr de l'exactitude de ces instruments, car tous ont été essayés d'avance, et, s'il y avait lieu, corrigés.

Avant d'entrer dans les détails, nous devons faire remarquer que nous avons observé quelques cas très rares, où la fièvre, à 38 degrés centigrades ou 38 et quelques dixièmes, n'a duré que trois ou quatre heures seulement; et que nous avons des faits très rares aussi où, avec tous les symptômes caractéristiques de la dengue, il n'y a pas eu absolument de fièvre. Nous nous sommes convaincu de ce que nous rapportons par des observations thermométriques fréquemment répétées dans la journée.

La fièvre a le type rapide : période ascendante de douze à vingt-quatre heures, période d'état de trente-six heures à cinq et sept jours, défervescence en douze à vingt-quatre heures.

Quelques exemples feront ressortir les variations simultanées de la température, du pouls et de la respiration.

Obs. — M. R. H... arrive du Caire en parfaite santé, le 19 septembre au soir; à minuit, il se réveille avec céphalalgie, douleur aux genoux, etc. Le lendemain on trouve :

Le 20 septembre, à 9 h. matin : temp., 38° centigr.; pouls, 100; resp., 22. — A 12 h. matin : temp., 38° 2/10. — A 3 h. soir : temp., 38° 4/10. — A 6 h. soir : temp., 38° 3/10; pouls, 100; resp., 25. — A 9 h. soir : temp., 38° 2/10. — A minuit : temp., 38° 2/10.

Le 21 septembre, à 6 h. matin : temp., 38° 3/10. — A 9 h. matin : temp., 38° 2/10; pouls, 104; resp., 22. — A 12 h. matin : temp., 38° 4/10. — A 3 h. soir : temp., 38° 4/10; pouls, 110; resp., 24. — A 6 h. soir : temp., 38° 3/10. — A 9 h. soir : temp., 38° 2/10. — A minuit : temp., 38° 1/10

Le 22 septembre, à 6 h. matin : temp., 38° 2/10. — A 9 h. matin : temp., 38°; pouls, 100; resp., 23. — A 12 h. matin : temp., 38°. — A 3 h. soir (1) : temp., 37° 6/10. — A 6 h. soir : temp., 37° 7/10. — A 9 h. soir : temp., 37° 3/10. — A minuit : temp., 37° 2/10.

Le 23 septembre, à 6 h. matin : temp., 37° 1/10. — A 9 h. matin : temp. 37°; pouls, 80; resp., 18. — A 12 h. matin : temp., 36° 6/10. — A 3 h. soir : temp., 36° 3/10. — A 6 h. soir : temp., 36° 5/10.

De ces chiffres il résulte évidemment que la température est arrivée à son maximum, pour ce cas spécial, 38°,4 centigrades le 20 septembre, à trois heures du soir, c'est-à-dire en quinze heures. Un tracé que j'ai relevé fait ressortir un type fébrile rapide, et montre que, comme l'invasion, la défervescence est arrivée dans la nuit, et que l'éruption coïncide avec la chute de la fièvre.

L'observation suivante a une autre signification :

Obs. — M. C. S..., homme de vingt-deux ans, sans aucun prodrome se sent tout à coup, entre une et deux heures du matin du 5 octobre 1880, pris de frissons très intenses, et peu après de céphalalgie tellement forte que le malade croyait devenir fou; à ces phénomènes s'ajoutèrent bientôt : fièvre intense, vomissements bilieux et douleurs aiguës aux articulations des genoux et dans les muscles sacro-lombaires. Je suis appelé à six heures du matin, et je trouve le malade dans un état d'abattement indescriptible, avec les yeux fermés et pouvant à peine parler. A ce moment, c'est-à-dire sept à huit heures après le premier frisson, le thermomètre marque 39°,5 centigrades; pouls, 120; respiration, 30.

(1) On commence à voir l'éruption roséoliforme aux coudes, aux avant-bras et sur la face dorsale des mains.

Le 6 octobre, matin : temp., 39° 5/10 centigr.; pouls, 110; resp., 25. — Soir : temp., 40° 2/10 (1); pouls, 125; resp., 30.
Le 7 octobre, matin : temp., 41°; pouls, 140; resp, 34. — Soir : temp., 41° 3/10; pouls, 140; resp., 36.
Le 8 octobre, matin : temp., 40° 5/10: pouls, 115; resp., 34.— Soir : temp., 40° 3/10; pouls, 118; resp., 32.
Le 9 octobre, matin : temp., 37° (2). — Soir : temp., 37° 2/10.
Le 10 octobre, matin : temp., 36° 5/10. — Soir : temp., 36° 7/10.

Par ce second tableau, l'on voit qu'il y a des cas où, avec une fièvre très élevée, 41°,3, et avec des phénomènes très sérieux, la marche de la maladie reste la même, et l'apyrexie arrive au troisième jour comme dans les cas bénins. Nous avons omis, dans ce relevé et dans les suivants, de rapporter les températures des différentes heures de la journée, car c'est un fait acquis, comme le démontre aussi la première observation, que les oscillations thermiques varient seulement de quelques dixièmes de degré dans les vingt-quatre heures.

Obs. — Un autre malade, après avoir eu une apyrexie complète pendant quatre jours, est pris tout à coup d'un nouvel accès fébrite avec température très élevée (41°,3). La fièvre dure un jour pour cesser le lendemain. Quelques heures avant l'apyrexie avait eu lieu une très abondante éruption *rubéoliforme*.

Nous avons observé seulement sept à huit cas avec récurrence fébrile; mais dans aucun d'eux, celui-ci excepté, la température ne s'est élevée au delà de 39°,6 centigrades. Les vraies rechutes, qui sont loin d'être rares, sont accompagnées de fièvre plutôt légère et de courte durée.

(*A suivre.*)

(1) Délire pendant la nuit.
(2) Éruption scarlatiniforme pas très abondante.

Pathologie interne.

De la pneumonie lobaire aigue avec exsudat fibrineux des grosses bronches, par M. le docteur Sézary (d'Alger), travail lu au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, le 16 avril 1881.

Dans la pneumonie lobaire aiguë, l'exsudat fibrineux des alvéoles se prolonge dans les bronchioles : il y a en même temps alvéolite et bronchiolite fibrineuses. Mais assez souvent l'exsudat s'étend jusque dans les bronches; à l'alvéolite et à la bronchiolite s'ajoute une bronchite fibrineuse.

Quand l'exsudat bronchique ne remonte pas jusqu'à la bronche maîtresse du lobe hépatisé, les symptômes physiques de la pneumonie lobaire vulgaire sont peu modifiés : on trouve toujours du souffle tubaire, de la bronchophonie, de l'exagération des vibrations thoraciques; la percussion seule permet de diagnostiquer cet exsudat bronchique, car la matité est absolue et rappelle celle de la pleurésie avec épanchement abondant. Parfois, cependant, les vibrations thoraciques sont diminuées d'intensité, ainsi que le prouve l'observation suivante, recueillie par le docteur Vincent, alors mon interne :

Obs. I. — Barthélemy Lory, cultivateur, âgé de soixante-deux ans, entre, le 24 octobre 1877, à l'hôpital d'Alger, salle Saint-Joseph, n° 39 (service du docteur Sézary). A eu, il y a cinq ans, une fluxion de poitrine du côté gauche. Huit jours avant son entrée, point de côté à droite, toux, fièvre. Le 25, on constate, en arrière, à droite, de la matité et du souffle, il n'y a pas de râles; les vibrations thoraciques sont moins fortes qu'à gauche, bien qu'elles soient encore facilement senties. Crachats rouillés. Vésicatoire à droite en arrière. Potion tonique. Le 26, pas de râles, souffle de haut en bas; les vibrations sont plus marquées que hier; crachats rouillés non visqueux. Le malade meurt le 28.

A l'*autopsie*, quelques adhérences de la plèvre droite, hépatisation grise de tout le poumon droit; les bronches de ce poumon contiennent un exsudat plastique, fibrineux sans doute, présentant la forme arrondie et les ramifications des canaux bronchiques : on peut retirer facilement cet exsudat qui, plongé dans un verre d'eau, donne parfaitement l'aspect de l'arbre bronchique. Poumon gauche sain, sauf la base du lobe inférieur qui est congestionnée, mais non hépatisée.

Dans le mémoire des docteurs de Beurmann et Brissaud, paru dans les *Archives générales de médecine*, numéro de février 1881, sur les *pneumonies massives*, on trouve deux observations analogues, la deuxième et la troisième, où jusqu'à la mort on a entendu un souffle tubaire interne et où, à l'autopsie, on a constaté dans les lobes hépatisés des moules fibrineux arrivant dans les grosses bronches jusqu'auprès *des divisions de second ordre*. Dans les deux cas, on avait constaté pendant la vie une matité absolue. Exemples indiscutables de pneumonie avec moules fibrineux dans les bronches, ces deux faits ont été à tort qualifiés par ces observateurs de *pneumonies massives*. En effet, ils ne présentent en somme que l'exagération d'un symptôme constant de la pneumonie, la matité : cette nuance peut échapper à l'observateur ou bien elle peut être mise sur le compte de fausses membranes ou d'un léger épanchement à la périphérie du lobe hépatisé. En tout cas, elle n'empêche pas le clinicien de reconnaître la pneumonie lobaire aiguë, il pourra seulement réserver la question de savoir s'il y a un léger exsudat solide ou liquide dans la plèvre, ou bien si les bronches d'un certain calibre renferment un exsudat fibrineux.

Mais quand l'exsudat fibrineux bronchique remonte jusqu'à la bronche maîtresse, la scène change du tout au tout. Alors la matité à la percussion devient absolue, le souffle tubaire disparaît, la bronchophonie aussi, les vibrations thoraciques sont nulles, l'expectoration caractéristique peut même être supprimée, et l'observateur se trouve en présence d'une maladie thoracique aiguë qui offre tous les signes d'une pleurésie avec vaste épanchement. Ce sont ces cas que Lépine qualifie de *pneumonies pseudo-pleurétiques* et que Grancher a baptisés, vers la fin de 1877, du nom imaginé de *pneumonies massives*, en en publiant une très belle observation dans la *Gazette médicale*. M. Heurot, de Reims, en avait présenté un cas à la Société de médecine de cette ville. MM. de Beurmann et Brissaud en rapportent un autre exemple indiscutable recueilli dans le service du docteur Millard. A l'article Pneumonie lobaire aigue du *Dictionnaire* de Jaccoud, Lépine en résume en quelques mots une observation très nette publiée en Angleterre par le docteur Wilks. J'ai eu moi-même la bonne fortune d'en observer deux cas dans mon service de l'hôpital d'Alger, le premier en 1878, le second tout récemment, en janvier 1881.

Obs. II (résumée). — Un homme de quarante ans environ entra à la salle Saint-Joseph, pendant les premiers mois de 1878, avec les symptômes d'une maladie aiguë thoracique, point de côté, fièvre, dyspnée excessive. A l'examen du thorax, on constate une matité absolue dans tout le côté gauche avec absence de tout bruit respiratoire normal ou pathologique et abolition des vibrations thoraciques. Le diagnostic de pleurésie avec épanchement abondant ayant été porté et la dyspnée étant excessive, une ponction fut pratiquée. Il ne sortit qu'un jet de sang noir qui cessa de couler dès qu'on eut retiré la canule.

A l'*autopsie*, on trouva une hépatisation grise de tout le poumon gauche, et un exsudat plastique remplissait tout l'arbre bronchique de ce poumon. Je reconnus un cas de pneumonie massive telle que Grancher venait de la décrire dans la *Gazette médicale* de Paris.

Obs. III. — Auguste Lagarde, journalier, âgé de trente-cinq ans, entre à l'hôpital d'Alger, dans mon service, le 4 janvier 1881. Il a eu la fièvre intermittente il y a huit ans, pendant six mois, puis deux fluxions de poitrine à gauche, l'une il y a quatre ans, l'autre il y a deux ans.

Depuis ce temps, bonne santé, quand il y a quinze jours, étant sorti en sueur par un temps humide, il fut pris d'un point de côté à gauche dans la poitrine, de toux, de céphalalgie. Il eut de gros frissons deux jours de suite. Ne s'étant pas soigné, il vit sa toux

et sa dyspnée augmenter il y a trois jours; à ce moment il eut des crachats rouillés. La langue est sèche, l'haleine sent l'acétone.

A l'examen du thorax, le 5, on constate dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche matité et silence absolu, absence de vibrations, égophonie dans l'aisselle; albumine dans les urines. Je diagnostique une pneumonie massive et je prescris une saignée de 250 grammes et un vésicatoire. Température du matin, 38°,8; du soir, 39°,9. Pouls, le matin, à 130; le soir à 140.

Le lendemain 6, température 38°,5, pouls à 120; orthopnée, cyanose des mains. A l'auscultation, mêmes signes à gauche; à droite, frottements pleuraux à la base. Le malade asphyxiait visiblement et sa fin paraissait prochaine : le diagnostic de pneumonie massive paraissait probable, mais l'existence de l'égophonie au-dessus de la ligne de matité, l'apparition de frottements pleuraux de l'autre côté, le début par des frissons répétés deux jours de suite, permettaient d'hésiter encore et d'admettre la présence d'un vaste épanchement à gauche; aussi ne crus-je pas devoir priver le malade des bénéfices possibles d'une ponction si mon diagnostic de pneumonie massive était infirmé, et, tout en faisant mes réserves, j'enfonçai un trocart dans le 6e espace intercostal; il ne sortit que du sang. C'était donc bien une pneumonie massive, et je pus annoncer à mes élèves que nous trouverions l'exsudat fibrineux dans les bronches. Après une journée d'orthopnée épouvantable, le malade mourut dans la nuit à trois heures du matin, et voici ce que nous montra l'autopsie : périhépatite et périsplénite diffuses; le foie pèse 2600 grammes et la rate 570; les reins et le cœur ne présentent rien d'anormal. Pleurésie sèche à la base et congestion interne de tout le poumon droit. A gauche, hépatisation grise du lobe inférieur avec aspect dépoli de la plèvre viscérale, mais sans épanchement pleural. Tout l'arbre bronchique de ce lobe est plein d'un caillot fibrineux massif, non tubulé, non adhérent à la paroi bronchique et remontant des alvéoles jusqu'à la bifurcation gauche de la trachée. La bronche du lobe supérieur ne renferme aucune trace d'exsudat, ainsi que les bronches du côté droit.

Ainsi, dans ma première observation de pneumonie massive, comme Grancher, comme Millard, j'avais commis l'erreur de diagnostic, et, comme Grancher, j'avais ponctionné. Chez mon second malade, j'avais diagnostiqué la pneumonie massive; mais, devant l'impossibilité d'éliminer la pleurésie avec épanchement, j'avais tenté la ponction, n'ayant en somme que ce moyen de faire le diagnostic.

Conclusions. — En résumé, la pneumonie lobaire aiguë avec exsudat fibrineux dans les bronches, peut se présenter en clinique sous deux formes différentes :

1° Forme avec exsudat bronchique incomplet, ne remontant pas jusqu'au hile du poumon, caractérisée par une matité intense, quelquefois de la diminution dans les vibrations thoraciques, un souffle tubaire très fort et de la bronchophonie; elle diffère peu de la pneumonie lobaire commune, et on peut trouver tous les degrés intermédiaires entre cette variété et la pneumonie franche ordinaire.

2° Forme avec exsudat bronchique remontant jusqu'au hile et remplissant tout l'arbre bronchique du lobe ou des lobes hépatisés, véritable *pneumonie massive* de Grancher, *pneumonie pseudo-pleurétique* de Lépine. Quand le médecin n'est appelé qu'après la formation de l'exsudat bronchique, tous les signes classiques de la pneumonie peuvent avoir disparu, même l'expectoration, et avoir été remplacés par ceux d'un épanchement pleurétique abondant. Et comme le malade est souvent atteint d'une dyspnée excessive, la question de la ponction se pose d'urgence. Or, aucun signe ne permet de faire le diagnostic différentiel entre la pneumonie et la pleurésie, ainsi que l'a si bien exposé Grancher dans son mémoire. Le malade eût-il une expectoration pneumonique et c'était le cas du sien, on peut admettre une pleurésie avec épanchement abondant compliquée d'un petit foyer de pneumonie. Je conclus donc, comme Grancher, qu'il est permis de tenter une ponction exploratrice, étant donnés son innocuité en cas de pneumonie et le service qu'elle peut rendre au malade en cas de pleurésie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

EXPÉRIENCES PUBLIQUES SUR LA VACCINATION DU CHARBON SYMPTOMATIQUE, FAITES A CHAUMONT (HAUTE-MARNE), LE 26 SEPTEMBRE 1881. Compte rendu par M. *Bouley*. (Voy. le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, au compte rendu de la séance de l'*Académie de médecine*.)

POISSON ÉLECTRIQUE. — M. *Pr. de Pietra-Santa*, à l'occasion de la note publiée par M. *du Bois-Reymond*, concernant les recherches sur le gymnote instituées dans le Venezuela par M. le docteur Sachs, rappelle à l'Académie la communication qui lui a été faite sur le poisson électrique au mois de juillet 1858 par *Jobert de Lamballe*.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° une demande de M. Moracchini à l'effet d'être autorisé à exploiter, pour l'usage médical, les eaux d'une source dite de Campo-Cardetto, située à Santo-Pietro (Corse) (*Commission des eaux minérales*); 2° plusieurs remèdes secrets et nouveaux.

M. le préfet de la Somme adresse le Rapport sur les travaux des Conseils d'hygiène de ce département pendant l'année 1880.

M. le docteur *Charbonnier* (de Bruxelles) envoie un *Rapport sur les établissements d'aliénés en Belgique*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de MM. les docteurs Just et Paul Lucas-Championnière la table des cinquante premières années du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; 2° de la part de M. le docteur Bonnans, un *Guide pratique des bains d'Ussat*; 3° au nom de M. le docteur William Marcet (de Genève) une brochure intitulée : *Recherches sur l'influence de la hauteur sur la respiration*; 4° de la part de M. le docteur J. Lopez-Ocana (de Madrid) une étude sur *le Parasitisme en ophthalmologie*.

M. *Bouley* communique une lettre de M. le docteur *Mathieu* concernant les idées exprimées par M. Auzias-Turenne sur l'*atténuation des virus par la multiplicité des inoculations*.

M. *De Villiers* dépose le Rapport pour 1880 de la Commission de l'hygiène de l'enfance.

CAS DE NANISME. — M. *Larrey* présente un nain qu'il a eu l'occasion d'examiner avec M. *Dechambre*. C'est le troisième enfant d'un cultivateur des environs d'Angoulême, jouissant, comme sa femme, d'une bonne constitution et d'une parfaite santé; leurs deux autres fils, plus âgés que celui-ci de quelques années, sont aussi bien portants qu'eux-mêmes et de taille moyenne. Ce nain est né à terme, sans que la grossesse de la mère ait offert d'autre particularité qu'une réduction notable de l'abdomen. Il paraissait à sa naissance bien proportionné dans les formes de son corps et de ses membres, mais on a négligé alors de mesurer son poids et sa taille. La croissance ne s'est faite que très faiblement, surtout pendant les premières années. Il n'a pas encore quinze ans, pèse seulement 9 kilogrammes, et ne mesure que 80 centimètres de taille; c'est donc l'un des plus petits nains observés jusqu'ici. Habillé, il a l'aspect d'un très jeune enfant assez bien conformé, sauf une claudication de la jambe gauche, due à une lésion mécanique de la marche survenue peu de temps après sa naissance et non déterminée. Sa figure est enlaidie par le développement excessif d'un nez aquilin et court, comme le bec d'un oiseau de proie, en même temps que les yeux, assez vifs, sont trop petits et trop rapprochés. Cet aspect seul, à part les autres traits du visage, qui sont assez réguliers, donne à la physionomie de ce nain une certaine ressemblance avec la race éteinte des aztèques. Le corps de ce nain, mis à découvert, ne présente plus une bonne conformation; il est grêle et comme atrophié par arrêt de développement; le thorax surtout, sensiblement rétréci et déformé, est rachitique, et quoique la colonne vertébrale n'offre pas de déviation sensible, dans toute l'étendue de la région dorso-lombaire une saillie

prononcée de l'angle sacro-vertébral constitue un nouveau caractère bien marqué du rachitisme. Les membres supérieurs et inférieurs, quoique réguliers dans leur direction et leurs formes, sont atteints d'une atrophie plus ou moins prononcée, qui deviendra peut-être progressive et contribuera sans doute plus tôt que plus tard à donner à l'individu un aspect atrophique d'autant plus prononcé qu'il aura franchi l'âge de l'adolescence. Les organes génitaux paraissent bien conformés, ils n'ont pas encore révélé leurs instincts; l'enfant paraît gêné de leur exhibition, si réservée qu'elle puisse être. Il est vif, alerte, malgré sa claudication, qui ne l'empêche pas de courir; il peut accélérer le pas à grande vitesse, et il y met un assez grand amour-propre; il se croit de l'intelligence; il cherche à chanter, mais sa voix est gutturo-nasale, peu accentuée, peu harmonieuse surtout, très aiguë et stridente.

Pour M. *Jules Guérin*, ce nain serait un microcéphale généralisé, ayant subi un arrêt de développement dans toutes ses parties et il considère la claudication dont il est affecté comme une affection congénitale.

Inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse. — Pendant une heure et demie, M. *Jules Guérin* occupe la tribune avec l'intention de répondre aux discours prononcés par M. Boulcy dans les précédentes séances sur l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes. Mais comme M. Jules Guérin commence par déclarer que les discours de son collègue ne constituent pas seulement un travail spécial de médecine vétérinaire, mais une discussion de haute portée touchant aux grands principes de la pathologie expérimentale, notamment à la valeur respective de l'observation et de l'expérimentation pour la solution des problèmes de la médecine, on devine aisément tout le parti qu'un aussi habile et aussi fécond *debater* que M. Jules Guérin s'efforce de tirer d'une telle occasion; et, de fait, l'utilité de l'inoculation en elle-même n'a été qu'une sorte de hors-d'œuvre dans son argumentation. Il est de par le monde, à toutes les époques, des personnes qui préfèrent observer philosophiquement les choses, et lorsque des expérimentateurs, joignant l'application réelle aux recherches spéculatives, ont réussi à obtenir quelque découverte capitale, à déterminer, comme disait Claude Bernard, un fait renouvelable à volonté, les premiers ne peuvent s'empêcher, si la découverte est incontestable et complète, de déclarer qu'ils l'avaient prévue, et, si elle est critiquable par certains côtés, d'éprouver quelque plaisir à le faire remarquer. Est-ce pour cela que M. Jules Guérin s'imagine avec conviction que l'observation, ayant depuis longtemps montré que toutes les maladies virulentes ont la propriété de conférer l'immunité contre elles-mêmes, l'expérimentation n'a fait que confirmer ce résultat? Encore n'a-t-elle pas le mérite de reproduire exactement la maladie, car elle substituerait une maladie provoquée à une maladie spontanée, différente dans son évolution? C'est ainsi que, dans la péripneumonie contagieuse spontanée, l'évolution commence par la toux, qui constitue, en quelque sorte, le symptôme caractéristique d'une période prémonitoire, existant pour la péripneumonie comme pour le choléra; la maladie provoquée n'est qu'une des formes multiples que peut présenter la maladie virulente, une maladie ébauchée, en quelque sorte; aussi M. Jules Guérin regrette-t-il qu'on n'ait pas songé à inoculer les formes ébauchées de la péripneumonie contagieuse, et qu'on n'ait pas songé davantage à mettre les animaux inoculés en cohabitation avec des animaux sains, pour voir dans quelle mesure les formes nouvelles, ainsi obtenues par l'inoculation, pouvaient être transmises par les animaux sains et reproduire la maladie spontanée. M. Jules Guérin rappelle à ce propos qu'en 1861 il démontra de même les formes ébauchées de la morve, révoquées en doute par les vétérinaires à cette époque, et maintenant généralement admises. A-t-on du moins prouvé l'efficacité de l'inoculation, ajoute l'auteur? Suivant lui, il est démontré que la mortalité des animaux inoculés est plus grande que celle des animaux atteints de la maladie spontanée; cette maladie inoculée est ainsi semée, disséminée dans une étendue dont il est impossible de déterminer les limites, et, même lorsque les sujets inoculés ont été guéris, ils conservent dans leur organisme les germes de la maladie; mais quand on compare les résultats obtenus par l'inoculation de la péripneumonie à ceux que l'on observe dans les contrées où elle n'est pas pratiquée et où les animaux sont soumis à la simple expectation, on reconnaît qu'au point de vue économique l'avantage est pour la méthode de l'expectation contre celle de l'inoculation et de l'abatage.

Passant ensuite à la critique de la valeur de l'expérimentation au point de vue de la solution des questions médicales, M. Jules Guérin commence par faire le procès de ce qu'il appelle la monomanie actuelle de l'expérimentation, dont la conséquence est la théorie microbienne des affections virulentes et miasmatiques, « la plus grande fantaisie peut-être de notre époque ». Rappelant les résultats contradictoires auxquels l'expérimentation a pu donner lieu récemment, en ce qui concerne l'étude de la rage, et insistant sur la singularité de l'existence de plusieurs formes de charbon, formes auxquelles il ne croit pas, il émet cette idée que, loin d'avoir le pas sur l'observation, l'expérimentation n'est que la tributaire de la première; c'est une simple méthode dont l'esprit humain se sert pour contrôler l'exactitude des faits découverts par l'observation et des idées qu'il a acquises par ce dernier moyen. L'étude des causes des maladies virulentes montre qu'elles sont primitivement spontanées et susceptibles de se provoquer; ce sont les conditions de cette spontanéité qu'il faut s'efforcer de rechercher, afin de trouver une thérapeutique rationnelle qui parvienne à atténuer la puissance de leur propriété contagieuse.

Quant aux expériences d'inoculation du charbon symptomatique, dont M. Bouley avait présenté l'exposé et constaté le succès, M. Jules Guérin, tout en ne croyant pas à la différence de nature entre le charbon symptomatique et le charbon bactérien, estime qu'elles démontrent que l'on peut, par l'injection dans les veines du virus du charbon symptomatique, donner naissance à une forme ébauchée qui devient préservatrice de la même maladie, et à ce titre, il se félicite que ce résultat soit conforme aux doctrines qu'il professe depuis longtemps.

Malgré l'invitation de M. le président, personne ne s'est fait inscrire pour répondre à M. Jules Guérin.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Correspondance. — Hypertrophie de la mamelle. — Corps étrangers articulaires. — Polype du méat urinaire. — Sur un mode particulier de récidive de la coxalgie; étiologie des attitudes du membre. — Présentation d'un malade.

M. *Monod* présente, au nom de M. *Bois* (d'Aurillac), une observation de taille hypogastrique.

M. *Nicaise* communique, au nom de M. *Resseguier* (de Toulouse), un fait d'atrophie testiculaire, suite d'orchite blennorrhagique.

— M. *Monod* dépose sur le bureau la photographie de la malade présentée dans la dernière séance. Cette femme a quitté l'hôpital depuis un mois; on fit quelques tentatives de succion; un suintement laiteux s'est établi, la malade va mieux et la grossesse continue sans accidents; il n'y a donc pas lieu d'intervenir chirurgicalement.

M. *Guéniot*. Cette hypertrophie pourrait être assimilée à la galactorrhée; l'iodure de potassium fait parfois cesser cette

sécrétion exagérée; on obtient par ce moyen l'atrophie de la glande. On peut encore essayer la compression.

M. *Monod*. La compression était très difficile à appliquer. En outre, il faudrait démontrer qu'il s'agit d'une sécrétion exagérée, ou d'une hypertrophie du tissu glandulaire lui-même.

M. *Després*. On trouve dans la thèse de Labarraque des cas dans lesquels l'iodure de potassium est resté sans effet.

— M. *Monod* a opéré un malade dont l'affection est identique à celle du malade présenté par M. Pozzi, dans la dernière séance d'août. Il s'agissait aussi d'un corps mobile du genou. L'opération fut faite à ciel ouvert par la méthode de Lister; le pédicule qui fixait le corps étranger a facilité les recherches. Le pédicule fut lié avec le cat-gut et la plaie refermée; guérison complète en quinze jours.

M. *Le Dentu* voudrait rectifier quelques assertions de M. Pozzi; le malade a suppuré longtemps et a quitté l'hôpital avec une roideur articulaire.

M. *Nicaise*. Dans l'extraction des corps étrangers du genou, quand on n'agit pas dans la cavité articulaire et qu'on n'est pas exposé à introduire du sang dans l'article, en un mot quand on ne voit pas les surfaces articulaires, le tube à drainage est inutile et on peut faire la réunion totale. On laissera un tube à drainage, s'il y a en même temps arthrite ou hydarthrose.

M. *Lucas-Championnière*, à l'exemple de Lister et de Saxtorph, a placé un drain quand l'articulation contenait du liquide, ou quand elle était enflammée; on peut le supprimer dans certains cas; quand on l'a appliqué, on peut le retirer au bout de quatre ou cinq jours.

M. *Monod* a fait deux extractions de corps mobiles articulaires et avec succès; il avait fait le drainage.

M. *Verneuil* a aussi fait deux fois cette opération. Il n'a pas réuni du tout, et a appliqué son pansement phéniqué; tout se passa bien. La réunion immédiate avec un drain n'est donc pas bien avantageuse; il vaut autant ne pas réunir.

— M. *Després* a vu à sa consultation à l'hôpital de la Charité, une fille de huit ans qui avait une métrorrhagie. Une tumeur du volume d'une noisette occupait le centre de la membrane hymen; l'urèthre était libre. C'était un polype de la vulve; il s'implantait sur les bords du méat. La tumeur fut enlevée avec un serre-nœud. Elle était très vasculaire et représentait une poche. Il n'existait pas d'épithélium à la face interne de cette poche. C'est une variété de polype de l'urèthre. M. Richet professe que beaucoup de polypes de l'orifice de l'urèthre sont produits par une varice de la muqueuse du méat.

— M. *Verneuil* désire attirer l'attention des chirurgiens sur un épisode de la coxalgie mal mentionné dans les publications, sur un mode particulier de récidive après les guérisons apparentes.

Il y a cinq ans, M. Verneuil vit avec M. *Leudet* (de Rouen) une jeune fille de neuf ans prise de coxalgie à forme bénigne; variété rhumatismale; pronostic bénin. L'enfant fut placée dans la gouttière de Bonnet; plus tard, quand elle alla mieux, on appliqua l'appareil de Bouvier. La cure fut assez longue; à la troisième année du traitement, il se forma autour du trochanter un petit abcès qui guérit vite.

Il y a quinze mois, après trois ans et demi de traitement, l'enfant fut déclarée guérie; il restait de la raideur dans la jointure, mais quelques mouvements étaient conservés. Six mois plus tard, on dit à M. Verneuil que l'enfant boitait un peu, sans souffrir; il y avait alors un peu d'ensellure et une légère flexion de la cuisse.

Il y a cinq mois, M. Verneuil revoit la malade; flexion très prononcée de la cuisse, ensellure très considérable; pas de gonflement ni de douleur; l'attitude vicieuse s'était seule reproduite. On avait engagé le père à temporiser, mais la difformité allait en augmentant. L'enfant marchait sur la pointe du pied. M. Verneuil se rappela les faits observés par M. Valtat à l'articulation du genou; l'arthrite du genou guérit, et plus tard, le triceps fémoral se paralyse et la jambe se fléchit. Ne pouvait-on pas expliquer ainsi la difformité de la hanche?

Chez la petite malade, les muscles de la fesse étaient absolument paralysés, l'articulation avait encore quelques mouvements. La déformation se produisait par la contraction du psoas et des adducteurs. L'enfant étant endormie, l'attitude était facilement corrigée; un appareil de Bouvier fut appliqué. Au bout d'un mois, faradisation des muscles fessiers. Là était l'explication des récidives de la difformité sans récidive de l'inflammation; la cause, c'était la paralysie de certains groupes de muscles.

Insistons sur les phénomènes qui se passent du côté des muscles dans les coxalgies légères, rhumatismales. Au genou, le triceps fémoral s'atrophie en quelques jours à la suite d'une arthrite, d'une fracture de la rotule, etc. On a moins insisté sur ce fait à propos de la hanche. M. Verneuil a vu une fille de huit ans bien guérie de sa coxalgie, qui boitait de temps en temps; électrisation des muscles fessiers, et la claudication disparaît.

M. Verneuil pense avoir trouvé dans l'action musculaire, dans la contracture ou la paralysie des muscles, la raison des attitudes vicieuses que prend le membre, et de la transformation des attitudes de la première période de la coxalgie (abduction et rotation en dehors, allongement apparent et flexion permanente) en attitudes de la seconde période (rotation en dedans, adduction, raccourcissement apparent). Dans la première période, il y a contracture des fessiers et du psoas iliaque, parce que l'inflammation se propage de la capsule articulaire à ces muscles voisins; le psoas produit la flexion permanente, le moyen et le petit fessier, l'abduction et l'allongement apparent.

Au bout d'un certain temps, les muscles enflammés s'atrophient, et l'inflammation atteint les muscles plus éloignés; alors la cuisse arrive dans l'adduction, la flexion est exagérée et la rotation en dedans; il y a changement d'attitude. Ainsi donc les attitudes dans la coxalgie sont dues aux agents musculaires. Il est donc indispensable d'interroger l'état des muscles et de les électriser.

— M. *Guermonprez* (de Lille) présente un individu blessé dans un accident de chemin de fer.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un cas d'absence de synchronisme dans la contraction des ventricules du cœur. Remarques sur le redoublement des bruits cardiaques, par le docteur Frédéric Henry, médecin à Episcopal-Hospital de Philadelphie.

Chez une femme ayant des antécédents rhumatismaux et éprouvant des douleurs cardiaques, on constate à l'auscultation un bruit mitral de régurgitation. De plus, les bruits normaux du cœur paraissent être au nombre de quatre, et leur rhythme irrégulier. Le premier et le quatrième bruit sont rapprochés des deux autres par un intervalle de temps moindre que la pause qui sépare normalement le deuxième et le troisième. Le premier et le troisième de ces bruits paraissent résulter l'un de l'occlusion de la valvule mitrale, l'autre de la systole ventriculaire gauche. Les deux autres bruits correspondaient donc à l'occlusion de la tricuspide et à la systole ventriculaire droite; de plus, ils avaient une intensité normale. Cette

explication est confirmée d'ailleurs par les traces sphygmographiques des pulsations cardiaques et radiales du bras droit. Ce défaut de synchronisme des bruits du cœur n'est pas constant, il se montre et disparaît sans cause apparente. A sa sortie de l'hôpital, la malade présentait des troubles de circulation veineuse, de l'œdème des extrémités, de l'ascite et de la dyspnée.

Les causes de ce phénomène sont de deux sortes : 1° l'absence de synchronisme dans l'occlusion des valvules aortiques et pulmonaires. On sait que le docteur Potain explique ce trouble fonctionnel par une inégalité de tension dans l'aorte et dans l'artère pulmonaire. De plus, ce fait peut constituer le *bruit de rappel* de Bouillaud.

2° La deuxième cause peut provenir d'une contraction anormale du ventricule gauche et donner lieu au *bruit de galop*. De plus, des causes intracardiaques, comme l'a prouvé Potain, peuvent produire le *bruit de galop présystolique*. Il est dû à la distension incomplète du ventricule s'accomplissant avec l'aide de la contraction de l'oreillette, et cela quand la tension artérielle est exagérée et qu'en même temps la tension veineuse est diminuée.

Pour Sibson, ce trouble résulterait de l'absence de synchronisme dans l'occlusion des valvules auriculo-ventriculaires. L'auteur a observé ce bruit dans deux cas de néphrite aiguë, dans lesquels l'urine ne contenait ni albumine, ni cylindres. Il adopte donc l'explication de Potain et insiste sur la valeur diagnostique de ce signe dans certains cas de néphrite. Ce défaut de synchronisme dans les contractions du cœur peut être représenté par le symbole de l'iambe employé dans la versification, c'est-à-dire par —⏑—⏑.

Lyden cite deux cas semblables de maladies valvulaires dans lesquels il existait un rétrécissement aortique et de l'insuffisance tricuspide; ces lésions compliquaient le bruit de galop en donnant lieu à d'autres bruits anormaux.

Au point de vue clinique, l'auteur fait remarquer que dans le rétrécissement mitral le bruit de galop ne peut exister. En effet, ce bruit étant dû à une pulsation diastolique du ventricule produite par l'énergie anormale de la contraction de l'oreillette dans la présystole, il est indispensable pour l'existence de ce phénomène que l'orifice mitral ne soit pas rétréci (*Arch. of med.*, New-York, août 1881, p. 47, vol. VI).

De l'emploi thérapeutique de l'aimant, par le docteur Hammond.

On a prétendu que les applications de l'aimant sur la peau pouvaient produire le retour de la sensibilité là où il existait de l'anesthésie et faire disparaître l'hyperesthésie là où la sensibilité était exagérée. De là, l'emploi de l'aimant contre les névralgies, la chorée et les paralysies.

Dans neuf cas de chorée, la guérison s'est montrée deux fois après l'application de l'aimant, mais l'action a été nulle dans les sept autres cas. Dans les tentatives ultérieures de traitement, il faudra tenir compte de la puissance de l'aimant et de son mode d'application. Dans deux cas de paralysie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale, l'auteur a obtenu des résultats favorables; ces cas étaient analogues à ceux de Debove et Boudet (*Arch. de neurologie*, t. I, p. 92).

Ces cas, comme ceux d'émianesthésies hystériques signalés par Charcot et ses élèves, et traités avec succès par les applications métalliques ou par l'aimant, sont des exemples que les lésions organiques ou autres siégeant sur les couches optiques. L'hémiplégie et l'hémianesthésie ayant un caractère transitoire dans les lésions de ces centres nerveux, il est possible que l'application favorable de l'aimant dans certains cas de chorée ou de paralysie soit le fait d'une simple coïncidence ou même de l'impression morale produite par le traitement sur l'esprit du malade (*Neurological. Cont.* 1881, t. 1, n° 3).

Expériences sur les propriétés vésicantes des cérocomes, des mylabres et des œnas, par le docteur J. Vinra y Carreras.

Entreprises à l'instigation de la commission de thérapeutique de l'Académie des sciences médicales de Catalogne, ces recherches ont été faites dans le but de déterminer les propriétés de ces insectes voisins des cantharides. Dans les diverses expériences, on a employé la poudre desséchée ou des emplâtres fabriqués au moyen de cette poudre. Les conclusions de ce mémoire présentent une certaine importance au point de vue de la matière médicale et de la thérapeutique :

1° Il existe dans la tribu des cantharides plusieurs espèces vésicantes au moyen desquelles on obtient une poudre qui contient une quantité plus ou moins grande de cantharidine et qui est utilisable dans la confection des emplâtres vésicants.

2° Quelques espèces de mylabres, de cérocomes et d'œnas donnent une poudre dont l'emploi est acceptable dans la pratique et même, dans certains cas, préférable à la poudre des cantharides communes, parce qu'elle cause une moins vive douleur.

3° Les effets locaux sont analogues à ceux des vésicatoires ordinaires, relativement à l'action révulsive et à la formation des phlyctènes contenant la sérosité. Toutefois leur application ne donne lieu ni à des phénomènes généraux, ni à des troubles locaux des organes génito-urinaires.

Il y aurait donc espoir en multipliant et en variant les recherches de trouver peut-être un succédané des cantharides, ayant tous leurs avantages sans présenter leurs inconvénients (*Revista de Clinicas med.*, Barcelona, août 1881, p. 337, an. VII).

Recherches expérimentales et micrographiques sur l'origine des globules sanguins, par le docteur Johnstone, de Dauville (Kentuky).

On connaît les expériences d'Onimus, qui consistent à prendre la sérosité d'un vésicatoire, à en séparer complètement, par la filtration, tous les éléments figurés; à remplir de ce liquide des poches de baudruche et à les introduire sous la peau de chiens. Après deux à trois jours, on retirait ces petits sacs et on constatait que leur contenu renfermait un nombre plus ou moins grand de leucocytes. D'où cette conclusion que les leucocytes s'étaient organisés dans le blastème par une sorte de génération spontanée.

Le docteur Johnstone a répété dans les mêmes conditions, sur des chats, les expériences précédentes. Il faisait varier la nature des liquides qui devaient jouer le rôle de blastèmes, et après chacune des expériences, il vérifiait avec soin chacun des sacs de baudruche. De ces recherches, cet expérimentateur conclut qu'il existerait une filtration des éléments figurés à travers la paroi du sac, et que, par conséquent, ces éléments ont leur origine ailleurs que dans les blastèmes. D'autres observations, au moyen du microscope, conduisent le docteur Johnstone à formuler les conclusions suivantes :

1° Les leucocytes ne se forment pas spontanément dans le blastème ; ils naissent dans un autre milieu.

2° Les globules sanguins, blancs ou rouges, tirent leur origine des corpuscules de la substance propre du reticulum qui est placé dans les travées de tous les tissus adénoïdes.

3° La production des globules blancs ou des globules rouges varie dans une proportion variable selon la nature des organes où ils se forment.

4° Le tissu adénoïde est un tissu muqueux, en quelque sorte un vestige de la vie fœtale ; aussi très abondant dans l'embryon, il devient d'autant plus rare que l'individu est plus âgé.

5° Les tissus adénoïdes sont en quelque sorte des amas de matière organisée, véritables réserves dans lesquelles le sang puise les corpuscules qui lui sont nécessaires pendant la vie.

6° L'épuisement de ces réservoirs joue probablement un rôle important dans l'atrophie des tissus chez les vieillards et dans toutes les autres conditions organiques qui constituent la sénilité. Par conséquent, l'entretien et la durée de la vie sont en quelque sorte sous la dépendance du tissu cytogène (*Arch. of med.*, New-York, p. 24, vol. VII, août 1881).

De la sueur dans les maladies de la peau, par le docteur Vineta Bellaserra.

Les recherches de l'auteur ont été commencées à l'hôpital Saint-Louis et inspirées à la fois par les leçons cliniques de MM. Besnier, Vidal et Fournier, et par les observations du docteur Aubert (*Lyon med.*, 1874). Le procédé employé par cet auteur et par le docteur Vineta Bellaserra consiste dans l'application sur la peau d'une feuille de papier blanc qu'on sensibilise en l'imbibant d'une solution de nitrate d'argent et qu'on expose ensuite à la lumière.

Dans les hyperhémies cutanées, l'urticaire, la roséole du copahu et de la syphilis, dans l'érythème arsenical, la sécrétion sudorale n'est pas modifiée. Il en est de même dans les éphélides, le vitiligo, les anomalies de pigmentation, sauf dans quelques cas de pelade. — Dans l'icthyose, les modifications consistent : 1° dans la diminution et l'irrégularité du groupement des glandes sudoripares; 2° dans l'hypersécrétion supplémentaire sur les régions indemnes de la maladie. Dans le prurigo chronique, contrairement à l'opinion d'Hébra, le nombre des glandes est diminué et la sécrétion n'est pas supprimée complètement. Il en est de même dans les lésions inflammatoires et irritatives, dans lesquelles quelquefois cependant la sécrétion peut être abolie.

Au niveau des taches, dans le purpura, la sécrétion devient nulle, et, suivant les observations de Vinay et Parret, l'hémorrhagie est limitée à la périphérie des glandes sudoripares. La suppression est également complète dans le psoriasis pendant la période d'état, mais la diaphorèse reparaît quand les plaques se guérissent. Dans l'érysipèle, pendant deux semaines environ, on observe l'abolition de la sécrétion sudoripare et sébacée. Au niveau des sudamina, des vésicules d'herpès, dans les régions envahies par le zona, le pemphigus, l'herpès circiné, l'impetigo, les éruptions pustuleuses provoquées par les acares, dans les zones occupées par l'eczéma et l'ecthyma, la sécrétion sudorale est interrompue durant la période d'état de la maladie, mais reparaît à l'époque de la guérison. Dans la teigne faveuse, l'abolition est complète. Dans le lupus, les tubercules syphilitiques et sur les cicatrices, il en est de même par la destruction des glandes au niveau des néoplasmes ou par leur absence dans les tissus inodulaires. Mais, dans ces maladies, les glandes du voisinage sont le siège d'une hypersécrétion supplémentaire.

Ces conclusions confirment la plupart des recherches du docteur Aubert ; toutefois elles atténuent quelques-uns des résultats de ses observations (*Revista de Clin. med.*, Barcelona, août 1881, p. 352, an. VII).

Du myxœdème, de ses symptômes cérébraux et nerveux, par le docteur William Hammond.

Ce travail nous paraît intéressant à rapprocher des observations publiées par le docteur Morvan (n[os] 34 et 35 de la *Gazette*). Au point de vue anatomo-pathologique, le myxœdème est le résultat, soit de l'accumulation de la substance mucoïde dans les tissus et surtout sous la peau, soit par régression, soit par prolifération du tissu conjonctif. Il est probable que ces deux causes coexistent dans quelques tissus, chez certains malades.

De là, au point de vue clinique, une modification dans la consistance des tissus et leur aspect œdémateux, avec cette différence que la pression du doigt ne laisse pas d'empreinte, parce que les tissus conservent leur élasticité. La bouffissure de la face, des paupières, des lèvres, des narines et des joues au niveau des pommettes n'est pas sans analogie avec le gonflement qu'on observe dans l'empoisonnement par l'arsenic. La déformation des doigts, en massue, ressemble à celle que Gull a décrite dans les affections du cœur.

Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, le myxœdème a été signalé une fois par Savage chez l'homme, et l'observation qui fait l'objet du travail actuel en est un autre cas. Cette dernière observation est remarquable surtout par les troubles nerveux et cérébraux que le malade présentait, à savoir : affaiblissement des facultés intellectuelles, amnésie partielle, perversion de la raison et même hallucinations et illusions; diminution de la sensibilité cutanée et sensorielle, et aussi de la puissance et de la coordination des mouvements. La température périphérique était abaissée à 96 degrés Farenheit, et enfin il existait des troubles gastro-intestinaux.

Le docteur Ord attribue ces troubles fonctionnels du myxœdème à la compression des extrémités nerveuses par le tissu mucoïde, d'où la diminution des impressions périphériques et, par conséquent, la diminution de l'intensité des excitations de la peau et des sens. Mais, avec Savage, on doit admettre que les centres nerveux ont été les premiers lésés par les dépôts du tissu mucoïde; en effet, les troubles encéphaliques précèdent toujours les manifestations périphériques de cette maladie. D'ailleurs, dans l'autopsie du malade du docteur Ord, ces lésions nerveuses centrales furent nettement constatées. Il est donc légitime de conclure que, dans le myxœdème, les phénomènes sont à la fois des troubles nerveux d'abord d'origine centrale et ensuite de cause périphérique (*Neurological Cont.*, 1881, t. I, n° 3, p. 36).

Travaux à consulter.

Extension des nerfs, par MM. Gen, Pooley, V. Gerny et Pence. — On trouvera dans ces deux mémoires le résumé d'un très grand nombre de cas d'extension des nerfs (37 cas dans le mémoire de Pooley, 73 dans celui de Gen), tous les faits particuliers y sont en quelque sorte signalés. D'une manière générale, cette opération paraît devoir donner de bons résultats. Dans les cas de névralgie, surtout de névralgie sciatique l'extension est un moyen puissant d'amélioration. Au contraire, dans d'autres cas, tétanos, lèpre anesthésique, etc., les guérisons sont rares et l'on n'obtient que des modifications passagères. (*Voyenno Meditsinsky* et *London medical Record*, 15 octobre 1880, *New-York Medical Record*, p. 173, 1880.) Gerny a publié sur le même sujet un mémoire; de l'ensemble de 8 cas qui lui sont personnels, l'auteur conclut : que l'élongation des nerfs est un moyen de diminuer l'hyperkynésie des nerfs moteurs qui n'est pas à dédaigner quand les autres moyens d'arriver au même résultat se sont montrés inefficaces. Cependant dans les cas de névralgie il préfère la névrotomie (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkrank*, Band X, Helt I, p. 284.) Signalons aussi le mémoire de Spence : *Elongation des nerfs sciatique, collatéral de l'index et sous-orbitaire* (*The Lancet*, vol. I, p. 249.)

Injection éthérée de bromhydrate de quinine, par M. le docteur Mac-Auliffe. — L'auteur préfère le bromhydrate à la quinine pure dans les injections éthérées, parce que préparer de la quinine serait perdre du temps et que dans les accès pernicieux la condition principale est d'agir vite ; si on a de la quinine sous la main, il vaut mieux employer l'alcaloïde comme le conseille Burdel, car alors la solution est beaucoup plus riche. Les phénomènes locaux sont de la douleur et du gonflement; il n'a jamais observé d'induration ni d'abcès. Mac-Auliffe a employé avec succès les injections de bromhydrate de quinine, non seulement dans la

fièvre pernicieuse, mais aussi dans l'entérite cholériforme des jeunes enfants. Il conseille d'essayer dans le choléra. (*Journal de thérapeutique*, 7e année, n° 21, novembre 1880, p. 804.)

Quatre observations de gangrène, par le docteur Sahut. — M. Sahut rapporte quatre cas de gangrène survenus, au moins les trois premiers, à la campagne, chez des sujets sains, dans de bonnes conditions hygiéniques; ces trois malades étaient voisins et la gangrène survenue à propos de traumatismes légers paraît à l'auteur pouvoir, jusqu'à un certain degré, être rapportée à une cause extérieure, sorte d'influence épidémique, et pendant quelque temps il crut devoir s'abstenir de toute intervention chirurgicale. (*Société de médecine de Gannat*, 1879-1880, p. 22.)

Quelques expériences nouvelles avec le pituri, par M. Ringer et W. Murrel. — Les physiologistes établissent que le pituri agit sur le cœur de la grenouille et sur l'appareil nerveux modérateur de cet organe comme antagoniste de la pilocarpine et de la muscarine. D'après les mêmes auteurs il présenterait certaines analogies avec la nicotine. Cependant il ne serait pas l'antagoniste de la muscarine et de la pilocarpine sous tous les rapports et agirait dans le même sens que ces substances en excitant les sécrétions salivaire et sudorale. (*The Journal of physiology*, vol. II, p. 132.)

Contribution a l'histoire physiologique des peptones, par Defresne. — D'après les recherches de l'auteur, les peptones peuvent servir de nourriture sans avoir besoin de l'action des pus intestinaux. On peut administrer les peptones par la bouche et par le rectum. Un point important dans leur usage consiste à varier la forme sous laquelle on les administre. Quand il ne reste que le rectum, il est bon de débarrasser l'intestin au moyen d'un lavement d'eau. La dose ordinaire est de 120 grammes administrée trois fois par jour. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1880, n° 24, p. 453.)

Des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine dans la pneumonie survenant chez les femmes grosses, par le docteur Maurice Valentin. — L'auteur, dans un mémoire substantiel, basé sur des observations prises très méthodiquement, étudie l'action des injections de chlorhydrate de morphine employées dans la pneumonie de femmes enceintes, et après une discussion sévère il indique les conclusions ci-après. En effet, jusqu'ici on avait constaté que la pneumonie lobaire est plus grave dans la grossesse que dans les conditions ordinaires, que c'est surtout pendant les trois derniers mois que le danger s'accentue. Presque toujours il y a expulsion du fœtus, produite par les quintes de toux et la fièvre.

M. Valentin pense que les injections de morphine qui dominent la contractilité utérine en la diminuant sont indiquées; qu'elles produisent de bons effets en calmant les quintes de toux, et que surtout elles diminuent la dyspnée qui est le plus grand danger de l'affection. (*Revue méd. de l'Est*, nos d'octobre et de novembre 1880.)

Note sur un cas de tumeur de la valvule tricuspide, par M. J. Garel. — Cette tumeur trouvée à l'autopsie d'un homme de 41 ans, mort de pneumonie, n'a donné pendant la vie aucun signe stéthoscopique, elle l'accompagnait d'un pouls veineux spécial. Sur la face auriculaire de la valve la plus rapprochée de l'orifice pulmonaire est implantée une petite tumeur en forme de champignons, elle s'engage dans l'orifice et fait saillie dans le ventricule. Cette tumeur très irrégulière présente sur quelques points de la fibrine récemment déposée. Au microscope la tumeur se compose d'une substance granuleuse produite par les globules rouges en voie de désintégration et par un stroma lamelleux par place infiltré de sels calcaires, mais ne présentant aucun élément cellulaire. — M. Garel croit qu'il s'agit d'un épanchement sanguin entre les lames de la valvule et en train de subir la transformation fibreuse et crétacée. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 4e année, n° 11, novembre 1880, p. 864.)

De l'intoxication palustre dans ses rapports avec la fièvre typhoïde, par M. F. Sorel. — L'auteur qui a eu maintes occasions d'étudier l'évolution des fièvres rémittentes d'origine palustre en Algérie, qui a pu dans le même milieu assister à la marche de nombreux cas de fièvre typhoïde, combat l'opinion émise par M. Collin, que la fièvre rémittente palustre peut se transformer en fièvre typhoïde. Il montre au moyen d'observations consciencieuses que dans aucun cas l'on n'assiste à la transformation d'une épidémie de rémittentes palustres en typhoïdes. De même il n'a jamais pu observer la transformation chez un sujet d'une fièvre rémittente en fièvre typhoïde. Ce qui, d'après lui, a été la plus fréquente des confusions qui ont été commises, c'est que la fièvre typhoïde et les fièvres rémittentes peuvent naître dans les mêmes milieux et dans des conditions identiques; dans ces circonstances il est souvent fort difficile, parfois même impossible, de se prononcer, il existe des cas ou même en pesant tous les symptômes on ne peut arriver qu'à des probabilités. En effet, et c'est là sa conclusion, il n'existe aucun signe pathognomonique. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 4e année, n° 11, novembre 1880, p. 875.)

BIBLIOGRAPHIE

Médecine vieille et médecine nouvelle. Introduction au cours de thérapeutique, par le docteur Semmola, professeur de thérapeutique à l'Université de Naples, et professeur de clinique médicale au grand hôpital des Incurables, traduction de M. le docteur Girerd. In-8 de 109 pages.— Paris, 1881. J. A. Baillière.

Le professeur Semmola est un des savants italiens les mieux initiés au mouvement médical contemporain. Il a donc toute compétence pour le juger. Si nous ajoutons qu'il a rédigé tout exprès une préface pour cette édition française; qu'il est lui-même presque français, par la connaissance de notre langue et par la part qu'il prend, dans les congrès, aux discussions dont retentissent souvent nos Académies et nos Sociétés savantes, on sera d'avis avec nous que son livre tombe à propos au milieu de nos divisions scientifiques, et qu'on doit savoir gré à M. Girerd d'en avoir donné la traduction.

Suivre l'auteur dans l'examen des droits respectifs de la médecine moderne et de la médecine ancienne serait une tâche considérable; ce serait aussi tomber dans les répétitions; car, les problèmes étudiés par M. Semmola, la *Gazette hebdomadaire* les a bien souvent abordés, et elle a même, presque à chaque instant, l'occasion d'y revenir. La remarque la plus générale à faire, c'est que cet ordre de questions est de ceux sur lesquels il est le plus malaisé de préciser les termes du débat, comme il est malaisé de le clore, parce que, en réalité, les dissentiments portent moins sur les principes que sur leur application, et que les opinions diffèrent surtout par des nuances. Ainsi tout le monde est convaincu, comme M. Semmola, que la médecine traditionnelle, celle qui est sortie de l'*expérience* clinique, reste vivante, et ne doit pas abdiquer devant les *expériences* des savants modernes. Tout le monde accorde également que les découvertes de la physiologie sont de nature à jeter un jour nouveau sur la production et l'enchaînement des phénomènes qui constituent les complexus morbides. Et il est clair dès lors que, tantôt ce sera la physiologie qui rectifiera les données de la pathologie traditionnelle, et tantôt la pathologie traditionnelle qui démentira les données de la physiologie nouvelle. M. Semmola est à la fois trop savant et trop clinicien pour ne pas faire une part équitable à ces deux tendances de la médecine; mais le sens général des sept leçons réunies dans cet ouvrage est que, dans cette lutte de l'esprit moderne et de l'esprit ancien, les torts sont du côté du premier. Il le trouve envahisseur, téméraire, quelquefois léger et superficiel. Il lui arrive même en certains endroits de s'en moquer, oubliant un peu le respect qu'il lui voue ailleurs; c'est ce qu'il fait notamment quand il déclare que la démonstration du *baccillus* de la fièvre intermittente, si elle était définitive, *ne ferait de mal à personne*, parce que le quinquina continuera à guérir l'infection paludéenne. C'est aller un peu loin. Scientifiquement, la cause des phénomènes, en médecine comme en physique, est l'objet essentiel de toute recherche; pratiquement, la découverte de la cause spécifique de l'infection paludéenne pourrait

conduire à guérir la fièvre quand le quinquina n'y réussit pas.

On pense bien que l'auteur n'a eu garde d'oublier la question des micro-parasites. Il s'incline devant la gloire de M. Pasteur; mais il doute si la maladie est transmise par les animalcules ou par le liquide qui les contient, ou plutôt il penche manifestement vers la seconde hypothèse; il ne veut pas surtout entendre parler de transformisme en matière de microbes infectieux. Si pourtant la propriété infectieuse ne change pas en changeant le liquide de culture; si une seule goutte de la liqueur virulente versée dans une grande quantité de liquide neutre suffit à l'entretenir; si elle augmente à mesure que les microbes se multiplient dans ce liquide; si enfin elle ne se manifeste qu'à des périodes déterminées de l'évolution organique du microbe, il devient bien difficile de mettre la contagion sur le compte du liquide. Quant au transformisme en lui-même et à ses rapports avec les propriétés des microparasites, il a trouvé depuis longtemps sa confirmation dans le règne végétal, ainsi que l'a rappelé M. Davaine. Tout cela, nous voulons bien qu'on le prenne en doute, qu'on le renvoie au jugement de l'avenir; mais nous aimons toujours mieux, en attendant, le voir encourager que dénigrer. Disons bien vite que le dénigrement de M. Semmola ne s'adresse pas aux travaux de M. Pasteur en personne, mais aux observateurs qui sont, suivant ses propres expressions, « plus royalistes que le roi », aux dénicheurs de microbes problématiques, aux princes qui veulent avoir des ambassadeurs, aux marquis qui veulent avoir des pages. En quoi il n'a peut-être pas tort.

Et, à ce sujet, l'auteur fait la remarque que les microbes ne paraissant pas envahir les corps vivants *à l'état sain*, mais seulement les corps *altérés par la maladie*, la question de chimie moléculaire pathologique domine la question morphologique. On peut contester la prémisse; mais, fût-elle vraie, on avouera que si la cause essentielle, la cause unique de la maladie infectieuse était le microbe, les altérations chimiques qui auraient favorisé son développement ne devraient venir, même aux yeux du clinicien, qu'en second ordre. Le désordre chimique à considérer dans l'organisme envahi serait celui qu'y produisent les microbes eux-mêmes. Toutefois, nous admettons très bien, avec notre distingué confrère, que « pour le pathologiste savant et clinicien en même temps », les recherches devraient être principalement dirigées « vers les altérations chimiques ou moléculaires de l'ambiant (milieu) intra-organique, c'est-à-dire vers les liquides blastémiques et circulants ». Ces recherches, il voudrait qu'on s'y appliquât davantage, et qu'on les fît passer avant la recherche des microbes. Nous demandons seulement qu'on les fasse marcher de compagnie.

Ce qui précède donne une idée suffisante de l'ouvrage de M. Semmola. A quelque camp qu'on appartienne, on reconnaîtra, à la lecture, qu'il porte d'un bout à l'autre le cachet d'un savoir étendu, d'une grande distinction d'esprit et d'une parfaite bonne foi.

A. D.

Index bibliographique.

Rapport sur une mission a Turin, par A. J. Martin. — Paris, Imprimerie nationale, 1881.

Délégué par le ministère de l'instruction publique pour prendre part au Congrès d'hygiène de Turin, M. A. J. Martin a profité des deux voyages qu'il a faits dans le nord de l'Italie pour étudier consciencieusement les institutions sanitaires de nos voisins. Le compte rendu du Congrès international de 1880 a été fait dans ce journal. Nous n'avons donc point à analyser les pages qui lui sont consacrées par l'auteur, mais il nous faut signaler l'étude très intéressante qu'il a écrite sur l'organisation et l'installation des édifices scolaires et des établissements destinés, en Italie, au traitement des enfants rachitiques et scrofuleux. Ce petit résumé d'hygiène scolaire mérite une attention toute spéciale au moment où l'on s'efforce de perfectionner même en France les salles d'asile et les salles d'école. Aussi voudra-t-on lire avec détails ce que conseille le règlement italien qui traite de la construction et de l'appropriation des écoles primaires. On y remarquera non seulement les indications relatives à l'aménagement de ces écoles, mais encore tout un programme de gymnastique appliquée, très en honneur dans les écoles de la ville de Turin et qu'il serait aisé de prescrire à Paris. Si l'on doit faire beaucoup pour maintenir en bon état la santé des jeunes enfants retenus à l'école, il faut faire plus encore pour venir en aide à ceux qui sont débiles, scrofuleux, rachitiques ou prédisposés à la phthisie. En Italie, il existe à Turin et à Milan des écoles de rachitiques qui ont déjà rendu, qui rendent chaque jour les plus grands services. A Turin, sous l'influence des exercices gymnastiques prescrits par M. Gamba, on put voir, en 1880, 44 enfants guéris et 15 améliorés sur 252 admis à l'Ecole. A Milan, des résultats plus favorables encore vont être obtenus grâce au magnifique institut dont M. A. J. Martin nous donne plusieurs plans et une description complète. Cet institut servira d'école pour 100 enfants et de petit hôpital pour 25 malades. On y trouvera des consultations gratuites. On y apprendra surtout comment il faut traiter les rachitiques. Le mobilier scolaire a été très heureusement modifié par le docteur G. Pini, et nous espérons bien que les modèles qui sont représentés dans le rapport de M. A. J. Martin seront adoptés dans quelques-unes de nos écoles. Nombreux aussi sont en Italie les hôpitaux maritimes destinés au traitement des scrofuleux. Celui du Lido, près de Venise, est spécialement décrit et figuré, car il réalise à tous les points de vue un sérieux progrès. On trouve encore, dans ce remarquable rapport, bien des chapitres intéressants, par exemple une étude sur la vaccination, une description des appareils crématoires de Milan, un programme sur l'organisation et sur l'enseignement de l'hygiène publique, etc. M. A. J. Martin, si au courant de toutes les questions d'hygiène, a montré le profit que l'on peut tirer d'une mission scientifique. Nous aimons à croire que ses efforts n'auront point été inutiles, que son rapport sera lu, et que les indications et les conseils qu'il suggère seront suivis.

A propos du railway transsaharien. Réflexions et observations hygiéniques et médicales, par M. Ch. J. Masse. — Paris, Calmann Lévy.

Un long séjour en Algérie a permis à l'auteur d'approfondir toutes les questions d'hygiène et de climatologie qui intéressent le touriste et le soldat non encore acclimaté. Son mémoire, destiné primitivement au *Recueil de médecine militaire*, avait été écrit longtemps avant l'exploration de la région saharienne par la mission Flatters. Il mérite aujourd'hui plus que jamais d'être lu par tous ceux — et ils sont encore nombreux malgré les fautes commises jusqu'à ce jour — qui croient à l'avenir de notre colonie algérienne et qui s'intéressent aux tentatives faites dans le but de la rendre plus accessible et plus prospère.

Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, par M. le docteur R. Lefour. In-8 de 330 pages, avec 2 planches en chromo-lithographie. — Paris, 1880. O. Doin.

M. Lefour a réuni dans son mémoire un nombre considérable d'observations bien suivies et complètes. Il a puisé aux sources les plus diverses, et nous ne craignons pas de dire qu'on trouvera dans son travail les renseignements utiles dans les diverses circonstances qui peuvent se présenter dans la pratique. Il est certain que la question des fibromes utérins joue, dans tout ce qui a rapport aux fonctions physiologiques de cet organe, un rôle des plus importants : aussi nous ne saurions trop recommander de lire cette thèse. Les premiers chapitres, consacrés à l'historique, à l'anatomie pathologique et à la pathogénie des myomes utérins, sont complets et intéressants, quoiqu'ils ne nous apprennent rien de nouveau. C'est avec le chapitre V que l'auteur entre véritablement dans son sujet : *Influence des myomes sur la fécondation ;* il arrive à cette conclusion que cette influence s'exerce de bien des manières ; qu'il existe, il est vrai, une stérilité relative, mais que la fécondation n'est pas absolument rare dans ces circonstances. Les chapitres VI et VII sont consacrés à l'*influence des myomes sur la grossesse et l'accouchement;* ici l'influence est bien plus évidente, l'accouchement prématuré et l'avortement sont fréquents. M. Lefour, contrairement à l'opinion de plusieurs auteurs, pense qu'on ne possède pas encore des documents suffisants pour établir une

relation entre le siège de la tumeur et l'époque de l'expulsion de l'œuf. En ce qui regarde l'accouchement, les myomes constituent toujours une complication; mais leur gravité peut varier avec le volume et le siège de la ou des tumeurs.

Tel est le résumé de la première partie. Puis l'auteur arrive au diagnostic, qu'il divise en trois points : 1° diagnostic de la grossesse avec la tumeur fibreuse de l'utérus; 2° diagnostic de la tumeur fibreuse et des différentes affections qui peuvent la simuler dans la grossesse et l'accouchement; 3° diagnostic de la tumeur en elle-même.

Ces faits connus, M. Lefour passe à l'examen des modifications que provoquent les myomes dans les fonctions utérines; il les divise en complications pendant la grossesse, pendant l'accouchement, pendant la délivrance, et enfin à propos des suites de couches. Nous ne pouvons le suivre dans tous les développements qu'il donne à ce sujet, et qu'on trouvera très bien exposés dans son mémoire. Enfin, après s'être occupé longuement du pronostic et des indications thérapeutiques, l'auteur donne dans un tableau le résumé de 307 cas. Si nous ajoutons que l'index bibliographique qui termine la thèse est un des plus complets, nos lecteurs pourront se convaincre que nous n'avons pas fait un vain éloge quand nous avons dit que M. Lefour a fait un travail consciencieux et utile.

Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur le foie cardiaque, par M. Ch. Talamon. In-8 de 65 pages.— Paris, 1881. Germer-Baillière.

L'auteur, qui a sérieusement étudié ce point de pathologie, énonce plusieurs propositions d'un intérêt très sérieux et dont voici le résumé. Toutes les modifications qui se produisent dans le foie dans le cours d'une affection cardiaque ne sont pas sous la dépendance directe de cette affection; il y a en plus une altération qu'on doit considérer comme contemporaine de l'endocardite, cause de la lésion valvulaire, c'est l'artérite des artérioles hépatiques. C'est cette artérite qui constitue le degré le plus léger des lésions. Dans ces cas, il n'existe pas de cirrhose autour de la veine centrale du lobule. Si dans le foie cardiaque il se produit de la cirrhose, c'est toujours autour des vaisseaux porte que les éléments conjonctifs prolifèrent, absolument comme dans le foie des buveurs. Il y a donc dans le foie cardiaque deux sortes de lésions : celles qui sont dues à la péri-artérite, qui sont des lésions concomitantes, et celles qui sont liées à l'affection cardiaque, et qui sont de véritables lésions de cirrhose. Il peut exister des cas de cirrhose multilobulaire dans lesquels, quoique la tonicité du cœur soit rétablie, et que l'œdème des membres inférieurs ait disparu, l'ascite persiste. M. Talamon insiste aussi sur une forme particulière d'ictère mortel que les auteurs ont négligée, et qui peut être la conséquence ultime des complications hépatiques d'une affection cardiaque. Les phénomènes cliniques sont ceux de l'ictère typhoïde, mais l'aspect du foie est variable; cependant il y a constamment une forte inflammation des canalicules biliaires.

VARIÉTÉS

Cachet d'oculiste. — Dans la séance du 7 octobre de l'*Académie des inscriptions et belles-lettres*, M. le secrétaire perpétuel a donné lecture d'une lettre de M. A. de Longpérier (empêché par la maladie), relative à un cachet d'oculiste trouvé dans la propriété de M. le marquis d'Hervey de Saint-Denys (on ne précise pas davantage). Ce cachet portait une inscription sur chacune de ses quatre faces; mais sur l'une d'elles on ne discerne plus qu'une lettre, probablement un C. Les autres inscriptions auraient, si la reproduction que nous avons sous les yeux est exacte, la singulière distribution que voici :

Première face : { *C DOMITIMAGNI* / *DIALEPIDVSADA*

Deuxième face : *PACCIANVM*

Troisième face : { *C DOMITI MAGNI* / *EVVODES ADASPR*

Quoi qu'il en soit, il faut lire : *Caii Domitii Magni dialepidos ad aspritudines. — Paccianum. — Caii Domitii Magni euvodes ad aspritudines.*

Choléra. — *Dépêches télégraphiques.*

Aden, le 7 octobre, soir. — Aucun cas de choléra ne s'est produit depuis le 27 septembre.

Alexandrie, le 7 octobre, soir. — La commission sanitaire enverra des médecins à La Mecque pour prêter leur assistance aux malades et chercher à combattre l'extension du fléau.

Constantinople, le 4 octobre, soir. — Une dépêche de l'ambassade anglaise à Aden, en date du 30 septembre, annonce un nouveau cas de choléra. Il y a eu deux morts le 27 septembre. Aucun cas de mort ne s'est produit depuis lors.

— Les nouvelles de la Mecque nous apprennent que le choléra y a éclaté le 20 septembre en faisant 15 victimes. Le lendemain 21, 5 malades succombaient. On a constaté que le choléra provient d'Aden et de Settin où la maladie existe depuis le mois du Chaban, c'est-à-dire depuis la fin de juin. On ajoute que la plus grave responsabilité a été encourue par le résident anglais d'Aden qui, jusqu'au dernier moment, a délivré des patentes nettes aux bâtiments qui avaient fait relâche dans le port. Les derniers télégrammes d'Aden sont du 24 au 26. Dans ces trois jours, il y a eu 8 cas et 6 décès. Le correspondant du *Temps*, à qui nous empruntons ces renseignements, fait remarquer que, malgré ses promesses, le gouvernement ottoman a laissé se commettre des fautes assez graves. C'est ainsi que des musulmans désireux de se rendre en pèlerinage à la Mecque ont été, malgré l'avis du Conseil sanitaire, autorisés à prendre passage sur le *Kaissarié*, bâtiment turc, qui les emmène vers Djeddah.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adresser à M. le directeur de la santé au Havre une dépêche pour appeler son attention sur la nécessité d'appliquer avec la plus grande rigueur les prescriptions réglementaires contre le choléra à toutes les provenances de l'Egypte et de la mer Rouge.

— En vertu d'une décision du ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 8 octobre courant, tous les navires provenant de la mer Rouge et d'au delà, à destination de France, devront dorénavant faire viser leur patente de santé, non plus à Port-Saïd, mais à Suez, par le consul de France, assisté du médecin sanitaire français.

Fièvre jaune au Sénégal. — On écrit de Saint-Louis, le 26 septembre, au sujet de la fièvre jaune au Sénégal : « L'épidémie a fait pendant la dernière période de nombreuses victimes. L'aviso l'*Alecton*, en rade de Saint-Louis, a perdu trois de ses officiers en trois jours : MM. Malcor, enseigne de vaisseau; Pillevoisin, aide-commissaire, officier d'administration, et Vergnos, médecin-major. Le commandant, M. de Barbeyrac, restait le dernier à bord aux dernières nouvelles. Dans la colonie, la fièvre jaune fait moins de victimes; mais, hélas! ce sont les aliments qui manquent à ce mal dévorant. Nous comptons 418 morts, dont 52 officiers ou assimilés. Le régiment d'infanterie de marine caserné à Saint-Louis a été décimé. Le cadre des deux bataillons de tirailleurs sénégaliens n'existe plus. Voici les noms de quelques-uns des officiers ou fonctionnaires morts depuis le départ du dernier paquebot : MM. Pécarrère, receveur de l'enregistrement; Buguet, chef du service des ponts et chaussées; l'abbé Espinasse; MM. Brun, Pinard, aides-médecins; Jeannin, Poulet, sous-lieutenants d'infanterie de marine; trois frères de Ploërmel et deux sœurs hospitalières. — Contrairement à ce qu'on a écrit, la fièvre jaune ne sévit pas à Gorée. »

— Depuis le 22 août, l'état sanitaire de la Martinique s'est très notablement amélioré. Un seul malade a été atteint de fièvre jaune à Fort-de-France. Il est convalescent. A Saint-Pierre, il ne s'est pas manifesté un seul cas de fièvre jaune dans la garnison ou à bord des bâtiments du commerce. Les provenances de la Barbade et de Démérari sont soumises à une quarantaine à cause de la fièvre jaune qui règne avec une certaine intensité dans ces deux localités. Du 9 au 22 septembre, l'état s'est encore amélioré et l'on n'observe plus à Saint-Pierre ou à Fort-de-France que des cas isolés, généralement peu graves. Les provenances de la Havane sont soumises à la quarantaine.

Faculté de médecine de Paris (année scolaire 1881-1882).

Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre :

Physique médicale : M. Gavarret. — Physique biologique : Des phénomènes physiques de la vision. Le lundi, à cinq heures (petit amphithéâtre). M. Gariel, agrégé, suppléant. — Physique générale : Propriétés générales des corps, chaleur, électricité. Les lundis, mercredis et vendredis (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. Jaccoud. — Maladies du foie et des reins. Le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures.

Anatomie : M. Sappey. — 1° Les éléments figurés du sang et de la lymphe; 2° le système vasculaire lymphatique étudié dans son ensemble, chez l'homme et les vertébrés; 3° le système vasculaire sanguin; 4° les organes des sens; 5° l'appareil de l'innervation. Le lundi, le mercredi et le vendredi, à cinq heures.

Pathologie et thérapeutique générales : M. Bouchard. — Les maladies par réactions nerveuses. Le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Chimie médicale : M. Wurtz, M. Hanriot, agrégé suppléant. — Chimie inorganique (métalloïdes et métaux) dans ses applications à la médecine et à la toxicologie. Le mardi, le jeudi et le samedi, à midi.

Pathologie chirurgicale : M. Duplay. — I. Maladies chirurgicales du crâne et de la colonne vertébrale : 1° lésions traumatiques du crâne et de la colonne vertébrale; lésions traumatiques des parties molles, des os, de l'encéphale et des méninges; 2° vices de conformation et difformités du crâne et de la colonne vertébrale. — II. Maladies du nez et des fosses nasales. — III. Maladies des oreilles. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à quatre heures.

(*A suivre*).

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions sera ouvert, savoir : 1° le lundi 17 octobre 1881 pour les élèves nouveaux et pour les étudiants de première et de deuxième année qui ne sont pas astreints au stage hospitalier; 2° du jeudi 3 au jeudi 17 novembre 1881 pour les élèves de troisième et de quatrième année. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de une heure à quatre heures du soir.

Consignations. — Les étudiants qui n'ont pas subi le premier examen (nouveau mode) à la session de juillet, ou ceux qui ont échoué à cet examen, devront consigner du lundi 17 octobre 1881 au samedi 29 du même mois. Passé ce délai, nulle consignation ne sera reçue sans une autorisation spéciale. Les examens commenceront le lundi 24 octobre 1881.

Nécrologie. — Nous annonçons avec peine la mort du docteur Sistach, ancien chirurgien militaire, membre honoraire de la Société de chirurgie, lauréat de l'Institut, collaborateur distingué de la *Gazette médicale de Paris.* Il avait été, pendant la guerre de 1870-71, attaché à l'ambulance de la Légion d'honneur, à Saint-Denis. Ses principaux travaux ont porté sur : les *hémorrhagies traumatiques*, le *diagnostic du cancer des os*, l'*action de l'arsenic dans les fièvres intermittentes*, les *infirmités* et les *défauts de taille*, la *syphilis vaccinale*, l'*exostose sous-unguéale*, l'*anévrysme poplité*, la *rupture du ligament rotulien*, les *plaies d'armes à feu*, etc.

— La Société de géographie vient d'être informée, par une lettre de Capetown, de la mort d'un jeune voyageur français, M. Henri Dufour, qui parcourait la partie nord-ouest du bassin de la rivière Cunene, dans l'ouest de l'Afrique centrale.

— On annonce également la mort de M. Oppermann, médecin-major.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort subite de M. Emile Vieille, courtier en librairie, et qui depuis longues années s'occupait tout particulièrement des publications de la librairie de G. Masson, et surtout du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et de la *Gazette hebdomadaire.* Nous ne voulons pas laisser partir cet homme actif et modeste, que connaissaient et appréciaient beaucoup de nos lecteurs, sans quelques mots de souvenir et de sympathie.

Légion d'honneur. — A été nommé chevalier, M. Peborde, médecin-major de 2e classe au 17e chasseurs à cheval.

Hôpital militaire. — Le personnel médical de l'hôpital provisoire de Porquerolles comprendra un médecin militaire, deux médecins majors et deux aides-majors. Voici la composition de ce personnel : MM. Delcominète, médecin principal de 1re classe de l'hôpital de Marseille, médecin en chef; Deslande, médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire de Lyon (Collinettes); Rochet, médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire du Gros-Caillou (Paris); Thouvenin, médecin aide-major de 1re classe du 109e de ligne; Henry, médecin aide-major de 2e classe de l'hôpital militaire de Versailles.

Asile des aliénés de la Seine. — M. Laborde, médecin-inspecteur des asiles publics, est nommé médecin-inspecteur des maisons de santé, et remplacé par M. Ritti. M. Berthelot remplace ce dernier en qualité d'inspecteur-adjoint des asiles publics. M. Legras, inspecteur-adjoint, est nommé inspecteur titulaire, et MM. Paul Garnier et Marchant sont nommés inspecteurs-adjoints des mêmes asiles.

Mortalité a Paris (40e semaine, du vendredi 30 septembre au jeudi 6 octobre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 881, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 14. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 31. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 40. — Phthisie pulmonaire, 158. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 15. — Pneumonie, 36. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 49; au sein et mixte, 35; inconnu, 11. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 83; de l'appareil circulatoire, 60; de l'appareil respiratoire, 51; de l'appareil digestif, 39; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 40e semaine. — Nous n'avons cette semaine que 881 décès, encore faut-il en ôter 19 qui appartiennent à la semaine précédente par suite d'un retard; ainsi il ne reste vraiment que 862 décès imputables à cette semaine. Les maladies épidémiques n'ont toujours que de faibles contingents. La fièvre typhoïde continue à diminuer, elle ne fournit plus que 21 décès. La diphthérie elle-même semble faiblir, bien qu'elle reste encore la plus meurtrière des maladies épidémiques. La variole, qui n'avait compté que 4 décès, en a 14 cette semaine, mais c'est encore un chiffre très modéré pour Paris, comparé à ceux que nous enregistrons depuis deux années. La fièvre puerpérale compte cette semaine 8 décès.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La vision et ses anomalies, cours théorique et pratique sur la physiologie et les affections fonctionnelles de l'appareil de la vue par M. Félix Giraud-Teulon. 1 vol. in-8, VIII-936 pages avec 117 figures. Paris, J. B. Baillière et fils. 20 fr.

Études critiques et expérimentales sur la circulation pulmonaire (anatomie, physiologie, applications pathologiques), par M. le docteur F. Lalesque. Paris, G. Masson. 4 fr.

Traité d'anatomie pathologique, par M. E. Lancereaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome II, seconde partie : anatomie pathologique spéciale, anatomie pathologique des systèmes, système lymphatique et système sanguin. 1 vol. in-8 avec 89 figures intercalées dans le texte. Gratis pour les souscripteurs. Prix du tome II complet, 1 fort vol. in-8 avec 179 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 25 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

ALIMENTATION

Emploi des peptones pepsiques de Chapoteaut, pharmacien de 1re classe.

CACHEXIE SÉNILE. — USAGE DE LA PEPTONE CHAPOTEAUT. RETOUR RAPIDE DES FORCES ET DE L'APPÉTIT.

M. Béhier, âgé de quatre-vingts ans, est atteint d'un catarrhe chronique dont la longue durée a provoqué graduellement un état de cachexie tel, que, depuis trois mois, la marche est devenue impossible. Le malade garde le lit d'une façon absolue; l'appétit est faible, la constipation opiniâtre.

Le peu d'aliments qu'il accepte encore n'est pas toléré; après une ou deux heures de souffrance, des accès de toux surviennent et provoquent des vomissements.

Les parents du malade ne comptent plus sur les ressources de la médecine et c'est à grand'peine que je parviens à faire adopter l'usage des peptones Chapoteaut.

J'administre celles-ci sous forme de conserve liquide, à la dose de 3 ou 4 cuillerées à café par jour, délayées dans un peu de bouillon.

Cet aliment, séjournant peu dans l'estomac, ne provoque plus de fatigue de l'organe et les accès de toux ne se terminent plus par des vomissements. Dès le quatrième jour, l'appétit reparaît. A la fin de la première semaine, le malade se lève pendant quelques heures, son estomac tolère quelques aliments en dehors des peptones (lait, œufs).

Encouragée par ce premier et très remarquable résultat, la famille continue l'alimentation mixte par les peptones et les aliments ordinaires : l'appétit se maintient et a souvent besoin d'être modéré (fait très fréquent à cet âge); le malade marche assez facilement, et les accès de toux devenus moins fréquents ne s'accompagnent plus jamais de vomissements.

(*Gazette médicale de Paris.*)

BRONCHITE CAPILLAIRE CHEZ UNE PERSONNE AGÉE, RACHITIQUE. — RETOUR TRÈS RAPIDE DES FORCES A LA SUITE DE L'USAGE DES PEPTONES CHAPOTEAUT.

Mme T..., âgée de soixante-cinq ans, est rachitique. Taille difforme, courbure du rachis, inégalité des membres inférieurs.

Depuis trente ans, cette dame vit renfermée dans son appartement. Elle ne peut sortir à pied ou en voiture sans éprouver des palpitations suivies de syncope. Les digestions sont fort pénibles et la moindre affection fébrile est suivie d'une débilité qui ne disparaît qu'après quelques mois de soins assidus.

Le 5 février, je suis appelé auprès de cette dame que je trouve atteinte d'accès de suffocation, surtout la nuit, avec toux continuelle et râles sous-crépitants très fins à la base des deux poumons, mais plus spécialement à gauche.

Des soins appropriés atténuent peu à peu ces symptômes, mais bientôt le progrès se trouve arrêté par l'extrême faiblesse de la malade, dont l'estomac ne supporte plus aucun aliment.

J'ai recours alors à la conserve de peptone de Chapoteaut que je fais administrer à la dose de 3 cuillerées à café par jour, chacune dans une tasse de bouillon tiède. Cette préparation est acceptée avec plaisir. Bientôt, le lait est mieux toléré, puis les œufs et le jus de viande. Bref, en deux semaines je parviens, grâce à la peptone Chapoteaut, à relever les forces et à permettre à la malade de quitter le lit une grande partie de la journée. Les forces se sont rétablies à un point tel que, depuis cette attaque de bronchite capillaire, les accès de palpitations n'ont reparu que deux fois en trois mois, et sans intensité chaque fois.

L'usage de la peptone a été continué pendant deux mois et accepté constamment avec plaisir.

(*France médicale.*)

FATIGUE EXTRÊME CONSÉCUTIVE AU MAL DE MER. — RETOUR RAPIDE DES FORCES.

M. Charles X..., âgé de trente-cinq ans, négociant, a été obligé de faire le voyage du Brésil. Pendant la première traversée, il a eu beaucoup à souffrir du mal de mer et est arrivé au Brésil très fatigué; il a été obligé de prendre quelques jours de repos, puis après un séjour de trois semaines au Brésil, il est revenu en France.

Pendant la seconde traversée, il fut pris du mal de mer et n'eut que quatre à cinq jours de calme pendant lesquels il put digérer quelques aliments. Affaibli qu'il était déjà par son premier voyage et son séjour au Brésil, il en est résulté chez lui un dépérissement profond qui lui laissait quelques inquiétudes.

Il fut soumis à un régime extrêmement fortifiant et, outre le vin et l'extrait de quinquina, il prit tous les jours quatre verres, à Bordeaux, de vin de peptone Chapoteaut. Grâce à ce régime et au repos, il revint très rapidement à la santé; au bout de trois semaines, il se sentit en aussi *parfait état qu'avant son voyage.*

(*Revue de thérapeutique.*)

De la médication martiale, d'après les travaux scientifiques les plus récents.

Jusque dans ces dernières années on ne pouvait constater les effets de la médication martiale que par l'amélioration observée dans l'état général des malades; maintenant, grâce aux récents travaux de M. G. Hayem (1), professeur à la Faculté de médecine de Paris, on peut, pour ainsi dire, suivre pas à pas l'évolution de la réparation hématique sous l'influence des ferrugineux, lorsqu'on fait usage d'une bonne préparation.

Il est un fait, aujourd'hui incontesté, c'est que l'acide chlorhydrique est l'acide du suc gastrique (2). Il était dès lors rationnel de chercher une préparation présentant le fer sous la forme qu'il doit revêtir, en dernière analyse, pour pénétrer dans l'économie et y être assimilé, et qui puisse traverser l'estomac sans rien distraire des qualités essentielles du suc gastrique.

On comprend l'importance de cette donnée physiologique. Le docteur Rabuteau (3), dont les travaux ont été couronnés par l'Institut de France, s'est appuyé sur cette donnée fondamentale lorsqu'il s'est livré à une étude des divers ferrugineux. Ses recherches et des observations nombreuses l'ont amené à déterminer la préparation qui remplissait les conditions voulues.

Afin d'en faciliter l'administration dans la pratique médicale, le Fer Rabuteau est présenté sous trois formes : dragées, élixir et sirop.

Dragées de fer Rabuteau. — Ce sont des pilules recouvertes de sucre, elles doivent être prises au repas. A moins d'avis contraire de la part du médecin, on prendra 4 dragées par jour : 2 au déjeuner, 2 au dîner; on pourra élever progressivement la dose, d'abord jusqu'à 6 chaque jour, et 8 ensuite s'il est nécessaire.

Les Dragées de Rabuteau ne noircissent pas les dents et sont supportées par les estomacs les plus faibles sans produire de constipation.

Élixir de fer Rabuteau. — Cet élixir, très agréable au goût, aussi limpide qu'une eau minérale, est recommandé lorsqu'on éprouve de la difficulté à avaler les dragées.

Dose : un verre à liqueur à chaque repas, on peut le prendre pur dans un peu d'eau.

Grâce aux principes toniques et aromatiques de l'écorce d'orange entrant dans sa composition, l'Élixir Rabuteau est très utile aux personnes délicates dont les fonctions digestives ont besoin d'être rétablies ou stimulées.

Sirop de fer Rabuteau. — Ce sirop s'emploie comme l'élixir, il est destiné aux enfants, qui le prennent avec plaisir, à cause de son goût agréable, aromatique et légèrement sucré.

Dose pour les enfants : une cuillerée à dessert à chaque repas.

Pour obtenir de bons résultats il est indispensable de prendre chaque jour le Fer Rabuteau avec une très grande régularité. Il faut bien se garder d'en cesser l'usage dès que l'on éprouvera du mieux, car dans ce cas la maladie s'accentuerait de nouveau.

Les ingénieux appareils imaginés par MM. Potain, Hayem et Malassez pour l'examen microscopique du sang (1) ont permis aux médecins d'étudier comparativement la valeur des divers ferrugineux.

Il résulte de ces études comparatives que le Fer Rabuteau augmente le nombre, le volume et le pouvoir colorant des globules rouges du sang avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Les effets thérapeutiques ont été rapides et énergiques : chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'aménorrhée disparut; chez d'autres atteintes d'un état chloro-anémique persistant depuis longtemps et d'autant plus grave que les ferrugineux ordinaires n'étaient pas supportés, le Fer Rabuteau ramena en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, puisque ce ferrugineux, ainsi qu'on l'a vu précédemment, n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique pour être rendu assimilable.

Par de nombreuses observations cliniques il a été constaté que le Fer Rabuteau était parfaitement toléré, et que non seulement il ne produisait pas de constipation, mais que souvent il la faisait disparaître, non pas en exerçant une action purgative, mais en guérissant l'état pathologique qui l'avait déterminée.

Sous les climats les plus différents, le Fer Rabuteau a produit de bons effets.

En Algérie, où les cas d'anémie, de cachexie et de chlorose sont fréquents et tenaces, les médecins de colonisation sont habitués à administrer le fer sous toutes ses formes; ils ont constaté que le Fer Rabuteau rétablissait plus rapidement que toute autre préparation les sujets profondément anémiés.

« Les Dragées de Rabuteau, dit le docteur Louis Gavaudan (de l'Oued-Zenati), agissent vite et ne produisent pas de constipation. »

Le Conseil médical de santé de Saint-Pétersbourg, après les études les plus minutieuses, a ordonné l'importation en Russie des Dragées de Rabuteau *comme médicament d'utilité publique.*

En présence d'expériences si précises et d'observations cliniques si concluantes on peut affirmer que :

La médication martiale par le Fer Rabuteau est la plus rationnelle de la thérapeutique.

(1) *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang.* Paris, 1878. — *Leçons de thérapeutique. Paris,* 1880.

(2) *Recherches sur le suc gastrique, Comptes rendus de l'Institut de France,* séance de l'Académie des sciences, 11 décembre 1871; 5 janvier et 3 mai 1875. — *Union médicale,* années 1871, 1872 et 1875. — Ch. Richet, *Du suc gastrique chez l'homme et les animaux.* Paris, 1878.

(3) Le docteur Rabuteau est l'auteur des ouvrages suivants : *Traité de thérapeutique et pharmacologie,* 1 vol., 1200 pages. Paris, 3e édition. — *Traité de toxicologie,* 1 vol., 600 pages avec figures. Paris. — *Traité de chimie médicale.* 1 vol. avec 108 figures. Paris.

(1) Robert Moriez, *La Chlorose,* thèse d'agrégation. Paris, 1880.

De l'emploi de la Codéine en thérapeutique.

La Codéine possède des propriétés sédatives incontestables et rend de réels services chaque fois qu'il est possible d'administrer ce médicament pur sous une forme permettant un dosage rigoureusement exact.

Barbier, d'Amiens, est le premier qui ait soumis la Codéine à une étude clinique approfondie. Administrée par lui à des malades atteints de névralgie, elle a donné les résultats suivants : cessation de la douleur et des autres accidents, pas de modifications sensibles dans les fonctions de la circulation et de la respiration, non plus que dans les fonctions digestives : pas de constipation, pas de diarrhée. Les malades qui prennent de la *Codéine pure* ont un sommeil calme, paisible et réparateur; au réveil, ils ont l'encéphale parfaitement libre, ils sont gais et ont une figure ouverte et rosée.

Les malades, au contraire, qui sont sous l'influence de la morphine, ont la tête lourde au réveil, les paupières pesantes, et se plaignent d'engourdissement et d'accablement, de vertiges et souvent de constipation opiniâtre.

Magendie, en administrant de la Codéine pure à un certain nombre de malades à l'Hôtel-Dieu, a pu se convaincre que ce médicament procure un sommeil calme et paisible, non suivi le lendemain des inconvénients que l'on reproche à la morphine.

Martin Solon, en employant du sirop de Codéine pure, a obtenu chez des phthisiques un sommeil facile avec diminution de la toux et de l'expectoration et jamais de congestion cérébrale.

Krebel, Dumont, Edm. Ropiquet, Berthé, Claude Bernard ont obtenu des effets analogues en administrant de la Codéine pure à des malades qui ne pouvaient pas supporter la morphine.

Aran et Vigla ont présenté à l'Académie de médecine le résultat de leurs recherches. Douze malades atteints d'affections diverses, douleurs avec contracture, névralgies, gastralgies, insomnies persistantes, rhumatismes, ont été traités avec succès par le sirop de Codéine pure.

Deux observations sont particulièrement concluantes, car la Codéine a soulagé deux sujets qui étaient inutilement soumis à l'usage de l'extrait thébaïque, l'un depuis un mois, l'autre depuis dix jours.

« Pour résumer en quelques mots l'impression que m'a » faite ce médicament, je dirai que la Codéine me paraît » réunir en elle ce que l'opium offre de plus merveilleux et » de plus efficace. » (Aran, *Note sur l'emploi de la Codéine*, Académie de médecine, 1857.)

Trousseau et Pidoux ont obtenu les mêmes résultats que Claude Bernard. La Codéine endort surtout en faisant cesser les phénomènes qui s'opposent au sommeil, la toux par exemple. « En effet, il arrive à peu près constamment que les malades atteints de bronchite aiguë, arrivés à la période d'hyperesthésie et de spasmes des bronches, tourmentés par une toux continuelle, sont remarquablement soulagés avec une ou deux cuillerées de sirop de Codéine pris au commencement de la nuit, soit pur, soit dans une infusion chaude.

» Le malade éprouve un bien-être marqué à ne plus tous» ser et à pouvoir laisser entrer l'air librement dans sa poi» trine. » (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, Paris, 1877.)

La Codéine, dit le professeur Gubler, plus maniable que la morphine, est prescrite aux personnes qui supportent mal l'opium et particulièrement aux très jeunes enfants, aux femmes, aux vieillards et aux sujets menacés de congestions cérébrales.

Le sirop de Berthé est cité avantageusement. (Gubler, *Commentaires thérapeutiques du* Codex medicamentarius, p. 587.)

Le professeur Fonssagrives se montre très partisan de la Codéine à la condition d'avoir un médicament pur ne contenant pas la moindre trace de morphine.

Le docteur F. Leblanc, dans le *Journal de Thérapeutique* du 25 avril 1881, s'exprime en ces termes :

« La cause à laquelle j'attribue certaines divergences d'opi» nions entre les auteurs également recommandables, doit » résider dans les fréquentes sophistications de la Codéine » que des industriels peu scrupuleux remplacent par des » doses plus ou moins variables de chlorhydrate de morphine. » Mon observation personnelle me permet d'attribuer à la » Codéine une action soporifique très réelle et fort précieuse » par sa douceur et la facilité avec laquelle elle se dissipe » sans laisser après elle aucun symptôme pénible. Cette action » est très remarquable dans les bronchites aiguës et sub» aiguës à tel point, que, sans vouloir l'affirmer, je serais » tenté d'attribuer à cet alcaloïde une action calmante élective » sur la muqueuse des bronches et du larynx. Le fait est que, » sous son influence, les sensations de picotement et de cha» touillement siégeant au larynx et provoquant la toux, se » calment promptement, et le sujet s'endort tranquillement » pour plusieurs heures d'un sommeil paisible et réparateur. » Un des grands avantages de la Codéine, c'est encore de » pouvoir être acceptée par des sujets qui sont incapables de » supporter la morphine, soit à cause de leur tempérament » trop nerveux, soit en raison d'idiosyncrasies ignorées. »

En résumé, les observations qui précèdent démontrent que la Codéine est un précieux calmant, efficace contre les insomnies, les rhumes, les bronchites, l'asthme et la coqueluche, etc., à la condition d'avoir un médicament pur et toujours identique dans sa composition.

A cet égard on aura toute garantie en prescrivant le *sirop*, *la pâte de Berthé*. Chaque cuillerée de sirop contient 15 milligrammes de Codéine pure et chaque morceau de pâte 1 milligramme.

THÉRAPEUTIQUE

Du lactate de fer.

L'action du fer dans la chlorose et la chloro-anémie est tellement connue qu'il ne saurait plus être question d'en faire l'éloge, et s'il est une étude à faire au sujet des nombreuses préparations martiales, c'est uniquement dans le but de savoir quelles sont celles qui peuvent être les plus efficaces, et surtout celles qui ne peuvent jamais nuire.

Il est d'abord de toute évidence qu'une préparation ne saurait être efficace qu'autant qu'elle est de nature à être assimilée, et la première condition pour être assimilée, c'est qu'elle soit soluble. Un certain nombre de préparations sont solubles par elles-mêmes, d'autres ne le sont qu'en empruntant aux organes les acides physiologiques qu'ils contiennent. Dans le premier cas, l'assimilation se fera tout naturellement et sans aucun effort de l'organisme, il en sera différemment dans le second cas qui exigera de l'estomac un travail plus ou moins laborieux. Il est hors de doute, par conséquent, que les préparations dans lesquelles le fer est soluble doivent avoir la préférence.

Des expériences nombreuses et concluantes peuvent d'ailleurs guider les praticiens à cet égard. M. Claude Bernard a étudié comparativement l'action du sulfate ferreux et celle du lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté. Il a vu que ces deux sels, placés dans les mêmes conditions, se comportent d'une manière toute différente. Le lactate de fer, injecté en dissolution, même saturée, dans le sang, ne produit aucun accident et est complètement assimilé; tandis que le sulfate de fer, employé même à des doses très minimes, chemine dans tous les organes sans être assimilé et amène presque toujours la mort. Le même expérimentateur a constaté que le sulfate de fer se retrouve en entier dans les urines, mais que le lactate ne s'y montre point, preuve nouvelle de son assimilation.

En 1858, des expériences fort importantes ont été faites par une commission de l'Académie de médecine dans le but de déterminer l'action digestive du suc gastrique sur la fibrine en présence du fer. Il a été reconnu que certains sels de fer solubles sont absorbés sans être assimilés. De plus, la plupart des ferrugineux expérimentés doivent être considérés non seulement comme inefficaces, mais encore comme directement nuisibles, puisque, sur les neuf préparations soumises à l'expérimentation, six ont plus ou moins paralysé la digestion. L'action digestive du suc gastrique n'a pu se manifester d'une manière complète qu'en présence du lactate de fer. Le fer réduit et le pyrophosphate ont entravé cette action, sans toutefois l'arrêter complètement; mais il a fallu les donner à très petites doses.

Le rapporteur de la commission, M. F. Boudet, s'exprimait en ces termes : « Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le citrate de fer, et le fer réduit, sont conformes à ceux que MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expériences antérieures; ils montrent que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal partage, avec des sels de fer dont l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate, et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser l'action digestive du suc gastrique, et que le lactate de fer seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

De ces expériences on peut conclure que les préparations ferrugineuses réellement efficaces qui se présentent au choix d'un praticien ne sont pas très nombreuses; et que le nom de *préparation ferrugineuse normale* peut rationnellement s'appliquer au lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté; car il paraît bien démontré aujourd'hui que le fer n'est assimilé qu'à l'état de lactate. Il est en cet état éminemment soluble et est assimilé sans l'intervention du suc gastrique, laquelle ne peut se produire qu'aux dépens de la digestion. Aussi son premier effet est-il d'augmenter l'appétit et d'activer les fonctions digestives. « Ce sel, dit M. le professeur Gubler, n'ayant pas une saveur atramentaire très prononcée, n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse gastrique, ce qui est un avantage pour l'emploi interne; mais, en revanche, il ne jouit pas des propriétés styptiques efficaces des sels de fer solubles à acides minéraux. Aussi n'est-il d'aucune utilité comme topique astringent; on s'en sert uniquement dans la médication tonique analeptique dont il constitue, d'après Andral, Bouillaud, Beau, Rayer et d'autres médecins éminents, l'un des meilleurs agents chez les chlorotiques, les anémiques et les sujets épuisés. »

Un grand nombre d'observations prises dans les services de MM. les professeur Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., démontrent l'efficacité des *Dragées et Pastilles de Gélis et Conté*, dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, comme la *chlorose* et l'*anémie*, l'*aménorrhée*, qui en est souvent la conséquence. Elles sont non moins efficaces pour aider au développement des jeunes filles et dans tous les cas où il faut ranimer les forces vitales, comme à la suite de longues maladies, d'abondantes saignées, etc.

Les déductions de la science aussi bien que l'expérience des faits s'accordent donc pour justifier la préférence que les médecins accordent à ces dragées sur toutes les autres préparations martiales.

(*Union médicale.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 20 octobre 1881.

ABLATION DES MYOMES DE L'UTÉRUS. — TRAITEMENT DES OPACITÉS DU CORPS VITRÉ PAR L'ÉLECTRODYNAMIQUE. — L'ASSAINISSEMENT DE PARIS. — A PROPOS DU PROJET RÉCENT DE RÉGLEMENTATION DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE.

Ablation des myomes de l'utérus. — Traitement des opacités du corps vitré par l'électrodynamique.

Deux communications d'un sérieux intérêt pratique ont été faites à l'Académie de médecine dans la dernière séance : l'une par M. Guéniot, sur l'*ablation des polypes de l'utérus;* l'autre par M. Giraud-Teulon, sur le traitement des opacités du corps vitré par les courants constants continus.

M. Guéniot, à l'occasion d'un cas particulier, s'est efforcé de faire valoir, en termes généraux, la supériorité du serre-nœud à grosse corde sur l'écraseur. Tous les chirurgiens ne seront sans doute pas de son avis sur les difficultés d'applition de ce dernier instrument. Quant à M. Giraud-Teulon, les cas de succès qu'il a cités paraissent très probants; mais il a fait sagement d'établir ensuite une distinction entre les opacités traumatiques ou ayant leur point de départ dans le corps vitré lui-même et celles qui sont liées à des affections plus étendues et plus profondes de l'œil, notamment aux affections choroïdiennes.

L'assainissement de Paris.

Une ville qui renferme 2 millions d'habitants répartis sur 7802 hectares et logeant dans 73 000 maisons, pour la plupart à plusieurs étages et à appartements encombrés, offre par elle-même tant de causes d'insalubrité qu'on ne peut s'étonner de voir proposer, pour résoudre le problème de son assainissement, des solutions différentes. Il appartient cependant aux pouvoirs publics de prendre un parti qui satisfasse à la fois, s'il est possible, aux conditions multiples d'économie, de salubrité et d'hygiène, qui sont comme les facteurs primordiaux d'une si difficile et si grave question. Les débats récents de plusieurs commissions spéciales (1), les résultats obtenus dans les essais tentés dans notre pays et à l'étranger, les progrès effectués depuis un certain nombre d'années dans les recherches expérimentales ayant l'hygiène des villes pour objet, permettent-ils de définir et d'effectuer l'assainissement de Paris? Tel est l'examen auquel nous voudrions nous livrer.

Comme il arrive trop souvent, c'est avec passion, par un engouement subit, que l'on fait de temps en temps des causes de l'infection de Paris l'objet des polémiques de la presse ; mais tout ce bruit ne tarde pas à cesser. L'an dernier, pour ne citer que cet exemple, on s'est tout à coup aperçu, alors que la politique chômait et qu'il n'y avait pas d'autre sujet de chronique, que des senteurs plus ou moins nauséabondes s'exhalaient dans nos rues, plus particulièrement sous l'influence de certaines variations dans la température et la direction des vents; on discuta bien deux mois, et depuis lors un tel silence s'est fait qu'on pourrait croire notre atmosphère assainie, ou que notre odorat s'est émoussé et s'est accoutumé aux effluves considérées comme si dangereuses et d'où venait, disait-on, tout le mal de notre peste intérieure. Loin de nous la pensée de diminuer l'importance et la signification de ce qu'on a caractérisé d'un mot à effet, les « odeurs de Paris »; nous estimons, au contraire, que ces odeurs se produisent d'une façon constante, à un degré plus ou moins apparent, et qu'il importe grandement, dans l'intérêt de la santé publique, que leurs causes soient connues et combattues. Ce n'est pas d'aujourd'hui d'ailleurs que l'impureté de l'air de notre capitale appelle l'attention publique, même après les grands travaux d'édilité qui en ont si heureusement transformé la salubrité; nous nous souvenons que la question fut longuement discutée, à ce point de vue particulier, par le

(1) Voir, notamment : 1° Rapports et avis de la Commission de l'assainissement de Paris, instituée par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 28 septembre 1880, en vue d'établir les causes de l'infection de la Seine ainsi que les moyens d'y remédier ; — 2° Observations des ingénieurs du service municipal au sujet des projets de rapport présentés par MM. A. Girard et Brouardel à la Commission précédente ; M. A. Durand-Claye, rapporteur ; — 3° Rapport à M. le préfet de police par M. Bezançon, au nom de la Commission spéciale du Conseil d'hygiène de la Seine pour l'étude des causes de l'infection de Paris. (Rapports présentés à la préfecture de la Seine sur les égouts et les mauvaises odeurs de Paris, par M. Marié-Davy.)

Congrès international d'hygiène de Paris sur les observations présentées par un hygiéniste anglais, et les membres du Conseil d'hygiène de la Seine ont presque constamment à s'en préoccuper dans leurs délibérations.

Les commissions spéciales nommées, l'année dernière, ont déclaré tout d'abord que parmi les causes multiples qui, à divers degrés, concourent à répandre sur Paris les odeurs dont on se plaint, les unes se produisent dans la ville même, les autres se rencontrent dans la banlieue : à l'intérieur de Paris, ce sont les tranchées faites dans les rues et d'où les terrains remués répandent à l'entour les plus mauvaises odeurs; les transports, dans des voitures mal closes, des vidanges et des détritus organiques d'usines, de boucheries, d'os, etc.; les matières de vidanges, qu'elles soient recueillies dans des fosses fixes ou dans des fosses mobiles; les puisards; les égouts;—à l'extérieur, dans la banlieue, se trouvent 306 usines traitant des matières de vidanges ou d'autres matières infectes. En d'autres termes, les causes d'infection de Paris proviendraient des détritus de la vie journalière et des procédés en usage pour l'éloignement de ces détritus et le traitement industriel dont ils sont susceptibles. Or, M. Durand-Claye l'établit avec une grande netteté, ces détritus peuvent être rangés en trois groupes principaux : 1° les matières de vidange; 2° les ordures solides, ordures ménagères, poussières, boues, neiges, crottins de la voie publique et des maisons; 3° les eaux d'égout, comprenant les ordures liquides, eaux ménagères et eaux des ruisseaux, avec une fraction plus ou moins forte des matières de vidange, théoriquement nulle dans les villes à fosses d'aisance ou systèmes analogues, comprenant la totalité des matières excrémentitielles dans le système anglais ou du tout à l'égout. L'ensemble de ces détritus s'élèverait chaque jour à environ 265 000 mètres cubes, tant solides que liquides.

Comment éloigner et faire disparaître ou neutraliser au plus vite toute cette masse riche en matières organiques, végétales ou animales, dont la décomposition ne peut s'opérer qu'en dégageant des gaz infects, sinon nuisibles dans la majorité des cas? Tel est *a priori* le problème qui semble comme la règle élémentaire de l'hygiène publique et dont, en ce qui concerne les vidanges, la Société de médecine publique définissait la formule dans sa séance du 21 novembre 1880, sur le rapport de M. Henri Gueneau de Mussy : « Les vidanges ne séjourneront pas dans les maisons et en sortiront dans le plus bref délai. » Aussi pouvait-on croire que la commission nommée par le gouvernement et composée de MM. Pasteur, Sainte-Claire Deville, Würtz, Gavarret, Brouardel, Fauvel, Aimé Girard, Cyprien Girerd, Bérard, Dubrisay, Schlœsing et Paul Girard, se placerait à ce point de vue et se prononcerait en faveur du procédé qui pourrait empêcher le plus sûrement tout séjour d'immondices dans les maisons et dans les rues et en assurerait l'éloignement immédiat à grande distance. Tel n'a pas été l'avis de la Commission; telle est, au contraire, l'opinion formulée par les ingénieurs de la ville de Paris et adoptée par le Conseil municipal.

Il serait assurément difficile de dire dans quelles proportions chacune des causes d'infection contribue à l'état général incriminé; aussi bien il en est quelques-unes dont il serait assez facile d'atténuer les effets, et pour lesquelles l'administration ne peut être accusée que de négligence dans l'observation de prescriptions déjà anciennes; de ce nombre est le transport dans des vases, des tonneaux ou des voitures insuffisamment clos et non étanches de matières insalubres et putrescibles, transport soumis à des ordonnances suffisamment explicites cependant. Il en est d'autres qu'il est plus malaisé de combattre, comme les odeurs se dégageant du sous-sol des chaussées, les émanations provenant des terrains fraîchement remués; car il peut se faire alors que des matières organiques accumulées depuis longtemps se trouvent ainsi subitement placées au contact de l'air. M. Sainte-Claire Deville avait démontré, quelques mois avant sa mort, que la fermentation de ces matières se trouve arrêtée par les infiltrations de gaz d'éclairage qui ont envahi une grande partie du sous-sol parisien; ce fait, toutefois, ne peut avoir un caractère trop absolu et la pénétration souterraine du gaz d'éclairage peut ne pas être sans danger (Layet et Napias, Société de médecine publique, *Revue d'hygiène*, t. II, p. 160 et 169). Mais, à côté de toutes ces incommodités que des précautions convenables peuvent annihiler, à côté de l'existence dans Paris ou sa banlieue d'usines insalubres, soumises à des conditions d'autorisation et d'exploitation particulières sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure, en dehors de toutes les causes secondaires ou locales, le fait capital qui domine l'assainissement, c'est le mode d'enlèvement des immondices, d'autant que de ce mode d'enlèvement dépendent, on le conçoit, la plupart des autres causes d'infection.

Nous ne saurions, après les études faites ici même des systèmes d'évacuation des immondices à Paris, par M. Vallin et par M. Lereboullet en 1877 et 1880, en présenter de nouveau un examen détaillé; nous devons seulement montrer quelles solutions sont aujourd'hui proposées à l'administration municipale.

La commission ministérielle ne manque pas de rejeter l'usage des fosses fixes pour recueillir les matières de vidanges; « elles ont, dit-elle, pour inconvénient d'infecter le sol par les liquides qui transsudent des fosses non étanches, d'infecter l'air par les exhalaisons du sol, par les gaz et émanations sortant des tuyaux d'évent, par ceux qui se dégagent pendant la vidange, par les gaz d'émanations des dépotoirs et des fabriques destinées à élaborer les matières de vidanges. » Mais comme les fosses fixes ne peuvent être supprimées subitement, pour remédier aux inconvénients rapportés ci-dessus, la commission propose l'adoption d'un système qu'elle considère comme ayant pour effet de supprimer toute communication entre la fosse et le sol et ne laissant de communication entre la fosse et l'air que par le tuyau d'évent; ce système serait l'adoption de fosses étanches en métal et l'évacuation de ces fosses au moment de la vidange par l'air comprimé, le vide ou tout autre procédé, sans ouverture des fosses à l'air libre; le tuyau d'évent, de petit calibre, en métal, devrait être accolé au tuyau de chute, pour que tous deux soient soumis aux mêmes variations de température.

« Dans les maisons où ce système ne pourrait être pratiqué, ajoute la commission, la matière désinfectante devra être déposée non pas seulement au moment de la vidange, mais immédiatement après que la fosse aura été vidée, de façon à désinfecter les matières dès leur chute dans la fosse, et en quantité suffisante pour que la désinfection soit réelle. L'inspection de la fosse et la recherche des fuites devront suivre immédiatement l'opération de la vidange, elles seront faites par l'inspecteur, en présence et avec l'aide d'ouvriers, etc.; ... l'usage des puits ou puisards absorbants doit être prohibée; ... les fosses mobiles peuvent être employées lorsqu'il est impossible d'améliorer les conditions d'installation de la fosse fixe; mais leur fonctionnement doit être soumis à une surveillance rigoureuse. » En résumé, la commission déclare qu'elle ne pourrait approuver qu'un système de vidange par canalisation étanche, qui aurait pour effet de supprimer toute

communication entre les matières excrémentitielles d'une part et l'air, et les terrains environnants d'autre part.

Quelles que soient les prescriptions édictées pour assurer le bon fonctionnement d'un tel système, il n'est pas douteux, en supposant même qu'il soit immédiatement réalisable dans son entier, qu'il n'y aura nulle part absence absolue de toute communication entre l'atmosphère et les matières; en effet, le millier de kilomètres de conduits qui s'étendra tout le long des tuyaux de chute jusqu'à l'usine aspiratrice subira nécessairement, dans son parcours, des pressions considérables, même en augmentant le nombre des usines; ces tuyaux seront à des niveaux différents, et il est à craindre qu'ils s'encrassent aisément et que les obstacles s'y accumulent; il faudra bien y pratiquer des ouvertures tout le long de leur parcours pour opérer les réparations et les nettoyages nécessaires, et d'ailleurs ne faudra-t-il pas conserver les tuyaux d'évent, bien que la commission les ait déjà condamnés en principe? Ces tuyaux, quelque réduits qu'ils soient, n'auront-ils pas leur extrémité supérieure dans l'atmosphère, et lorsque cette extrémité sera échauffée au soleil, n'est-il pas à craindre, comme on l'a déjà vu, que des nuages infects s'en dégagent, viennent stagner au-dessus des maisons des quartiers bas, et infecter les quartiers voisins situés en contre-haut?

Le reproche le plus sérieux qui puisse être fait à ce système de canalisation générale et spéciale, c'est qu'il conduit directement, pour employer l'expression de M. Durand-Claye, à *faire la guerre à l'eau;* car les propriétaires, pour lesquels la dépense et la fréquence des opérations de vidanges paraissent déjà une lourde charge financière, feront tous leurs efforts pour obliger leurs locataires à employer le moins possible l'eau dans leurs cabinets, dans la crainte d'avoir à payer pour extraire 1 mètre d'eau sale comme pour extraire de la matière compacte. A moins que la commission ne veuille aller jusqu'au bout dans son imitation du système pneumatique de Liernur et qu'elle ne craigne pas de restreindre au minimum la quantité d'eau de lavage dans les *water-closets.* Mais avant que cette canalisation complète soit réalisée, les fosses fixes resteront en très grand nombre, même dans Paris, et la vidange continuera ainsi à se faire à travers les rues; elle ne pourra être immédiate.

Est-il donc possible d'obtenir cet éloignement immédiat? Les ingénieurs de la ville de Paris répondent affirmativement, et ils proposent le système si bien caractérisé par ces mots : *tout à l'égout.* Aussi la commission ministérielle, par l'organe de l'un de ses rapporteurs, M. Brouardel, a-t-elle principalement porté ses investigations sur la vidange à l'égout, et a-t-elle examiné avec le plus grand soin l'état et le fonctionnement des égouts parisiens actuels. Elle pense que l'écoulement total des matières excrémentitielles à l'égout est inadmissible, parce que, en beaucoup de points, les égouts n'ont pas la pente nécessaire pour assurer une évacuation prompte et facile, et que le séjour de ces matières rendrait bientôt les égouts infects et le curage impossible, quelque ingénieux que soient les appareils employés. La tinette-filtre proposée et mise en usage dans un très grand nombre de maisons, destinée à séparer les solides des liquides, n'atteint pas ce but, car les matières solides diluées par les liquides ne sont retenues que temporairement, et elles finissent par rejoindre les liquides; alors même que ces tinettes rempliraient la fonction pour laquelle elles sont établies, elles laisseraient encore passer les matières fécales liquides, celles de la fièvre typhoïde, du choléra, de la dysenterie, etc.; or, ce sont ces matières qui, au point de vue de la salubrité, sont particulièrement dangereuses. Dans tous les cas, la tinette-filtre permet le libre écoulement de l'urine dans l'égout, et c'est précisément l'urine qui contient la plus grande partie de l'azote et des matières fermentescibles. Dans ces conditions, et en tenant compte de la pente insuffisante de la plupart des égouts, de la lenteur de l'écoulement, de la composition actuelle des eaux et des boues des égouts, des changements qu'y apporterait l'écoulement total des vidanges, la commission admet que, sous le rapport des odeurs, cette projection est inacceptable, et que, sous le rapport de la salubrité, elle est spécialement dangereuse, car la transmission des maladies contagieuses ne se fait pas seulement par l'eau ingérée, elle s'opère également par l'air; de nombreux exemples démontrent que des épidémies locales de fièvre typhoïde ont eu pour origine les émanations provenant des fosses d'aisances, des égouts mal entretenus, desséchés ou à niveau variable. La commission ne peut admettre que des matières fécales provenant d'individus sains ou d'individus atteints de maladie infectieuse puissent pénétrer, circuler ou stagner dans les égouts de Paris sans danger pour la santé publique, et, déclarant s'appuyer sur les faits cliniques et sur les recherches récentes de pathologie expérimentale, elle se croit autorisée à formuler la conclusion suivante : Il est imprudent d'autoriser un système de vidanges qui, en envoyant à l'égout les déjections des habitants de la ville, accumulerait dans les conduits en communication avec la voie publique des matières dans lesquelles se trouveraient les germes de diverses maladies contagieuses.

Cette condamnation si complète des égouts ne pouvait manquer d'être discutée par les ingénieurs de la ville, qui viennent de faire adopter le système tout contraire; examinons donc maintenant les observations présentées par M. Durand-Claye. Ainsi que tous ses collègues, celui-ci ne fait d'abord nulle difficulté de reconnaître l'insuffisance des égouts actuels; « il y a, déclarait M. Alphand, 120 kilomètres d'égouts à faible pente qu'on ne peut curer convenablement, et qui donnent lieu à des exhalaisons très désagréables pour les habitants des quartiers desservis; mais il est possible, en distribuant l'eau en plus grande abondance, d'obvier en partie à cet inconvénient, et de faire stagner le moins longtemps possible les matières fraîches. » D'ailleurs cette quantité de 120 kilomètres sur 1200 est minime, et il est des villes où des pentes aussi faibles se rencontrent dans les égouts sans causer le moindre danger, quand la chasse d'eau est suffisante. Les collecteurs de Paris ont 30 à 40 centimètres de pente au minimum par kilomètre, et cette pente est bien supérieure à ceux de Londres; à Bruxelles, ils ont généralement 30 centimètres ; à Berlin, 36 à 50 centimètres; à Dantzig, 42 à 67 centimètres.

La possibilité d'établir des égouts sans odeurs résulte des investigations mêmes de M. Brouardel :

« Dans le plus grand nombre des égouts que nous avons visités, l'odeur est à peine sensible, dit-il; l'odorat ne distingue ni ammoniaque, ni acide sulfhydrique, ni sulfhydrate d'ammoniaque. Ces gaz existent pourtant à l'état de liberté, mais en faible proportion, dans l'atmosphère... Des papiers imbibés d'un sel de plomb, mouillés et tenus à la main pendant une visite qui a duré trois heures, n'ont éprouvé qu'une très légère modification dans leur teinte... Nous devons reconnaître, en nous plaçant seulement au point de vue de l'odeur, que dans un grand nombre de cas nous l'avons inutilement cherchée à la bouche de l'égout; en général, elle est peu incommodante. » Et M. Würtz, dans ses *Etudes chimiques*

sur les eaux d'égout, déclare qu'au moment où les eaux sont puisées dans un égout dont la pente est suffisante, et qui reçoit une quantité d'eau convenable, elles ne présentent qu'une faible coloration et une odeur à peine sensible... Le mouvement de l'eau renouvelle continuellement les surfaces et les met en rapport avec l'air. Ces conditions ne sont pas favorables aux diverses fermentations; il n'en est pas ainsi lorsque l'eau est stagnante; elle laisse alors déposer les matières insolubles qu'elle tient en suspension, et il arrive souvent qu'elle séjourne sur une véritable vase. »

Quant à l'étanchéité des égouts, déclarée impossible par la commission, M. Durand-Claye fait remarquer que, dans un très grand nombre de rues, l'égout public passe à 60 centimètres de la façade de nos maisons, la moindre fuite infecterait le sous-sol et les caves voisines; peut-on citer un seul fait de ce genre? Les citernes du dépotoir de Bondy reçoivent chaque jour 1000 à 2000 mètres cubes de vidanges, depuis trente-trois ans a-t-on vu des fuites continuelles empester le quartier? A Gennevilliers, les machines refoulent directement les eaux d'égout dans plus de 30 kilomètres de conduites maçonnées en béton et l'étanchéité subsiste, malgré les coups de bélier et une pression de 10 mètres, ce qu'on ne pourrait obtenir avec des tuyaux métalliques, qui seraient bientôt érodés par les matières de vidanges.

(*A suivre.*)

A propos du projet récent de réglementation de l'art dentaire en France.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

IV

Mon cher ami,

Les *épreuves* instituées par le projet de loi de la Faculté comprennent, ainsi qu'on l'a vu : 1° une épreuve orale d'anatomie, d'histologie, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique; 2° une épreuve clinique à l'hôpital; 3° une épreuve pratique qui se divise en deux parties, l'une de médecine opératoire, l'autre dite *technique*, et qui comprend une exécution en loge d'un appareil prothétique avec interrogation sur la physique, la chimie, la métallurgie dans leur application à l'art du dentiste.

Sur les deux premières séries d'épreuves, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit précédemment, sans avoir réussi toutefois à saisir ce que l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique peuvent présenter de *spécialisé* aux maladies de la bouche et de l'appareil dentaire. L'*histologie de la tête*, par exemple, comprenez-vous en quoi elle peut différer de l'histologie générale?

A l'égard de la médecine opératoire nous n'avons à formuler aucune objection, mais quant à ce qu'on entend par *technique*, nous avouons humblement ne pas comprendre en quoi elle peut être séparée de la médecine opératoire proprement dite. Sur ce point, du reste, M. Le Fort se déclare manifestement du même avis, puisqu'il dit que, dans son cours, il croit devoir enseigner « de quelles substances sont faites les pièces de prothèse, comment on les fabrique, quels sont leurs variétés, leurs usages, leurs inconvénients, etc. ».

Cela n'est-il point suffisant? Voilà certes le meilleur programme qu'on puisse tracer à la technique de l'art dentaire.

Que M. Le Fort veuille bien étendre ces notions générales et que, par la même occasion, il développe un peu le très court chapitre qu'il consacre dans son livre aux « opérations qui se pratiquent sur les dents », et l'enseignement technique est tout trouvé. Que veut-on entendre en effet par cet examen sur la physique, la chimie et la métallurgie? la métallurgie! vous avez bien entendu, n'est-ce pas?

Mais c'est du métier cela; une telle prétention n'est pas sérieuse.

Est-ce qu'en vérité, on demande aux examens de médecine avec quelle sorte d'acier, de cuivre ou de laiton se fabriquent les instruments et les appareils de chirurgie? Interroge-t-on sur la fabrication des matières premières qui entrent dans la composition d'un bandage ou d'un appareil orthopédique?

Qu'il faille une main chirurgicale pour préparer la bouche à recevoir un appareil de prothèse; qu'elle soit également nécessaire pour en faire l'application, rien de plus juste; mais croit-on que les praticiens de nos jours, parmi ceux qui appliquent les meilleurs appareils prothétiques, connaissent tous ces détails de fabrication, qui sont du rôle du mécanicien spécial et du domaine de l'atelier?

Il nous reste à examiner la question de *stage*. Ici, M. Le Fort ne dissimule pas son embarras. En effet, où se fera le stage? Chez un dentiste, répond-on. Mais qu'entend-on par là? Ce ne sera pas sans doute chez l'un de ceux dont la commission veut réformer l'ignorance et l'incapacité. Sera-ce chez un docteur en médecine?

Dans ce dernier cas, l'on s'adressera à ce groupe de médecins dont nous avons parlé plus haut, et qui ont pris pour spécialité scientifique et pratique le domaine des maladies de la bouche. Mais est-on sûr que le candidat recevra de leur part un accueil favorable? Il est permis d'en douter.

Pour moi, je me refuse à croire que ces docteurs en médecine auront assez peu de souci de leur dignité et de leur valeur personnelles pour ouvrir leur porte à ces futurs confrères déclassés, contribuant de la sorte à cette création de *dentistes* avec lesquels ils repoussent, dès maintenant, toute promiscuité, et dont ils ne portent même pas le titre.

L'un de ces praticiens dont je parle a déjà formé, à lui seul, plus d'une vingtaine d'élèves, mais il n'a jamais reçu et gardé chez lui, pendant une moyenne de deux années de stage, que des docteurs en médecine ou des étudiants pour le doctorat arrivés à la fin de leurs études, évitant soigneusement ainsi de se faire complice d'une sorte de dégradation professionnelle.

Et cette nécessité de stage, aurait-elle pour conséquence de l'imposer aux médecins de province et à ceux des campagnes, auxquels il a plu, ainsi que cela se produit de nos jours, de partiquer des opérations de chirurgie dentaire proprement dite? Cela n'est ni sérieux ni admissible.

Ne voit-on pas clairement que le seul expédient qu'aurait la Faculté pour sortir de l'impasse créée par son projet de loi, c'est qu'elle instituât elle-même, d'une part l'enseignement spécial, où le candidat apprendrait la technique de l'art dentaire, et d'autre part l'enseignement clinique, où se ferait le stage. Nous ne connaissons pas d'autre issue dans la voie qu'a suivie la commission.

Or nous savons quelle résistance la Faculté oppose à l'introduction dans son sein de tout élément étranger; avec quelle répugnance elle accueille les innovations et les spécialités. Nous savons dans quelle réprobation elle les tient encore aujourd'hui, et quelles luttes il a fallu soutenir pour la décider à ouvrir quelques-uns des enseignements spéciaux qui existent depuis trente ans dans les universités étrangères.

C'est là de l'histoire contemporaine que tout le monde connaît.

Mais n'y a-t-il pas un moyen bien simple de tourner cette grosse difficulté ?

Que l'enseignement théorique rentre dans le cours de médecine opératoire où il figure déjà d'ailleurs, qu'il y prenne le développement nécessaire. Et quant à l'enseignement clinique, que la Faculté, à l'imitation de l'École du Val-de-Grâce, en confie le soin à l'un des jeunes agrégés *chargés de cours*, qui le professerait dans un hôpital à clinique chirurgicale. Là du moins le stage institué par le projet de loi trouverait une garantie et une sanction qu'on ne réaliserait nulle part ailleurs.

La Faculté, dès lors, n'encourrait pas le grave reproche d'avoir créé un nouveau titre et un nouveau diplôme sans assurer les moyens de les obtenir. Un pays voisin du nôtre avait déjà commis cette faute. C'est le canton de Genève, où l'exercice de l'art dentaire est depuis quelque temps réglementé par un examen d'État. Mais on vient tout récemment de réparer cet oubli en instituant, par un décret du grand Conseil, en date du 16 août 1881, un enseignement complet dépendant de l'Université et comprenant les sciences, la médecine et une *clinique des maladies de la bouche et de l'appareil dentaire*.

Avons-nous besoin enfin de signaler l'espérance toute illusoire que formule la Commission de voir se fonder de toutes pièces des écoles libres d'odontologie. Avec quels éléments se formeront-elles? Quelles seront leurs garanties? Sous quel contrôle fonctionneront-elles ? Une semblable idée tombe sur les mêmes arguments que nous avons opposés plus haut au sujet du stage.

Et maintenant que nous avons cherché à mettre en lumière les points faibles et les imperfections des deux projets de loi, celui du ministre et celui de la Faculté, on va nous demander ce que nous proposons à notre tour.

Ce que nous proposons est fort simple, et c'est de la sorte que nous allons nous résumer :

1° Nous demandons que la Faculté de médecine conserve en main aussi bien la mission de la réglementation légale de la pratique de la chirurgie dentaire que l'éducation générale et spéciale qu'elle réclame, restant ainsi gardienne responsable du caractère scientifique et de la dignité morale des nouveaux praticiens.

2° Nous demandons que l'art du dentiste soit enfin classé parmi les professions libérales, parmi les professions savantes, aussi bien que l'art de l'oculiste, de l'auriste, etc., et que la Faculté, dispensatrice des titres de capacité, se borne à demander le grade de médecin à tous ceux qui, à un titre quelconque, pratiquent la médecine.

Je suis tenté, au risque de me répéter encore, de reproduire ici les excellents termes dont vous vous servez quand vous dites que « c'est là véritablement le moyen régulier, pratique d'en finir avec cette question embrouillée de la limitation du champ d'exercice professionnel. On ne demandera plus où commence et où finit la bouche, jusqu'à quel point les dents tiennent aux gencives, si l'alvéole va avec la dent ou avec le maxillaire, et celui-ci avec le périoste. Le patient ne sera plus obligé de courir du médecin ordinaire au dentiste, du dentiste au chirurgien, pour une névralgie de la face, pour un abcès du sinus maxillaire, pour un kyste dentaire, etc. Tout cela appellerait un enseignement spécial au sein du grand enseignement, des cliniques dentaires parmi les cliniques médico-chirurgicales, analogues à l'enseignement actuel et aux cliniques actuelles des maladies de la peau, des maladies des yeux, de la médecine mentale. Bien plus, si l'on tenait absolument à surveiller la prothèse, rien ne serait plus simple que de munir ces cliniques d'un laboratoire approprié. Conséquemment, pas d'écoles odontologiques d'État, c'est-à-dire d'écoles séparées de la Faculté, avec un personnel professoral distinct. Aucun besoin non plus d'écoles odontologiques libres et délivrant des brevets de *chirurgien-dentiste*. Ces diplômes deviendraient même une sorte d'anomalie, en ce qu'ils constitueraient un titre privé à côté d'un titre officiel. Ils n'auraient plus de raison d'être, dès que l'art dentaire serait placé sous l'autorité de la loi de ventôse. »

Et vous vous écriez alors pour résumer votre pensée : « Que la loi divorce avec toutes les spécialités et que l'enseignement les épouse toutes ! »

Quoi de plus juste ?

3° Nous demandons enfin que la Faculté veuille bien ne pas se désintéresser de la question qui lui est soumise aujourd'hui ; qu'elle ne déserte pas une fois de plus la cause d'une spécialité qu'il lui appartient de placer dans un rang qu'elle n'a pas encore en France, et, s'il se peut, à un degré supérieur à l'état précaire où elle est à l'étranger.

Si l'on veut bien considérer en effet comment se sont produits nos plus éminents spécialistes, les ophthalmologistes, les auristes, les laryngopathes, etc., on verra qu'ils ont suivi d'abord les études communes ; qu'ils ont acquis le diplôme commun de *docteur ;* puis, à défaut d'enseignements spéciaux officiels, ils sont allés chez leurs prédécesseurs dans la carrière, lesquels tiennent presque tous clinique ouverte et où ils font leur stage volontaire. Ne demandez donc rien autre à vos futurs dentistes, et bornez-vous à livrer à la pratique des individus pourvus des garanties scolaires suffisantes, sans apporter aucune limite ni aucune réserve à la pratique de leur art.

Que nos Facultés de France, drapées dans leurs prétentions encyclopédiques, repoussent et récusent les spécialités ; libre à elles. Mais qu'on le sache bien : l'avenir les verra, chez nous comme ailleurs, surgir une à une et prendre successivement droit de cité. C'est leur sort fatal. Auguste Comte n'a-t-il pas dit les paroles prophétiques que voici : « *Par une loi dont la nécessité est évidente, chaque branche du système scientifique se sépare insensiblement d'un tronc lorsqu'elle a pris assez d'accroissement pour comporter une culture isolée, c'est-à-dire lorsqu'elle est parvenue à ce point de pouvoir occuper à elle seule l'activité permanente de quelques intelligences.* » (*Cours de philosophie positive.*)

Et pour conclure, nous formulons notre projet de loi de la manière suivante :

Article premier. — A partir du ... 188... nul ne pourra prendre la qualification de *dentiste*, ni exercer cette profession dans toutes les branches qu'elle comporte, sans être pourvu au préalable, devant une Faculté de médecine, ou une École secondaire, du droit d'exercice de la médecine tel qu'il est établi par les lois existantes.

Art. 2. — A partir de la même époque, un délai de *six années* sera accordé à tout dentiste exerçant actuellement, pour se pourvoir du droit d'exercice ainsi qu'il est établi par l'article 1er.

Art. 3. — Toutefois les dentistes exerçant depuis dix années au moins dans une même localité, et en vertu du droit de patente, seront exceptés des dispositions de l'article 2.

Dr E. Magitot,
Membre de la Société de chirurgie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

La dengue a Alexandrie d'Égypte en 1880, par le docteur A. Vernoni, ancien interne des hôpitaux de Naples, licencié ès sciences naturelles.

(Fin. — Voir le numéro 41.)

Des observations qui précèdent et de toutes celles que nous avons personnellement recueillies il résulte que :

1° La fièvre a le type qu'on appelle rapide; 2° l'invasion et la défervescence fébrile ont lieu, presque constamment, pendant la nuit; 3° dans la majorité des cas, la température se maintient entre 38 degrés centigrades et quelques dixièmes et 39 degrés et quelques dixièmes, quoiqu'il y ait aussi des cas assez fréquents où le thermomètre marque 40 degrés centigrades et même 41°,3, le maximum que nous ayons constaté; 4° quelle que soit la durée de la fièvre ou son élévation, le type ne change nullement; 5° la diminution ou la cessation de la fièvre coïncide, chez le plus grand nombre de malades, avec l'apparition de l'exanthème; 6° le jour même où survient l'apyrexie ou le lendemain, la température tombe au-dessous de 37 degrés centigrades et s'y maintient, avec de légères oscillations, pendant quelques jours.

Les malades atteints de la dengue ont le pouls plein, très dur, fréquent et en rapport avec l'élévation thermique. Le nombre des pulsations varie entre 100 et 140 à la minute. Chez les femmes et les enfants, sa fréquence est bien plus grande que chez les hommes. Les mouvements respiratoires sont aussi augmentés et varient dans des limites assez étendues, de 22, 24 à 30 et même 36 à la minute.

Douleurs articulaires et musculaires. — Les douleurs des articulations et des masses musculaires constituent un fait caractéristique dans la dengue et ne manquent jamais. Leur acuité et leur extension à un nombre plus ou moins grand d'articulations n'est pas toujours en rapport avec la hauteur de la fièvre. Il y a, en effet, des cas où de très fortes douleurs sont accompagnées d'une température moyenne et *vice versa*.

Les articulations constamment atteintes sont celles des genoux, où la douleur peut être très supportable, comme elle peut arriver à devenir tout à fait intolérable, et d'autant plus que le malade fait plus de mouvements.

Par leurs caractères, les douleurs ressemblent beaucoup à celles du rhumatisme articulaire aigu, sans qu'il y ait jamais dans la dengue ni gonflement, ni rougeur. Ce sont donc des douleurs arthralgiques. Elles se présentent dès le début de la maladie et laissent à leur suite, dans la convalescence, une faiblesse extraordinaire des genoux. Les autres articulations, celles du coude, du poignet, des doigts, ne sont que bien rarement atteintes.

Les masses musculaires, en général, mais particulièrement celles des jarrets, celles de la région cervicale postérieure et de la région sacro-lombaire, sont le siège d'intenses douleurs qui obligent souvent les malades à une immobilité presque absolue et à passer des nuits atroces, car c'est justement dans les heures nocturnes que les douleurs articulaires et musculaires sont beaucoup plus fortes que pendant le jour.

Nous avons observé exceptionnellement des douleurs errantes par-ci par-là; en général, elles ne changent pas de place.

Eruptions. — On peut affirmer que l'éruption est constante dans la dengue, et si l'on fait parfois des descriptions d'une maladie tout à fait identique sans qu'on y parle d'éruption, on peut admettre que l'exanthème n'a pas été constaté à cause de sa fugacité quelquefois très grande.

En effet, on a vu que l'exanthème peut durer à peine une ou deux heures; il peut donc arriver, si le médecin ou la famille ne portent pas leur attention sur ce phénomène, qu'il passe tout à fait inaperçu. Nous avons pu constater avec certitude que, dans quelques cas, la durée de l'éruption n'a pas surpassé une heure et demie.

L'époque de l'apparition de cet exanthème est un peu variable, puisqu'il peut apparaître le deuxième jour de maladie ou bien un à trois jours après la chute de la fièvre. Mais dans l'immense majorité des cas, on constate l'éruption dans la période de défervescence fébrile ou quand survient l'apyrexie. Comme nous l'avons déjà dit, les principales formes de l'éruption de la dengue peuvent se réduire à quatre, savoir : 1° *roséoliforme;* 2° *scarlatiniforme;* 3° *rubéoliforme;* 4° *urticaire.* Nous les décrirons séparément :

1° *Eruption roséoliforme.* — Les cas qui évoluent avec des symptômes de peu de relief où la fièvre se maintient entre 38 et 39 degrés centigrades et peut durer seulement quelques heures, et les cas, qui présentent tout le tableau symptomatique de la dengue sans que l'on ait pu constater de fièvre, sont presque constamment accompagnés de l'exanthème roséoliforme. Toute la surface cutanée est alors recouverte par une légère rougeur, particulièrement visible sur la face postérieure des avant-bras, sur le dos des mains, sur le cou et sur la partie supérieure de la poitrine. Cette coloration de la peau est due à une grande quantité de petites taches roses, ayant des bords irréguliers et un diamètre de 2 à 4 millimètres, séparées les unes des autres par un égal espace de peau normale, qui, pourtant, apparaît plus blanche à cause de la rougeur avoisinante. Ces macules n'ont aucune élévation et disparaissent sous la pression du doigt pour réapparaître immédiatement après qu'elle cesse.

La durée de cette éruption est toujours courte : de deux à dix-huit heures à peu près, et à sa suite elle ne laisse pas de desquamation; mais quelquefois seulement on observe, après sa disparition, du prurit cutané, spécialement aux jambes.

2° *Eruption scarlatiniforme.* — La deuxième forme d'exanthème ressemble à celui de la scarlatine et se présente en larges plaques d'un rouge vif sans faire aucune saillie et disparaissant avec beaucoup de lenteur sous la pression. Ces plaques sont tellement semblables à celles du rash scarlatiniforme que l'on pourrait aisément s'y méprendre. De la réunion de toutes ces plaques résulte une rougeur uniforme de toute la surface du corps. Quand l'éruption fait son apparition, à la région du coude elle prend une disposition particulière en formant deux triangles aigus d'un rouge très vif qui s'unissent et se confondent réciproquement par leurs bases au niveau de la ligne interarticulaire. Conséquemment, le sommet de l'un de ces triangles, dirigé en haut, se trouve sur la face postérieure du bras et arrive à la ligne qui sépare le tiers moyen du tiers inférieur de cette région et le sommet de l'autre regarde en bas, sur l'avant-bras, et occupe une extension égale à celle du premier. Ces deux triangles, d'une vive rougeur, ont des limites très nettes marquées par une ligne qui ressort clairement sur les parties voisines. A l'articulation du genou, sur sa face antérieure, on observe la même disposition triangulaire de l'exanthème, mais ici les bords sont bien moins nettement marqués et il n'y a pas une vraie ligne de démarcation, la rougeur est moins vive et moins uniforme et se confond, par gradation, insensiblement avec la peau saine.

Dans les cas où se produit cette forme d'éruption, la face paraît bouffie, d'un rouge écarlate, quelquefois d'un rouge vineux; le nez est enflé, rouge, luisant; les paupières et les lèvres sont gonflées et humides. Il y a aussi gonflement des mains et des doigts, qui deviennent alors douloureux et donnent une sensation de brûlure. Les paumes des mains et les plantes des pieds sont aussi rouges et brûlantes. Le scrotum est très rouge, tuméfié, chaud et très sensible spontanément et au toucher.

L'éruption débute par les coudes et s'étend ensuite à la

face dorsale des avant-bras et des mains, et peu à peu elle se montre au visage, au cou, à la poitrine, aux genoux, etc., et envahit enfin toute la surface cutanée. Cet exanthème apparaît souvent dans la période de défervescence fébrile; c'est l'ordinaire; mais il n'est pas rare, dans les cas à long décours, de voir l'éruption au cinquième ou sixième jour, c'est-à-dire trente-six à quarante-huit heures avant la cessation ou la diminution de la fièvre.

Sur cinq personnes ayant cette forme d'éruption, nous avons constaté sur le cou, sur la poitrine et sur l'abdomen une quantité de petites vésicules serrées, remplies d'une sérosité limpide qui se troublait ensuite, ressemblant aux vésicules de la miliaire.

L'éruption scarlatiniforme disparaît après vingt-quatre à quarante-huit heures, en pâlissant graduellement : les vésicules persistent pendant un temps plus long. On observe cette forme d'exanthème dans les cas les plus graves, et alors la face rouge et bouffie, la respiration fréquente, haletante, l'inquiétude extrême, l'abattement général énorme, le délire, les convulsions, la fièvre élevée jusqu'à 41°,3, assez souvent l'albumine dans les urines donnent des craintes sérieuses qui, heureusement, n'ont pas de suites.

Après l'éruption, il y a desquamation furfuracée ou à très petits lambeaux; pendant cette période desquamative commence le prurit qui tourmente beaucoup les malades et qui dure quelquefois pendant toute la convalescence.

3° *Eruption rubéoliforme.* — Après les deux formes d'exanthème déjà décrites vient une troisième que nous appelons rubéoliforme à cause de sa ressemblance avec l'éruption de la rougeole. Elle consiste en petites taches rouges, irrégulièrement arrondies, ayant de 2 à 4 millimètres de diamètre, quelquefois isolées et distinctes les unes des autres, d'autres fois réunies de façon à former des groupes irréguliers. En même temps que ces taches ou macules, on voit des papules plus ou moins grandes, jusqu'à la grosseur d'un grain de millet et même plus; elles sont assez saillantes sur la surface cutanée et de couleur rouge vif. Les macules disparaissent ainsi que les papules sous la pression du doigt, mais ces dernières, les papules, avec beaucoup de difficulté. L'apparition de cette variété d'exanthème a lieu ou immédiatement après la chute de la fièvre, ou bien, et assez souvent même, quand le malade a repris ses occupations, c'est-à-dire trois, quatre ou cinq jours après la cessation de la fièvre. Elle peut se borner aux avant-bras et à la figure, mais, en général, elle occupe les régions sus-mentionnées ainsi que le cou et le tronc. Rarement, elle est totale et alors elle est très abondante aux cuisses, aux jambes, au scrotum qui devient rouge, cuisant. Les mains et les doigts, les pieds et les orteils deviennent aussi très gênants par la sensation de brûlure, de tension et de démangeaison qui y siège.

Sa durée moyenne est de trois à quatre jours; elle pâlit ensuite pour disparaître complètement, laissant à sa place une desquamation furfuracée et du prurit moins sensible que dans la variété scarlatiniforme.

Les phénomènes fébriles qui accompagnent cette éruption ne sont pas, en général, très violents. Pour finir, nous ferons remarquer qu'il y a des cas où l'éruption s'est reproduite successivement trois ou quatre fois en laissant entre chacune de ses réapparitions cinq ou six jours libres. Les répétitions sont presque toujours afébriles. Et, enfin, on observe des malades qui, après trois ou quatre jours d'apyrexie, ont eu un nouvel accès fébrile accompagné de l'éruption.

4° *Urticaire.* — Trois ou quatre fois pendant cette épidémie de dengue, nous avons vu des malades qui, avec tous les symptômes *caractéristiques* de cette affection, en même temps que la fièvre, présentaient sur la peau des plaques dures, rondes, saillantes, de la grandeur d'une pièce de 2 centimes à celle de 5 francs, pâles à la périphérie, rouges au milieu, très prurigineuses et cuisantes. En un mot, des poussées qui auraient fait diagnostiquer une fièvre urticaire si tous les symptômes concomitants n'avaient pas fait reconnaître et admettre la dengue. Cette forme éruptive dure à peine un jour.

Phénomènes nerveux. — Parmi les phénomènes nerveux, le plus important par sa durée et par sa constance est sans contredit l'insomnie; elle commence dès le début de la maladie, l'accompagne pendant toute sa durée et persiste dans la convalescence durant quinze à vingt jours et même davantage, quarante à quarante-cinq jours parfois. La veille est calme, sans agitation ni souffrance.

Dans certains cas, que nous appelons graves à cause de la forte température (40 degrés et plus), à l'insomnie s'ajoute le délire, qui varie d'après la hauteur de la fièvre et selon les différents sujets. C'est d'ordinaire un délire calme et sans violence, un subdélirium; mais il nous est aussi arrivé de voir deux individus, *non buveurs*, en proie à un délire des plus violents, vraiment furieux. Les rêvasseries, les hallucinations, le subdélirium sont plus fréquents parmi les femmes et correspondent à sa période d'invasion. Au contraire, les degrés les plus élevés du délire se rencontrent chez les hommes adultes et sont en rapport avec l'élévation maximum de la température, ce qui arrive dans le cours de la deuxième ou troisième nuit. Les convulsions ne se rencontrent que parmi les enfants et exceptionnellement chez des jeunes femmes, et elles ouvrent la scène morbide de l'attaque. Tout en étant très violentes quelquefois, nous ne les avons jamais vues devenir mortelles.

A ce groupe de phénomènes doivent aussi se rattacher la céphalalgie, les douleurs articulaires et musculaires que nous avons déjà étudiées, et les névralgies qui se rencontrent très souvent pendant la convalescence. Ces névralgies sont parfois très rebelles et aiguës, et occupent différentes régions sus ou sous-orbitaire, faciale, mentonnière, lombaire, etc. On doit remarquer que, si l'individu avait souffert autrefois, la douleur se réveille justement dans la région qui avait été antérieurement atteinte. Les convulsions sont la conséquence de la grande élévation de la température dans certaines constitutions prédisposées, puisqu'elles ne se rencontrent que dans certains cas où la fièvre est très forte.

L'insomnie serait due à l'altération spéciale du sang par le poison de la dengue et les névralgies à cette même cause et à l'anémie, parfois très marquée, qui fait suite et dépend de cette étrange maladie.

Urine. — L'urine a un poids spécifique à peine plus élevé que dans les conditions normales, 1,025, 1,027 à 15 degrés centigrades. La couleur est jaune fort, quelquefois très foncé, tandis que d'autres fois elle a une coloration jaune clair normale : il n'y a donc rien de caractéristique. Très souvent elle dépose, avec le refroidissement, un abondant dépôt d'urates. Au moment de l'émission, elle n'est jamais trouble; la réaction est toujours acide. La quantité oscille entre 850 et 1350 grammes dans les vingt-quatre heures. L'odeur n'a rien de spécial. En un mot, d'après l'analyse chimique et microscopique des urines de cinquante-trois malades, nous n'avons observé rien d'important si l'on excepte la présence de l'albumine dans les urines de onze des individus étudiés.

L'albumine se présente quand la fièvre est très élevée, 39°,1, 40 degrés et au-dessus, et elle commence peu de temps après que la température est arrivée à son maximum pour disparaître après deux ou trois et même quatre jours au commencement de la convalescence.

La quantité (1) n'est jamais très grande et le maximum que nous ayons trouvé a été de 3gr,53 pour un litre d'urine, quantité émise à peu près dans les vingt-quatre heures. Sur ces onze cas d'albuminurie, neuf appartenaient à des individus avec éruption scarlatiniforme et deux à d'autres avec éruption *roséoliforme*, mais où la fièvre était élevée.

La présence de l'albumine peut s'expliquer de la même manière que dans les autres fièvres éruptives et dans les in-

(1) Méthode de Méhu pour le dosage de l'albumine.

fections en général. Au microscope, nous n'avons jamais constaté de cylindres rénaux, ni rien d'intéressant. Nous remarquerons, enfin, que ni chez ces albuminuriques il n'y a jamais eu d'œdème.

Sang. — Nous parlons du sang pour appeler l'attention des observateurs sur ce sujet, car nous n'avons pas eu le temps de faire des études assez sérieuses. Comme dans tous les états fébriles, on remarque une augmentation sensible des leucocytes. Nous avons recherché si, par hasard, il y aurait eu des spirilles, mais sans résultat.

IV. Marche, durée, convalescence. — La marche de la dengue est rapide. Dans la majorité des cas, elle parcourt ses périodes en trois jours; un peu moins fréquemment sa durée est de cinq à sept jours; très rarement enfin la fièvre persiste pendant neuf jours, et comme l'invasion a été brusque dans la nuit, de même l'apyrexie survient rapidement et dans les heures nocturnes. Les vraies rechutes sont assez fréquentes, et nous avons eu bon nombre de personnes qui ont eu trois ou quatre attaques séparées les unes des autres par quinze à vingt-cinq jours. Ces attaques successives sont toujours moins intenses que la première, et rarement on y rencontre l'éruption.

Un fait constant, caractéristique, très important, quelle qu'ait été l'intensité de l'attaque de dengue, consiste dans la longueur de la convalescence et des troubles qui l'accompagnent. Ordinairement, la durée de cette période consécutive de la maladie est de dix à douze jours pour les cas tout à fait légers, mais il arrive souvent que, même alors, la convalescence se prolonge de un à trois mois.

L'embarras gastrique, ou du moins l'inappétence avec malaise ou sensation désagréable, quelquefois douloureuse au creux de l'estomac, peut continuer pendant les quatre ou cinq premiers jours de la convalescence. Quelquefois même il y a des nausées. Les vertiges, l'abattement moral, l'inaptitude à toute sorte d'occupation, la faiblesse musculaire excessive sont l'apanage constant de la suite de la dengue. L'accablement et la débilité peuvent arriver à tel point que le convalescent ne peut pas se tenir sur ses jambes, les genoux sont raides et endoloris et tout le corps courbaturé.

Après une forte attaque ou de longue durée, il s'ensuit un amaigrissement considérable et l'anémie est très prononcée. Un de nos malades, qui deux ans auparavant, pendant son séjour à Rio-Janeiro, avait été atteint par la *fièvre jaune*, nous assurait qu'après cette dernière grave maladie il s'était remis plus vite et avec moins de souffrance qu'après la dengue.

Parmi les faits qu'on observe dans cette période, il faut noter le réveil d'anciennes névralgies ou l'apparition de douleurs de cette nature chez des personnes qui n'en avaient jamais souffert.

V. Pronostic. — Sur plus de deux cent cinquante personnes que nous avons traitées ou vues atteintes de dengue, nous n'avons jamais constaté aucun décès, tandis que l'on peut affirmer que presque toute la population d'Alexandrie a dû payer son tribut à cette maladie. D'après les statistiques officielles de l'Intendance sanitaire, il n'y a pas une augmentation sensible pour la mortalité générale des mois de septembre, octobre et novembre 1880, comparée à celle des mêmes mois de l'année précédente. Il y a même des années où pendant l'automne la mortalité a été beaucoup plus grande qu'en 1880 sans qu'il y eût de dengue. Il faut pourtant remarquer et faire remarquer à qui de droit ici, en Egypte, que si le pronostic de la dengue n'est pas grave, *quoad vitam*, il l'est cependant assez par les conséquences quelquefois graves, toujours fâcheuses, que laisse cette maladie chez les personnes qui ont eu le malheur d'en être atteintes. Nous avons vu que la convalescence est toujours longue et pénible, que l'anémie consécutive est parfois très sérieuse, et peut devenir, naturellement, la cause de maladies même graves et mortelles; enfin, nous remarquerons que cette année-ci il y a eu un nombre exceptionnel d'hépatites et d'abcès du foie; sans vouloir assurer que cela dépende de l'épidémie de dengue de l'année dernière, nous ne saurions nous défendre de croire la chose très probable, d'autant plus qu'aux Indes, à ce qu'il paraît, on aurait fait la même observation.

VI. Traitement. — Le traitement varie selon l'intensité et la durée de la maladie. Pour les cas simples où tout se réduit à l'embarras gastrique, constipation, douleurs articulaires supportables, céphalalgie médiocre, fièvre modérée, on se borne à prescrire un purgatif salin, et nous donnons la préférence à l'eau de Rakoczy à la dose de deux ou trois verres pour un adulte. Contre la céphalalgie, les compresses d'eau froide sur la tête réussissent très bien, et on peut en suspendre l'usage après dix ou douze heures. Pour les douleurs articulaires et musculaires, le liniment au chloroforme est très utile. Enfin, comme excitant général et à cause de son action bien connue sur la peau, nous avons cru trouver l'indication de l'usage de l'acétate d'ammoniaque que nous prescrivons à la dose de 10 ou 12 grammes, en potion, à prendre à cuillerée toutes les heures. Les malades ressentent un grand soulagement après ce médicament et se plaignent moins des douleurs des articulations et des muscles et se trouvent beaucoup moins abattus et fatigués. Nous avons aussi remarqué que l'éruption était plus hâtive et plus complète. Ces moyens très simples, c'est-à-dire une purgation saline le premier jour, l'acétate d'ammoniaque dès le lendemain, les compresses froides et le liniment chloroformé constituent le traitement que nous avons employé dans la majorité des cas. La diète doit être rigoureuse; un peu de bouillon et du lait sans autre chose; quand l'appétit commence à revenir, on donne un peu de viande rôtie et de l'eau rougie; ensuite, on augmente graduellement la nourriture. Pour les enfants, dans les cas légers, nous faisons prendre tout au plus un peu de magnésie fluide (*fluid magnesia*) ou quelques morceaux de mannite. S'il y a des convulsions, un sédatif (l'*asa fœtida*) en lavement, le bromure de potassium et même quelques bains tièdes suffisent toujours. Nous savons déjà qu'il y a des cas que nous pouvons appeler graves; en effet, ici l'embarras gastrique est très prononcé, la langue est très sale, il y a des renvois, des nausées et aussi des vomissements. Pour ces malades, même quand on n'a pas des raisons de croire que l'estomac contienne des matières alimentaires altérées, ce qu'il y a de mieux à faire c'est de commencer le traitement par une ou deux doses de 50 centigrammes de poudre d'ipéca; l'effet du vomitif est très remarquable et à sa suite, en général, il y a un grand amendement dans tous les symptômes. Mais si avec tout cela le calme et l'amélioration ne sont pas sensibles, le lendemain nous prescrivons un purgatif, et puisque, dans ces cas, les eaux minérales ou les salins sont difficilement supportés par l'estomac, nous préférons faire prendre un paquet toutes les deux heures, jusqu'à effet purgatif, de calomel et rhubarbe :

R. Calomel à vapeur. . . . . 1gr,50.
Rhubarbe en poudre. . . . . . . 2 grammes.
M. Divisez en 3 paquets.
Sig. 1 paquet toutes les deux heures jusqu'à effet purgatif. Cessez si le résultat est obtenu après la première ou la deuxième dose.

Il arrive pourtant que les vomissements persistent avec une opiniâtreté désespérante; l'eau de seltz, les morceaux de glace à avaler, la glace sur l'épigastre, rien n'y fait; nous faisons prendre alors une vingtaine de gouttes de laudanum de Sydenham sur un morceau de sucre ou avec de l'eau de fleurs d'oranger. Ce remède est le meilleur et préférable même à la morphine.

Si la céphalalgie est excessivement forte, insupportable,

nous conseillons d'une façon tout à fait particulière les compresses froides et mieux encore l'application du bonnet de glace. Les résultats du froid sont des plus favorables et nous ne saurions trop recommander ce moyen. Si la glace sur la tête ne suffit pas pour amener le sommeil, on peut prescrire de l'hydrate de chloral. Et si les douleurs articulaires et musculaires ne sont pas calmées par le liniment chloroformé, on peut recourir avec grande confiance aux injections hypodermiques de morphine.

Contre l'adynamie quelquefois profonde, nous avons eu de bons effets par la potion à l'extrait mou de quinquina (4 grammes) et cognac (50 grammes), eau (50 grammes) à prendre à cuillerées.

Pour être exacts, nous dirons que plusieurs fois nous avons prescrit le sulfate ou le chlorhydrate de quinine comme antipyrétique, en suivant la méthode de Liebermeister, dans les cas où la température était très élevée (40 ou 41 degrés) et que nous n'avons jamais constaté aucun bon résultat, tandis que dans la fièvre typhoïde ce traitement réussit à déterminer un abaissement quelquefois très notable de la chaleur.

Le côté sérieux de cette maladie, contre lequel le médecin doit se prémunir de bonne heure, c'est la débilité, l'atonie des forces, l'anémie qui succèdent à cette fièvre. Dès que l'apyrexie est survenue, il convient d'alimenter le malade et de lui faire prendre des toniques, parmi lesquels on préfère le quinquina en décoction, le fer, l'arsenic. L'hydrothérapie est particulièrement utile contre le prurit cutané qui suit l'éruption des lotions au borate de soude, 10 grammes sur 300 d'eau de roses, sont très efficaces. S'il surgit des complications : avortement, métrorrhagie, etc., on les traitera d'après les règles ordinaires.

VII. Etiologie. Nature. — Nous considérons la dengue comme une maladie épidémico-contagieuse appartenant à la classe des fièvres éruptives (1). Le mode, la rapidité de propagation, son extension sur une grande zone de territoire, le nombre énorme d'individus atteints en peu de temps font de la dengue une maladie essentiellement épidémique. En effet, elle frappe indistinctement les indigènes et les Européens, les pauvres et les riches, les enfants (le moins âgé avait deux mois et demi) et les vieillards, les tempéraments robustes et les constitutions appauvries. Nulle profession n'a été non plus épargnée et plusieurs médecins de la ville (moi entre autres) en furent attaqués. Dans une même famille, nous avons vu jusqu'à neuf malades successivement atteints à très court délai, et nous en avons traité jusqu'à cinq ou six en même temps. Dans les quartiers les plus riches et les plus sains, dans les plus pauvres et les plus insalubres, dans les palais comme dans les mansardes, partout la dengue a pénétré avec la même intensité et avec les mêmes caractères. En un mot, on peut dire que presque toute la population d'Alexandrie a été malade.

Mais la dengue n'est pas seulement une maladie épidémique, elle est aussi contagieuse, c'est du moins notre opinion, et nous sommes fixés sur ce point, quoiqu'il nous manque l'épreuve la plus décisive, c'est-à-dire l'*inoculation*.

D'ailleurs, pour démontrer la contagiosité d'une maladie, il y a des difficultés insurmontables, et pour plusieurs autres maladies, bien plus graves et plus intéressantes que celle dont nous parlons (peste, choléra, etc.), après des études multiples très sérieuses et qui durent depuis des années, on n'est pas arrivé à éclaircir d'une façon satisfaisante et définitive cette question vitale. Malgré tout, plusieurs circonstances observées par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la dengue et en dernier lieu par nous-mêmes, donnent le droit d'admettre avec une très grande probabilité, pour ne pas dire avec certitude, la contagiosité de cette maladie. En premier lieu, nous avons vu que la plupart des enfants à la mamelle prenaient la maladie deux ou trois jours après leur nourrice, ce qui ferait penser à une période d'*incubation* égale au temps mis pour le développement de la dengue entre la mère et l'enfant; deuxièmement, nous avons déjà dit que nous avons traité jusqu'à neuf personnes dans la même maison et que ces individus avaient été pris successivement à un intervalle de deux à trois jours; dans tous ces cas, il semblait que la maladie avait été introduite par un individu et qu'ensuite elle s'était propagée aux autres; troisièmement, on pourrait assurer qu'il n'y a pas eu de maison où la maladie se soit limitée à un seul individu, car une fois introduite quelque part tout le monde la gagnait; quatrièmement, la plupart des personnes qui retournaient de leur voyage annuel en Europe ont été atteintes quelques jours après leur arrivée en Egypte.

Voilà des faits incontestables, de notoriété publique, qui pourtant, nous le savons bien, ne démontrent pas jusqu'à l'évidence notre opinion. Nous devons donc unir à ces mêmes faits les observations des auteurs sur la marche suivie par les épidémies de dengue et ensuite nous verrons ce qui est arrivé en Egypte lors de sa dernière invasion. Par le groupement de toutes ces circonstances, nous aurons encore un appui plus fort en faveur de la contagiosité de la dengue. Jules Rochard (Article Dengue in *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, dirigé par Jaccoud, 1872) s'exprime ainsi : « Dans toutes les épidémies, la dengue a suivi une marche régulière, s'étendant de ville en ville, d'île en île, dans la direction des courants humains. Ce mode de propagation a dû faire naître la pensée d'une transmission directe, aussi la plupart des médecins qui l'ont observée la considèrent-ils comme contagieuse. Stedman ne doute pas qu'elle n'ait été importée à Saint-Thomas. « Il semblait, dit-il, à la façon dont la maladie » se déclarait, qu'on avait importé quelque chose qui, dans » un instant, avait la puissance de détruire l'équilibre de la » santé. » H. Rey et Thaly lui assignent le même caractère, qu'elle partage, du reste, avec toutes les fièvres éruptives. »

Toujours à l'appui de notre opinion, nous trouvons les faits suivants empruntés à l'article Dengue dans le grand ouvrage de Ziemssen (*Patologia e Terapia speciale*, traduction italienne; Naples, vol. II, part. II, Inpezioni acute). En 1860, la dengue apparut pour la première fois à la Martinique *dans les navires* qui étaient arrivés depuis peu de temps de provenance de lieux infectés, et, d'après Ballot, sur 400 hommes de la garnison 112 furent atteints; la ville fut *ensuite* envahie. A Aden, en 1870, sur 900 soldats de la garnison, 700 tombèrent malades. Ici, pendant longtemps, on continue à voir des cas sporadiques qui, à cause des fréquentes communications avec les ports des mers méridionales, servirent à faire passer la maladie à Zanzibar et sur d'autres points de la côte d'Afrique (Read, Christie, etc.). En 1871, elle fut importée à Port-Saïd par les bateaux de provenance suspecte (Indes). En ce même temps, l'épidémie sévissait à Bombay et à Cananore où elle passa avec deux bateaux qui transportaient des troupes (M. Sheriff). De ces lieux, elle s'étendit, en 1872, sur toutes les Indes en suivant les routes parcourues par les chemins de fer et en s'arrêtant d'abord à la présidence de Bombay et de Madras. A Burma, China, Nepel, on observa aussi plusieurs cas; ensuite, cette épidémie prit une grande extension et, dans plusieurs villes, presque personne ne put échapper à la maladie.

En 1877, elle fit sa première apparition à Ismaïlia (Egypte) et elle se représenta dans les mois d'automne des années suivantes, mais avec beaucoup moins d'intensité et de diffusion. Cette maladie a-t-elle été importée à Ismaïlia ou bien

(1) Parmi les fièvres éruptives, elle ressemble par plusieurs points à la scarlatine, savoir : 1° par la rapide ascension de la fièvre qui peut arriver à un degré très élevé (40 degrés à 41°,3 centig.); 2° par la constante hyperhémie du gosier et du pharynx qui donne lieu souvent à l'angine catarrhale; 3° par la forme de l'éruption qui, dans les cas graves, est presque toujours celle de la scarlatine. On doit seulement remarquer que la desquamation consécutive est furfuracée, rarement à *très petites* lamelles; 4° par la présence de l'albumine dans les urines, 11 fois sur 53 cas. Mais bien qu'il y ait cette ressemblance, ces deux maladies diffèrent assez entre elles pour les considérer comme tout à fait distinctes l'une de l'autre.

est-elle née sur place sous l'influence de causes cosmo-telluriques spéciales?

Nous savons parfaitement que beaucoup de médecins, en Egypte, admettent cette deuxième hypothèse; mais en nous basant sur la marche suivie par la dengue dans toutes les épidémies antécédentes, ce qui résulte clairement de ce que nous venons d'emprunter à plusieurs observateurs et de ce que nous verrons bientôt, nous nous rangeons à l'opinion émise par notre honorable confrère, le docteur Dacorogna-Bey (1), qui croit que la maladie a été importée à Ismaïlia. Y est-elle venue des Indes orientales par la voie du canal de Suez? Provient-elle de la côte d'Arabie où elle se trouve, pour ainsi dire, à l'état endémique? Voilà une question presque impossible à résoudre directement à cause de la quantité et de la rapidité des communications commerciales de notre époque. Tout en admettant l'importation de la dengue à Ismaïlia, nous ne voulons pas nier qu'aussi des causes locales aient eu une grande importance pour favoriser son développement et pour l'y maintenir une fois développée.

Dans tout ce que nous venons de dire, il n'y a rien de si important et de si probant en faveur de la transmission de la dengue d'un pays à un autre que le fait suivant : la commission sanitaire de Malte constata l'apparition dans cette île et au Gozzo d'une nouvelle maladie pour ces pays, qu'elle nomma *influence gastro-rhumatismale* et dont la description correspond en tout point à celle de la dengue. Or, cette maladie avait été importée par des navires de guerre ayant à leur bord des soldats provenant des Indes où régnait la maladie (2). Comment expliquer l'apparition de cette affection en ces lieux si ce n'est par la transmission directe par les soldats infectés? Serait-ce une coïncidence due à un simple hasard? Nous ne saurions le croire, et d'ailleurs ce mode de propagation est le plus fréquent pour la dengue.

Enfin, dans l'épidémie égyptienne de 1880, la dengue ne sort pas de ses habitudes: elle suit les courants humains. En effet, comme nous l'avons déjà vu dans la partie historique, elle commence en même temps au Caire et à Ismaïlia; des soldats sont envoyés du Caire à Damanhour, la maladie se présente immédiatement parmi ces militaires et se propage dans la ville. De Damanhour on envoie une partie de ces soldats à Alexandrie et là aussi la dengue se développe bientôt. De Berrha des Arabes se rendent au Caire, à leur retour ils tombent pour la plupart malades et diffusent dans la ville et dans ses alentours la maladie qu'ils avaient prise au Caire. Que veut-on de plus? Du reste, la dengue envahit toute la basse Egypte en suivant la ligne du chemin de fer en se montrant plutôt dans les places qui avaient le plus de communications avec les lieux infectés, et ensuite dans les villes qui avaient moins de rapport avec les grands centres. Un coup d'œil sur la carte de l'Egypte suffit pour se rendre compte de la marche de la dengue. Après la basse Egypte, la moyenne et la haute furent envahies par la maladie qui, pourtant, n'y prit pas une allure épidémique.

Mais, si nous sommes sûrs que la maladie a été importée du Caire à Alexandrie et dans les autres villes de la basse Egypte, quelle serait l'origine première de cette épidémie? S'est-elle développée à Ismaïlia en premier lieu et d'ici serait-elle passée au Caire? Ou bien a-t-elle été transportée par d'autres chemins à la capitale? Il nous est impossible de répondre à cette question et cela à cause de difficultés insurmontables pour des recherches pareilles dans un pays où les communications commerciales ont lieu par plusieurs côtés à la fois. Une fois importée, certaines conditions climatériques semblent favoriser son développement, et à Ismaïlia, le docteur Hood constata une relation constante entre les vents du nord-nord-est et ceux de l'est-nord-est et la recrudescence de la maladie selon la durée et la violence de ces vents. En général, c'est pendant les chaleurs humides de l'automne qu'elle sévit avec plus de force et nulle part elle n'aurait pu trouver un terrain plus propice qu'à Alexandrie où justement pendant cette saison la chaleur humide est accablante. Si l'on considère le voisinage du lac Maréotis, des salines, du canal Mahmoudié, qui, en 1880, après une augmentation sensible, baissa rapidement en laissant ainsi une quantité énorme de végétaux, etc., en décomposition; si l'on tient aussi compte de la petite pente et du mauvais état des égouts de la ville, on n'aura pas de peine à comprendre comment cette maladie a pu régner et se diffuser à Alexandrie et comment elle a pu s'y maintenir pendant trois mois et demi.

(1) Séance du 1er décembre 1877 du Conseil international sanitaire à Alexandrie. Rapport du docteur Dacorogna sur l'épidémie d'Ismaïlia.

(2) D'après des documents officiels.

CORRESPONDANCE

De la non-transmissibilité du goître aigu épidémique.

Nous avons reçu de MM. les docteurs Viry et Richard, en réponse à la lettre de M. le docteur Czernicki, insérée dans la *Gazette hebdomadaire* (n° 38), une réponse trop longue pour qu'il nous soit possible de la publier *in extenso*. Renvoyant donc nos lecteurs au mémoire de nos distingués confrères, dans lequel leurs opinions se trouvent exposées (*Gaz. hebd.*, 1881, 22 et 29 juillet), nous nous contenterons de résumer leur nouvelle communication.

MM. Viry et Richard maintiennent que le goître épidémique est une maladie infecto-contagieuse. Cette doctrine, disent-ils, n'exclut pas l'origine hydro-tellurique de la maladie. Elle admet seulement que dans le sol, l'air ou l'eau existent des germes animés qui peuvent communiquer le goître. Ils nient formellement son origine mécanique et l'influence attribuée par M. Czernicki aux fatigues que cause le port du sac. Ils persistent à affirmer que le goître est contagieux. Les faits positifs qu'ils ont cités (*Gaz. hebd.*, p. 482) leur paraissent concluants. Si l'épidémie ne s'est pas transmise à la population civile, c'est qu'elle a, comme les oreillons, la stomatite, etc., une affinité spéciale pour les jeunes soldats et les élèves des pensionnats. « Plus on y réfléchit, disent en terminant MM. Viry et Richard, plus on se convainc que le goître est une maladie infectieuse née d'un germe vivant, résidant quelque part dans les circumfusa, germe qui attaque les organismes prédisposés et se propage ensuite, comme la fièvre jaune et la fièvre typhoïde, par contagion directe ou indirecte. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Traitement du choléra. — M. *D. de Wagner* adresse une nouvelle lettre concernant l'emploi de l'oxyde de fer soluble (fer dialysé) contre le choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Empoisonnement par les graines de l' « Euphorbia lathyris (L.) » et nouvelles expériences sur leur usage thérapeutique. Note de MM. *E. Sudour* et *A. Caraven-Cachin*. — D'expériences faites *sur eux-mêmes* les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Le principe contenu dans les graines de l'*Euphorbia lathyris* appartient à la classe des purgatifs drastiques. Il est inégalement réparti dans les diverses graines : les unes sont très pauvres en principe actif, les autres sont très riches. 2° Un effet vomitif précède presque toujours l'action purgative, même quand la substance a été prise à petite dose (1). L'action peut se manifester après quarante-cinq minutes; mais elle peut aussi être beaucoup retardée et ne se montrer qu'au bout de trois heures. 3° Ces graines agissent en produisant une action irritante sur la muqueuse des voies digestives; cette action se porte principalement sur le gros intestin et à l'arrière-gorge, sous forme d'angine, lorsque la mastica-

(1) L'ingestion de deux graines, avec mastication prolongée, a suffi, chez l'un d'eux, pour amener des vomissements très douloureux.

tion a été suffisamment prolongée. 4° A haute dose, cette substance produit des effets toxiques qui peuvent se diviser en trois périodes : 1° *période algide ou de refroidissement* (vomissements, diarrhée); 2° *période d'excitation* (phénomènes nerveux, vertiges, délire); 3° *période de réaction* (chaleur, sueurs abondantes). 5° Les opiacés constituent le plus prompt et le meilleur remède pour combattre les effets des graines de l'*Euphorbia lathyris*. 6° Les doses prescrites dans divers ouvrages de botanique médicale (6 à 12 graines) sont exagérées; à cette dose, ces graines pourraient occasionner des irritations gastro-intestinales extrêmement graves. Cette substance, très active et d'un dosage difficile, ne doit être employée dans aucun cas en médecine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande de MM. Schaltin, Pierry et Cie, afin d'obtenir l'autorisation de vendre en France, pour l'usage médical, l'eau minérale provenant de la source dite « Poulion du Prince de Condé », située à Spa. (*Commission des eaux minérales*.)

M. le directeur de l'Assistance publique envoie une série de documents sur le service des Enfants-Assistés.

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de Mme veuve Mattei, confirmant la donation qu'elle vient de faire à l'Académie, conformément aux dernières volontés de son mari, d'une très importante collection d'ouvrages relatifs à l'obstétrique.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur E. Vincent (de Lyon), un travail imprimé sur *la laparotomie et la cystorraphie dans les plaies perforantes intrapéritonéales de la vessie*.

M. *Larrey* présente : 1° de la part de M. le docteur Bertherand (d'Alger) une brochure intitulée : *Nécessité d'instituer une inspection départementale pour surveiller les prescriptions hygiéniques dans les établissements insalubres*; 2° le tome XVII des *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*.

M. *Ernest Besnier* fait hommage du 5e fascicule du tome II de ses *Rapports sur les maladies régnantes*, année 1880, et d'une étude sur la recherche des lois qui régissent les épidémies en général. Il présente, en outre, de la part de M. le docteur Martineau, une brochure sur le *vulvisme* et un mémoire sur *les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis*.

M. *Gautier* offre une étude sur *les alcaloïdes dérivés des matières protéiques sous l'influence de la vie des ferments et des tissus*.

Eaux minérales. — M. *Filhol* (de Toulouse), correspondant national, lit une note sur la composition chimique de l'eau minérale de Barèges (source Barzun), prise dans le nouvel établissement thermal à Luz.

Ablation des polypes fibreux de l'utérus. — M. *Guéniot* communique un travail sur les méthodes opératoires applicables à l'ablation des polypes de l'utérus, et en particulier, sur le procédé d'excision à l'aide du constricteur ou serre-nœud. Dans ce travail, il a pour but de démontrer : 1° qu'au double point de vue de la sécurité et de la simplicité opératoire, de même que sous le rapport de l'étendue du champ d'application, la méthode d'excision par l'instrument tranchant est le plus souvent très inférieure au procédé du serre-nœud; 2° que malgré sa grande analogie d'action avec ce dernier, le procédé d'excision par l'écraseur de Chassaignac n'offre pas non plus les mêmes avantages. Suivant M. Guéniot, le serre-nœud présente sur l'instrument tranchant et l'écraseur Chassaignac, les avantages essentiels suivants : 1° de mettre à l'abri de l'hémorrhagie (qualité qu'il possède au même degré que l'écraseur à chaîne); 2° d'être d'une application généralement facile et de ne pas nécessiter l'abaissement préalable soit du polype, soit de l'utérus; 3° enfin d'offrir un champ d'action presque illimité, c'est-à-dire de rendre possible l'excision des tumeurs qui s'implantent jusque sur le fond de la matrice. Il termine en formulant cette unique conclusion : des trois méthodes ou procédés aujourd'hui utilisables pour l'ablation des polypes utérins, celle qui consiste dans l'emploi du serre-nœud lui paraît être de beaucoup la plus avantageuse, parce qu'elle se montre à la fois la plus sûre, la plus simple et la plus susceptible d'une application très étendue. — A l'appui de cette communication, M. Guéniot met sous les yeux de l'Académie un polype fibreux utérin qu'il a enlevé par le procédé qu'il préconise; cette tumeur présente surtout ceci de particulièrement intéressant au point de vue opératoire, qu'elle est très vasculaire seulement dans sa partie supérieure, c'est-à-dire près de l'implantation, et peu dans la partie inférieure ; en conséquence son excision par l'instrument tranchant aurait pu avoir de graves conséquences au point de vue de l'hémorrhagie.

M. *Blot* fait remarquer qu'au point de vue de l'écoulement sanguin, que M. Guéniot a eu surtout pour but d'éviter, le serre-nœud de Maisonneuve n'a pas le même mode d'action que la chaîne de l'écraseur de Chassaignac; il expose davantage, en effet, aux hémorrhagies, parce qu'il coupe au lieu de mâchonner les tissus, comme le fait l'instrument de Chassaignac. M. Guéniot semble d'ailleurs avoir exagéré la difficulté d'application de la chaîne de l'écraseur dont la courbure peut toujours être assez prononcée pour rendre l'excision facile.

M. *Guéniot* objecte que l'instrument dont il se sert n'est pas un fil, mais bien une corde métallique dont la surface de section est plus grande que celle même de la chaîne de l'écraseur; il ajoute que ce serre-nœud est beaucoup plus maniable et permet d'obtenir plus facilement la section perpendiculaire à l'axe, l'écraseur ayant plus de tendance à déterminer une section oblique.

Électrothérapie des opacités du corps vitré. — Du relevé de vingt-quatre observations des effets de l'électricité dynamique (courants constants continus) sur les opacités du corps vitré, M. *Giraud-Teulon* conclut que, dans toute opacité du corps vitré, quelles que soient d'ailleurs son degré et son étendue, mais lorsque son développement n'a pas atteint les formes confirmées de l'hypertrophie, les courants continus constants peuvent être considérés comme le moyen thérapeutique le plus efficace, et qu'au point de vue du mécanisme physiologique de cette action, l'électrodynamique aura également, par voie de conséquence, un bénéfice à retirer de cette constatation.

Rétention anormale du fœtus. — Dans un mémoire sur la rétention anormale du fœtus chez les animaux domestiques, M. Cagny (de Senlis) expose que l'on doit réserver cette expression pour les cas où le fœtus est conservé au delà du terme normal spécial à chaque femelle, et après avoir rappelé la fréquence, mais le peu de gravité de cet accident chez certaines espèces animales, il établit que, pour les brebis, entre autres, c'est la différence si tranchée des tempéraments qui fait la différence dans la gravité de l'accident. Mais quelle que soit l'espèce, lorsque les choses sont telles qu'à l'époque de la parturition le fœtus a son développement normal, la vie de la mère est en danger, surtout lorsqu'il s'agit d'une brebis. Aussi M. Cagny déclare-t-il que, lorsque M. Rossignol rendit compte de la mort de la brebis vaccinée lors des expériences de M. Pasteur sur le charbon, il avait raison de dire que cette brebis est morte parce que sa matrice renfermait un agneau à terme, qui n'a pu être expulsé ; mais il aurait dû ajouter qu'il en est toujours ainsi chez la brebis. M. Cagny fait ensuite l'étude critique des symptômes, de l'étiologie, des modifications du fœtus et de la matrice dans la rétention anormale. — Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Bouley, Blot et Colin (d'Alfort).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Vulvisme : M. Martineau. — Œdème de la glotte : M. Gouguenhelm. — Angine et albuminurie (M. Laure) : M. Lereboullet. — Altérations du tissu osseux chez les hémiplégiques : M. Debove. — Injections hypodermiques de peptone mercurique : M. Martineau. — Ecthyma épidémique chez des varioleux : M. Ducastel.

M. *Martineau* fait hommage à la Société d'une de ses leçons à l'hôpital de Lourcine, sur le *vulvisme*. C'est le nom qu'il faut donner, d'après lui, à l'affection décrite jusqu'ici sous le titre de vaginisme. C'est, en effet, un spasme douloureux de l'anneau vulvaire, presque toujours symptomatique de lésions diverses, mais auquel le vagin ne prend aucune part.

— M. *Gouguenheim* offre à la Société une série de leçons et de recherches sur la laryngite tuberculeuse, la laryngite syphilitique tertiaire, l'œdème de la glotte et l'adénopathie laryngo-bronchique. Il émet l'opinion que l'œdème vrai ou l'hypertrophie non œdémateuse des replis arythéno-épiglottiques peuvent être latents; ils ne s'accompagnent des signes classiques de l'œdème de la glotte que si la lésion s'est propagée à l'intérieur du larynx ou si les tenseurs de la glotte sont contracturés ou paralysés.

— M. *Lereboullet* lit un rapport sur le mémoire de M. Laure (de Lyon) intitulé : *Angine et albuminurie*. Il rappelle combien nombreuses sont les causes de l'albuminurie et les affections au cours desquelles on l'a signalée. La plupart du temps, on ignore les conditions pathogéniques de la dialyse de l'albumine, lorsqu'elle vient compliquer une affection générale : on sait pourtant que, dans le rhumatisme, elle dépend d'une néphrite congestive légère, et que cette néphrite est plus grave dans la goutte. Il est donc logique de penser, en présence d'une albuminurie considérable chez un rhumatisant, qu'une néphrite préexistante vient ajouter son action à celle de l'affection actuelle. M. Laure, se basant sur plusieurs observations de rhumatisme avec angine et albuminurie grave, croit pouvoir attribuer à l'angine la plus large part dans la production de l'albuminurie; il cherche d'ailleurs à établir qu'au cours d'une angine quelconque, même catarrhale, on trouve dans l'urine de l'albumine en plus ou moins grande quantité et que cette modalité de la filtration rénale peut à la longue devenir permanente. M. Lereboullet ne peut se ranger entièrement à cet avis; il ne pense pas que l'on rencontre aussi fréquemment, dans les diverses angines, l'urine albumineuse; le milieu dans lequel a observé M. Laure peut bien offrir quelques conditions spéciales, mais en présence d'une quantité d'albumine aussi considérable (3 grammes par litre dans un cas) chez des rhumatisants, il semble plus vraisemblable qu'il existait une néphrite antérieure dont on ignorait le début. Si les malades avaient été observés avant l'attaque rhumatismale, s'ils étaient suivis assez longtemps après la guérison, on trouverait sans doute une albuminurie indépendante du rhumatisme comme de l'angine et symptomatique d'une lésion rénale. Cette opinion trouve un appui dans la rétractilité du coagulum albumineux observé par M. Laure. M. Lereboullet conclut à l'inscription de M. Laure comme candidat au titre de membre correspondant et à la publication de son mémoire. Ces conclusions sont adoptées.

— M. *Debove* communique à la Société le résultat de ses recherches sur les *lésions osseuses chez les hémiplégiques* dans les membres paralysés. Ayant constaté, dans son service de Bicêtre, que les fractures étaient assez fréquentes chez les hémiplégiques, plus exposés aux chutes que les autres malades de l'hospice, et qu'elles siégeaient toujours du côté paralysé, M. Debove s'est demandé s'il n'existait pas quelque lésion osseuse dépendant de l'hémiplégie et agissant comme cause prédisposante des fractures observées. L'examen comparatif des os des deux côtés chez un même sujet a permis d'éliminer toute cause d'erreur tenant à une disposition purement individuelle. Il a constaté ainsi que, du côté de l'hémiplégie, les os, et en particulier l'humérus, sont moins pesants que du côté sain; que le canal médullaire est plus large et que la substance compacte de la diaphyse est raréfiée, devenue pour ainsi dire spongieuse dans ses couches profondes. Au microscope, on constate que les canalicules de Havers sont dilatés, surtout au voisinage du canal médullaire. L'analyse chimique a révélé seulement une augmentation de la quantité de graisse renfermée dans le tissu osseux lui-même. On voit qu'il s'agit d'une véritable ostéoporose par raréfaction simple. Au point de vue clinique, ces fractures se sont consolidées pour le moins aussi rapidement que chez les individus sains; le cal semble avoir été le plus souvent assez volumineux.

— M. *Martineau* dépose sur le bureau son premier mémoire sur *les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique* et donne lecture d'un second mémoire sur le même sujet. Il a expérimenté sur six nouvelles séries de malades et a porté la dose quotidienne de sublimé jusqu'à dix milligrammes. Il a employé, jusqu'à ce jour, ce mode de traitement chez 172 malades et a pratiqué 3838 injections depuis le 12 avril. M. Martineau formule les conclusions suivantes : 1° le bichlorure de mercure associé à la peptone sèche, suivant la formule de M. Delpech, et employée en injections hypodermiques, ne donne lieu à aucun accident local, ni phlegmons, ni eschares, si l'injection est faite dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les nodosités parfois observées sont le résultat d'injections défectueuses intradermiques; elles disparaissent d'ailleurs rapidement; 2° ces injections ne sont pas douloureuses lorsqu'elles sont bien faites; elles ne le deviennent que chez les malades qui présentent un nervosisme exagéré, ou lorsque la pointe mal acérée de l'aiguille dilacère les tissus dans lesquels elle pénètre; 3° on n'observe, même avec une dose quotidienne de 10 milligrammes, ni salivation, ni stomatite, s'il n'existe pas antérieurement une inflammation des gencives causée par le tartre dentaire, l'usage du tabac, etc. M. Martineau rappelle à ce propos l'observation du malade atteint de syphilis anomale dont a parlé M. Blachez dans la séance du 8 juillet. Ce malade a été soumis, depuis le 30 août, aux injections de peptone mercurique ammonique à la dose progressive de 2 milligrammes et demi, puis 3, puis 4 et 5 milligrammes; malgré son incroyable intolérance à l'égard des sels de mercure, il n'a présenté aucun accident de stomatite pendant toute la durée du traitement; il est aujourd'hui presque entièrement guéri; 4° l'emploi des injections de peptone mercurique n'empêche nullement de donner aux malades, par la voie stomacale, les préparations destinées à combattre la scrofule ou l'arthritis sur lesquelles est venue se greffer la syphilis; 5° cette méthode donne des résultats plus prompts et plus énergiques que les procédés ordinaires, à dose égale de sel mercurique. Elle agit rapidement sur les lésions secondaires, même anomales, et aussi sur les accidents tertiaires; 6° l'absorption du sublimé par la voie hypodermique, incontestable en présence des faits cliniques, est démontrée chimiquement par l'analyse des urines pratiquée suivant un nouveau procédé par M. Ormezano, interne en pharmacie à l'hôpital de Lourcine.

M. Martineau a également employé la peptone mercurique glycérinée par la voie stomacale. Il a administré journellement de une à deux cuillerées à café de la solution suivante : peptone mercurique ammonique, 1 gramme; glycérine pure, 50 grammes; eau distillée, 200 grammes. L'action thérapeutique, bien moins prompte que celle des injections, n'a pas paru plus rapide que celle des autres préparations

mercurielles, mais les malades n'ont pas éprouvé de dégoût, de nausées, de saveur métallique, ni d'accidents gastro-intestinaux comme il s'en montre fréquemment avec la liqueur de Van Swieten.

— M. *Ducastel* lit une note sur une *épidémie d'ecthyma* observée dans le service des varioleux à l'hôpital Saint-Antoine. Les pustules d'ecthyma se sont montrées surtout à la partie antérieure de la poitrine, parfois aussi à la face, mais en ce point leur diagnostic était le plus souvent assez difficile. Elles apparaissaient tantôt au-dessous d'une croûte de bouton variolique en dessication, tantôt, surtout aux jambes, au niveau d'un poil et prenaient alors un aspect furonculeux. Dans quelques cas le liquide qui soulevait l'épiderme restait transparent pendant plusieurs jours et formait de petites bulles ressemblant au pemphigus. L'évolution totale des pustules ecthymateuses a été en général de dix jours; elles se sont recouvertes de croûtes qui ont laissé en tombant une surface rouge, luisante, entourée d'une mince collerette épidermique. Les plus petites pustules se sont montrées ordinairement sur la poitrine; les plus grosses sur les membres inférieurs. Elles ont évolué le plus souvent par poussées successives, parfois discrètes, quelquefois confluentes. Elles ne se sont jamais montrées avant que le malade ait déjà séjourné cinq à six jours dans les salles de l'hôpital ; mais elles ont apparu soit pendant la période de suppuration, soit pendant la dessiccation de l'éruption variolique. Constamment un mouvement fébrile plus ou moins intense a signalé le début de l'affection; parfois même, dans certains cas graves, la température s'est élevée à 41 et 42 degrés et la mort est survenue au milieu de symptômes ataxo-adynamiques; dans les formes moyennes, la fièvre a persisté pendant une quinzaine de jours, avec des rémissions matinales très marquées. Au début, M. Ducastel considérait cet ecthyma comme un simple accident cachectique, mais l'apparition des cas graves, la propagation de l'affection des salles d'hommes, où elle s'était montrée tout d'abord, aux salles de femmes indemnes pendant plusieurs mois, enfin la production de pustules ecthymateuses sur les jambes d'un infirmier et à l'index de l'interne du service, lui ont paru révéler la nature épidémique de l'éruption. Cette manière de voir semblerait confirmée par ce fait que l'infirmier, robuste et sans antécédents syphilitiques, avait l'habitude de marcher nu-pieds dans les salles, et que l'interne, également d'une excellente santé, avait, quelques jours avant d'être atteint d'ecthyma, pratiqué le toucher chez une femme ecthymateuse convalescente de variole. Dans les pustules d'ecthyma, M. Ducastel a trouvé des spores nombreuses groupées en chapelet; quelques spores rares et non groupées dans les bulles pemphygoïdes; rien de particulier dans le sang. Il semblerait donc exister, à côté de l'ecthyma inoculable étudié par Vidal, un ecthyma contagieux et épidémique qui peut, sur un terrain favorable tel que le tégument des varioleux en convalescence, devenir grave et même mortel. M. Ducastel a employé comme traitement les frictions à l'huile phéniquée sur la face et les lotions sur le reste du corps avec une solution de sublimé au millième; il en a retiré d'assez bons effets et, dans quelques cas, les parties non lotionnées ont seules été le siège de l'éruption ecthymateuse.

— *Élections :* MM. *Albert Robin*, *Roques* et *Balzer*, médecins du Bureau central, sont élus membres de la Société.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Synovite tendineuse à grains riziformes. — De la ténosynite crépitante produite par la torsion de la main sur l'avant-bras. — Réduction des luxations du pouce.

M. *Forget* est nommé, à l'unanimité, membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. *Notta* (de Lisieux) lit une observation de synovite tendineuse à grains riziformes du poignet et de la paume de la main; incision; pansement de Lister; guérison.

Le malade, âgé de quarante-huit ans, était fort et robuste, et n'avait jamais eu de rhumatismes. Il y a quatre ans, après avoir labouré un champ, le malade constata du gonflement et de la douleur dans la paume de la main. Il y a six mois, il se produisit une bosselure à la partie médiane et supérieure de la paume de la main, depuis le ligament annulaire du carpe jusqu'au pli palmaire moyen. Au-dessus du ligament annulaire existait une autre saillie. Un liquide reflue facilement d'une poche à l'autre, produisant une sorte de crépitation.

Le 14 novembre, le malade fut chloroformé; application d'une bande d'Esmarch. L'opération est pratiquée avec toutes les précautions de la méthode de Lister. Incision de 4 centimètres à la partie inférieure de l'avant-bras; issue d'un liquide transparent et de nombreux corpuscules blanchâtres ayant une cavité à leur centre. Incision de 3 centimètres sur la paume de la main et issue de liquide et de grains hordéiformes. Une troisième incision est pratiquée sur l'éminence hypothénar, et il sort aussi du liquide et des concrétions. Les poches sont lavées avec un liquide phéniqué. Le malade était complètement guéri au mois de mars dernier.

M. *Verneuil*, il y a dix ans, refusait toute opération pour la cure de cette maladie; il avait vu les graves complications qui suivaient l'intervention du chirurgien. Mais depuis la méthode antiseptique il a changé d'avis. Dans un cas, il a largement ouvert le kyste au poignet et à la main, et il n'a pas fait la réunion. Pour pansement, mousseline phéniquée et pansement ouaté; le malade guérit rapidement. M. Verneuil prend toutes les précautions de la méthode antiseptique, et applique le pansement ouaté; il n'est pas l'ennemi de la réunion immédiate, mais il en connaît les inconvénients.

M. *Després*. Quand une inflammation du poignet produit des grains hordéiformes, cette inflammation ne peut guérir que par la suppuration; il faut de la suppuration pour donner la guérison; c'est pour cela que l'opéré de M. Notta restera guéri.

M. *Trélat*. Il ne faut pas prendre les kystes hordéiformes pour terrain de discussion de la réunion immédiate ou non; ces kystes guérissent, non par la suppuration, qui n'est pas nécessaire, mais par comblement, par cicatrisation lente et progressive. La guérison est une guérison de kyste et non de plaie. Le malade de M. Notta a suppuré parce que le pansement antiseptique avait été interrompu. La suppuration est un accident; on peut assister à la guérison lente sans suppuration. S'il y a une affection où la réunion immédiate est non seulement inutile, mais fâcheuse, c'est bien le kyste à grains hordéiformes.

— M. *Larger* (de Maisons-sur-Seine) lit un travail sur la ténosynite crépitante et douloureuse produite par la torsion de la main sur l'avant-bras, le poing étant fermé (MM. Marjolin, Polaillon et Farabeuf).

— M. *Després* a réduit cinq luxations du pouce : une par le procédé de douceur, sans instrument; trois avec le vieil appareil de Luer, fabriqué par Charrière; une avec l'instru-

ment de Mathieu. La pince de M. Farabeuf occasionne des douleurs atroces et ne permet pas de tirer dans l'axe du pouce. M. Després donne la préférence à l'instrument de Luer, qui ne blesse pas le malade et permet de tirer dans l'axe.

M. *Farabeuf.* Une luxation récente, que l'on réduit sans chloroforme, peut être réduite sans instrument. Le davier de M. Farabeuf permet de bien saisir le pouce; et, dans les cas de luxation ancienne, lorsque les ligaments déchirés se sont cicatrisés et que des adhérences se sont établies entre les os déplacés, ce davier a permis de rompre des adhérences datant de vingt-trois jours (malade de M. Péan); on peut ainsi faire les violences les plus grandes sur un point sans provoquer des accidents.

M. *Lucas-Championnière* a vu un assez bon nombre de luxations du pouce; dans les récentes, il n'a pas échoué. La pince de M. Farabeuf saisit très bien; mais il lui faut un certain modèle de pouce; à cause de cela, chez un malade dont le pouce était trop gros, l'articulation phalangienne fut ouverte; il faudrait une série de pinces, d'après une série de pouces.

M. *Després.* Les luxations récentes sont parfois plus difficiles à réduire que les luxations anciennes; des chirurgiens connus ont échoué.

M. *Farabeuf.* Règle générale, les luxations récentes sont plus faciles à réduire que les luxations anciennes. Dans la variété où le tendon fléchisseur est porté du côté de l'index, variété de beaucoup la plus commune, il est toujours possible de réduire sans instrument quand la luxation est récente. Dans l'autre variété, heureusement la plus rare, où le tendon est porté du côté externe, M. Farabeuf n'a jamais pu réduire.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Fonction d'accommodation de l'ouïe; procédé d'étude : M. Gellé. — Sclérose du pancréas par la ligature du canal de Wirsung : MM. Arnozan et Vaillard. — Microbes du pemphigus aigu : M. Gibier de Savigny. — Tonus des muscles striés : M. Mendelssohn.

M. *Gellé* étudie la fonction d'accommodation de l'ouïe et décrit un procédé pour l'étude de cette fonction.

On sait que les pressions subies par la membrane du tympan se transmettent directement à la platine de l'étrier. Reprenant en la modifiant une expérience de Lucœ, l'auteur exerce sur la membrane tympanique des pressions variables et interroge l'acuité auditive aux différents instants de l'expérience. Il opère de la façon suivante : un tube de caoutchouc est mis en communication avec l'oreille du sujet; par son autre extrémité, ce tube est en rapport avec une poire de caoutchouc qui peut être comprimée à volonté.

Un diapason étant mis en vibration sur le trajet du tube, le sujet normal perçoit nettement le son. Quand on augmente la pression à la surface de la membrane tympanique en comprimant la poire, aussitôt diminue l'intensité du son. Quand l'oreille est malade, au lieu de simples atténuations ce sont de véritables suppressions du son qu'on observe, quand on comprime la poire à air, et ces extinctions s'accompagnent souvent d'une douleur vive ou du sentiment de vertige bien connu des sujets affectés de la maladie de Ménière. M. Gellé s'est appliqué à obtenir des mesures manométriques des diverses pressions nécessaires pour produire ces phénomènes. Il pense qu'avec son procédé on peut facilement interroger l'appareil d'accommodation de l'ouïe et exciter le labyrinthe : « De là, dit-il, des signes sérieux capables d'assurer le diagnostic du ramollissement tympanique et d'éclairer la pathogénie de la maladie de Ménière. »

— MM. *Arnozan* et *Vaillard*, continuant des recherches dont ils ont déjà exposé les premiers résultats à la Société, étudient les modifications qui se produisent dans le pancréas du lapin à la suite de la ligature du canal de Wirsung. Cette ligature détermine une véritable cirrhose. L'altération paraît débuter autour des canaux excréteurs, car c'est à leur circonférence qu'on trouve toujours les lésions les plus avancées. De là, en suivant les tractus interacineux, les altérations gagnent les espaces interlobulaires, où elles se développent avec rapidité. La sclérose devient ainsi intra et circumlobulaire, et les éléments sont peu à peu atrophiés, d'une part, par les canaux qui se dilatent, de l'autre par le tissu conjonctif qui prolifère. Au quatorzième jour, cette atrophie du tissu glandulaire est déjà très avancée.

Les lésions péricanaliculaires évoluent parallèlement aux lésions de la tunique épithéliale des conduits; il est donc probable qu'il s'agit là d'une *cirrhose viscérale épithéliale* produite suivant le type si bien décrit par M. Charcot.

La rapidité d'évolution de cette lésion est des plus remarquables, surtout si on la compare aux lésions analogues de la parotide déjà étudiées par les auteurs et qui, au trentième jour, sont à peine aussi avancées que les lésions dont il est ici question au septième et même au quatrième jour.

Ces recherches ont été exécutées sous la direction de M. Pitres.

— M. *Gibier de Savigny.* Le pemphigus aigu est une maladie parasitaire, de nature infectieuse. Le microbe du pemphigus est une bactérie constituée, à l'état adulte, par une série d'articles disposés en chapelet, de 2 millièmes de millimètre, sur une longueur de 4 à 40 millièmes de millimètre, composé de deux à vingt articles arrondis qui se confondent au niveau des points en contact. A l'état jeune, elle est formée de granulations arrondies semblables à celles qui constituent les bâtonnets, mais isolées ou groupées. On trouve cette bactérie dans le liquide des bulles fraîches; elle ne se détruit que lorsque le contenu de la bulle devient purulent. Elle se trouve aussi dans l'urine fraîche. Et la culture de l'urine ou du liquide des bulles permet d'en obtenir la reproduction. La maladie infectieuse qui caractérise cette bactérie ne paraît pas contagieuse, du moins d'après les expériences de l'auteur sur les animaux.

— M. *Mendelssohn* a repris, à l'aide d'une méthode nouvelle, les recherches de Heidenhain, Brondgeest, Carlet, Tschirieff, etc., sur le *tonus des muscles striés.* Sur le conseil de M. Marey il a opéré en soumettant les muscles à une tension déterminée obtenue par la traction qu'exerce sur leur tendon le levier d'un tambour à air comprimé; la valeur manométrique de la pression exercée dans le tambour donne la mesure de la traction à laquelle le muscle est soumis. Ce muscle inscrit sur un cylindre enregistreur la courbe des modifications qu'il subit dans les différentes parties de l'expérience.

On sait que l'un des principaux points à l'étude relativement au tonus musculaire consiste à rechercher la nature de ses rapports avec le système nerveux. Pour montrer tout d'abord que ces rapports existent, l'auteur établit qu'un muscle, encore soumis à l'influence des centres nerveux, revient exactement à sa longueur primitive après un raccourcissement produit par une excitation. Au contraire, quand le nerf moteur a été coupé, le muscle présente un allongement persistant après s'être contracté, comme s'il n'était plus sollicité à reprendre sa longueur inutile par une influence émanant des centres nerveux: cette influence que supprime la section des nerfs est précisément celle qui commande au tonus musculaire. L'allongement persistant des muscles, résultat de la suppression du tonus, est surtout manifeste quand le muscle est soumis à une certaine tension, comme

l'a déjà montré Tschirieff; mais, d'après M. Mendelssohn, cet allongement existe aussi dans le muscle non tendu : par conséquent « le tonus est bien un phénomène permanent mis seulement en évidence d'une manière plus complète par la tension à laquelle le muscle est soumis ».

La nature nerveuse du tonus est encore démontrée par la disparition de cette propriété quand on sectionne la moelle, le nerf moteur étant intact, quand on soumet l'animal à la curarisation. On prouve aussi qu'il s'agit là d'un acte réflexe en faisant disparaître le tonus par la section seule des racines sensitives.

Si la section du nerf moteur augmente l'extensibilité du muscle (perte du tonus), elle diminue considérablement sa force de retrait élastique. Pour l'auteur, le tonus ne serait en définitive qu'une forme spéciale de l'élasticité du muscle dépendant d'une influence nerveuse.

BIBLIOGRAPHIE

De l'urémie expérimentale, par MM. V. Feltz et E. Ritter. Paris, 1881. Berger-Levrault.

S'il n'est pas un médecin tant soit peu expérimenté qui n'ait été souvent aux prises avec cet ensemble de symptômes que l'on désigne communément sous le nom d'*urémie*, il n'en est pas un non plus qui n'ait vivement regretté, en face d'un malade qu'il aurait voulu guérir ou tout au moins soulager, de se trouver impuissant et désarmé. Sans doute, les antécédents du malade, la marche des symptômes, leurs caractères si tranchés, permettent en peu d'instants de poser un diagnostic nominal. Mais lorsque, après avoir prononcé ce mot d'urémie, dont il ne connaît qu'à peu près la signification, il se demande ce qu'il doit faire, le médecin le plus érudit hésite ou s'abstient. Il sait, il est vrai, que les émissions sanguines, larges ou successives, ont quelque chance d'arrêter les accidents les plus redoutables; on lui a dit aussi que les purgatifs drastiques et diaphorétiques réussissaient parfois. Mais est-il bien rationnel de saigner un albuminurique déjà depuis longtemps arrivé à un état de débilité extrême; est-il utile de le purger, et peut-on, chez lui, provoquer une sudation abondante? Nous nous souvenons que, dans un cas de ce genre, un des maîtres les plus autorisés de l'Ecole de Paris, M. Bouchard, nous exposait les raisons qui lui faisaient méconseiller l'administration des purgatifs dans tous les cas où la dépuration rénale était insuffisante. Les selles obtenues à l'aide de purgatifs drastiques éliminent une quantité d'urée excessivement faible, nous disait-il, et, d'autre part, l'abondance des garde-robes diminue encore l'excrétion des urines. A quoi peut-on aboutir dans ces conditions, sinon à aggraver des accidents qui, théoriquement au moins, ne peuvent être rapportés qu'à une accumulation progressive dans le sang des principes que le rein seul peut éliminer? Ce qui cause donc notre impuissance thérapeutique, c'est avant tout et surtout l'insuffisance de nos notions en physiologie pathologique, et c'est pourquoi nous avons étudié avec un réel intérêt le livre qui résume les longues recherches de MM. Feltz et Ritter.

On sait que, depuis plus de quinze ans, nos savants et laborieux collègues se sont préoccupés de rechercher quelle pouvait être l'influence exercée par l'injection dans le sang des principes que les appareils d'excrétion éliminent. C'est à eux que l'on doit d'avoir bien prouvé que les mots de *cholémie* ou de *cholestérémie* ne signifient nullement ce qu'en avaient pensé ceux qui les avaient introduits dans le langage scientifique. L'injection dans le sang des matières colorantes de la bile, de la cholestérine, voire même des acides biliaires, ne provoque jamais les accidents de l'*ictère grave*. Recherchant ce que produisaient les injections des matières dites *extractives*, les injections de divers sels ammoniacaux ou celles d'urée, les mêmes savants ont pu infirmer la théorie de l'*ammonianémie*, défendue par Virchow, contester celle de Schottin, et démontrer que l'urée ne provoquait que lorsqu'elle était impure les accidents convulsifs qui avaient fait émettre à certains physiologistes la théorie de l'urémie. Mais le résultat le plus remarquable de leurs patientes recherches est celui que leur ont donné les injections intraveineuses d'urine fraîche ou altérée. L'injection dans la veine d'un chien d'urines humaines fraîches, filtrées et chauffées à 35 degrés, provoque très rapidement des accidents identiques à ceux qui caractérisent l'urémie déterminée par la ligature des uretères ou des vaisseaux rénaux, c'est-à-dire par la suppression brusque de la fonction rénale. Ces accidents urémiques ne sont dus ni à l'augmentation de la tension intravasculaire, ni à l'acidité des urines, puisque les injections faites à l'aide d'eau pure ou d'eau acidulée restent inoffensives. Mais, et c'est là le fait capital de ces nouvelles recherches, ils ne sont point dus non plus à l'introduction intraveineuse des matières organiques de l'urine. Celles-ci, injectées isolément ou dans leur ensemble, ne produisent pas les symptômes de l'urémie, ce qui contredit absolument les théories de Wilson et de Schottin. Par contre, en introduisant dans le sang les sels minéraux contenus dans les urines de trois jours, les auteurs ont reproduit exactement les mêmes phénomènes qu'en agissant avec des urines fraîches normales ou fortement concentrées par des coagulations répétées. Poursuivant leurs très intéressantes recherches, MM. Feltz et Ritter ont reconnu que les sels toxiques de l'urine étaient les sels potassiques, et que l'on arrivait à provoquer les mêmes accidents urémiques en injectant dans le sang des urines normales, qu'en y faisant passer les sels potassiques dissous dans l'eau distillée en proportions égales à celles que renferment ces urines. Si la clinique vient à confirmer ces expériences faites sur les animaux, s'il est démontré, par conséquent, que l'urémie n'est autre chose qu'un empoisonnement par des sels potassiques accumulés dans le sang ou fixés en excès sur les éléments anatomiques, un grand progrès aura été réalisé. Ce n'est point, en effet, s'avancer imprudemment que de supposer qu'une semblable découverte mettra sur la voie de méthodes thérapeutiques nouvelles applicables au traitement des accidents urémiques. Les recherches que nous venons de résumer auront donc rendu un signalé service, et c'est pourquoi nous engageons les physiologistes à les contrôler par des expériences nouvelles, et à contribuer ainsi à élucider l'un des problèmes de physiologie pathologique les plus intéressants et les plus controversés jusqu'à ce jour.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Paris. Transfusion du sang. — Le *transfuseur direct* de M. Roussel (de Genève) étant très apprécié des médecins et chirurgiens de Paris, quarante-sept chefs de service des hôpitaux de Lariboisière, Saint-Louis, Hôtel-Dieu, Saint-Antoine, Necker, la Pitié, la Charité, Beaujon, Tenon, Lourcine, Enfants malades, Sainte-Eugénie, Bicêtre, Salpêtrière, la Rochefoucault, Maternité, ont demandé à l'Assistance publique de mettre cet instrument à leur disposition. De son côté, le ministre de la guerre, à qui le transfuseur a été proposé pour les besoins de l'armée, a répondu qu'il attendait l'opinion des chefs de service des hôpitaux et la décision de l'Assistance publique. Celle-ci n'a pas encore répondu à la demande qui lui a été adressée, et, par suite, le ministre attend toujours.

Il résulte des déclarations de plusieurs signataires que le manque de cet appareil dans les salles a été plus d'une fois préjudiciable aux malades; à plus forte raison pourrait-il en être de même pour l'armée, où le besoin de la transfusion peut être plus fréquent et plus impérieux.

FIÈVRE JAUNE AU SÉNÉGAL. — Le ministre de la marine et des colonies vient de recevoir les nouvelles suivantes de Saint-Louis, à la date du 11 octobre :

L'état sanitaire s'étant amélioré, je ne vois aucun inconvénient à faire partir, par paquebot du 20 octobre, les vingt-six officiers ou assimilés qui doivent servir dans le haut fleuve. Si les médecins ne sont pas partis le 5 octobre, il faut les faire partir le 20. Pas de décès de fièvre jaune depuis le 3 octobre. Le fléau paraît vouloir nous quitter, mais nous avons beaucoup de malades atteints de fièvres paludéennes, bilieuses ou autres.

En résumé, l'état sanitaire est encore très mauvais, mais je compte sur une amélioration sensible d'ici un mois.

— D'un autre côté, le ministre de la marine et des colonies vient de recevoir de M. le gouverneur de la Martinique les renseignements suivants sur la situation sanitaire de cette colonie :

Du 22 août au 9 septembre. — Depuis le 22 août, l'état sanitaire de la colonie s'est très notablement amélioré. Un seul malade a été atteint de fièvre jaune à Fort-de-France. Il est convalescent. A Saint-Pierre, pas un seul cas de fièvre jaune ne s'est manifesté dans la garnison ou à bord des bâtiments de commerce. Un seul Européen, nouvellement arrivé dans la colonie, présente en ce moment une atteinte sévère de la maladie. Les provenances de la Barbade et de Démérari sont soumises à une quarantaine à cause de la fièvre jaune qui règne avec une certaine intensité dans ces deux localités.

Du 9 au 22 septembre. — Pendant la quinzaine qui s'est écoulée du 9 au 22 septembre, l'état sanitaire de la colonie a continué de s'améliorer au point de vue de l'épidémie de fièvre jaune. A Saint-Pierre, cinq ou six malades ont présenté des symptômes de la maladie, mais ce sont des cas isolés, sans beaucoup de gravité. A Fort-de-France, un jeune enseigne de vaisseau du *Magicien* a été très légèrement touché. Nous n'avons à registrer qu'un seul décès, celui d'un frère de la doctrine chrétienne de la commune de Sainte-Luce. Les provenances de la Havane où la fièvre jaune règne épidémiquement sont soumises à la quarantaine.

LE CHOLÉRA. — D'après les dernières nouvelles reçues de la Mecque, l'épidémie cholérique qui avait éclaté dans la ville sainte parmi les pèlerins récemment arrivés, serait entrée dans la période de décroissance. On n'aurait plus compté que cinq morts seulement à la date du 21 septembre.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adresser à M. le directeur de la santé au Havre une dépêche où nous lisons :

Un télégramme officiel adressé d'Alexandrie à Londres annonce l'invasion du choléra parmi des pèlerins déjà réunis à la Mecque. Je ne saurais trop insister auprès de vous sur la gravité de cette nouvelle, qui impose au service sanitaire le devoir de redoubler de zèle et de vigilance. Vous devrez vous montrer très attentif à toutes les provenances de l'Egypte et de la mer Rouge, et, le cas échéant, appliquer avec la plus grande rigueur les prescriptions réglementaires contre le choléra. Vous voudrez bien m'adresser, *sans aucun retard*, toutes les communications qui seraient de nature à éclairer mon administration sur la marche du terrible fléau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Ostéologie et dissection.* — Les démonstrations d'ostéologie ont commencé à l'Ecole pratique d'anatomie, rue Vauquelin, n° 2, le jeudi 20 octobre prochain. Tous les élèves de seconde année qui n'ont pas encore disséqué et qui sont tenus de subir l'examen préalable d'ostéologie devront se faire inscrire à l'Ecole pratique avant le samedi 5 novembre. Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du vendredi 4 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs et les aides d'anatomie dirigeront et surveilleront les travaux des élèves. Ils feront une démonstration quotidienne à une heure précise, dans chaque pavillon.

Les exercices de dissection sont obligatoires pendant toute la durée du semestre d'hiver, pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année, c'est-à-dire pour tous ceux qui ont de cinq à douze inscriptions. Les exercices de dissection sont facultatifs pour les étudiants ci-après : 1° élèves de première année; 2° élèves ayant seize inscriptions. Ces étudiants, s'ils désirent prendre part aux travaux pratiques d'anatomie, devront se munir d'une autorisation du doyen. Les docteurs français et étrangers sont soumis à la même formalité.

DÉMONSTRATIONS OPÉRATOIRES. — M. le docteur Nélaton, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du 19 octobre 1881, à l'Ecole pratique, rue Vauquelin, n° 2, et sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (année scolaire 1881-1882). — L'espace nous manque aujourd'hui pour donner la suite du programme des cours. Ce sera pour le prochain numéro.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE VARSOVIE. — C'est M. Mauriac (de Bordeaux) et non M. Mauriac (de Paris), comme il a été imprimé par erreur, qui a été élu membre de cette Société.

LÉGION D'HONNEUR. — Notre honoré confrère, M. Kœberlé, qui a rendu à la chirurgie de signalés services, vient d'être promu officier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec peine la mort inattendue de M. le docteur HOUEL, professeur agrégé, conservateur des musées et collections de la Faculté, auteur d'un traité estimé d'anatomie pathologique.

— On annonce aussi que M. le docteur Pierre PUCHE, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, vient de succomber à Garches, à l'âge de quatre-vingt-deux ans. M. Puche s'était autrefois distingué par ses travaux sur la syphilis.

COURS PUBLICS. ÉLECTRICITÉ. — M. le docteur Onimus fera à l'Exposition internationale d'électricité, le lundi 24 octobre, dans la salle du Congrès (premier étage), une conférence sur les appareils électro-médicaux exposés. Cette conférence étant surtout destinée aux étudiants en médecine, M. le docteur Onimus la fera le soir, de huit heures et demie à neuf heures et demie, au lieu des heures habituelles du matin.

MORTALITÉ A PARIS (41e semaine, du vendredi 7 au jeudi 13 octobre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1001, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 7. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 35. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 225. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 40. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 54; au sein et mixte, 32; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 84; de l'appareil circulatoire, 75; de l'appareil respiratoire, 56; de l'appareil digestif, 52; de l'appareil génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 41e semaine. — Les bonnes conditions sanitaires générales se maintiennent malgré l'augmentation notable de plus de 120 décès, car les maladies épidémiques ne sont pour rien dans cette augmentation : elle résulte presque exclusivement du dénouement fatal de vieilles affections chroniques, qui ne supportent pas volontiers les premiers abaissements de température. Ainsi la phthisie y contribue à elle seule pour 67 décès; elle pourrait bien tenir encore au retour à Paris de malades partis en villégiature, et qui, en désespoir de cause, ne voyant pas leur état s'améliorer, sont revenus pour trouver au moins le confortable du chez soi. Aussi l'accroissement porte-t-il surtout sur les vieillards de plus de soixante ans.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 27 octobre 1881.

ABLATION DES MYOMES DE L'UTÉRUS. — CIRRHOSES MIXTES. — L'ASSAINISSEMENT DE PARIS.

Ablation des myomes de l'utérus.

Pour que la discussion sur l'ablation des polypes utérins, qui a continué mardi à l'Académie de médecine, prenne du corps et soit réellement fructueuse, il faut la ramener à un seul point : 1° la valeur relative des instruments quant à la commodité du manuel et quant aux dangers de l'hémorrhagie; 2° le danger de perforer la matrice.

Ces trois points sont évidemment liés au siège et à la composition des tumeurs, et se ramènent conséquemment à une question de diagnostic différentiel. C'est ce que M. Trélat a montré avec autant de justesse que de talent. Néanmoins, sur le premier point, il reste à savoir si tel instrument n'est pas préférable à tel autre dans un cas donné, avec un siège et une nature donnés de la tumeur. C'était même le sens de la comparaison établie dans la dernière séance par M. Labbé. A cet égard, ainsi que nous l'avions pressenti, l'écraseur de Chassaignac a été réhabilité : d'abord, et avec de très bonnes raisons, par M. Verneuil; ensuite, d'une manière accessoire, par M. Tillaux. On peut même induire de l'ensemble de l'argumentation de M. Gosselin qu'il préfère, en général, l'écraseur à l'anse galvanocaustique. Mais ce chirurgien se distingue de ses collègues par sa prédilection pour l'emploi des ciseaux dans tous les cas où ils peuvent atteindre le pédicule de la tumeur.

Mais le danger de l'hémorrhagie? M. Gosselin ne s'en préoccupe guère. Sur trente cas d'ablation par excision, il n'en a eu qu'une seule, dont un simple tamponnement a eu facilement raison; jamais il n'a trouvé dans les pédicules des polypes de ces vaisseaux volumineux dont on s'est tant effrayé. Malheureusement M. Trélat en a rencontré qui avaient presque la grosseur du petit doigt. Il est clair dès lors que, en vue de cette éventualité, il est plus prudent de recourir à l'écraseur ou à l'anse caustique qu'aux ciseaux.

Reste le danger de perforer l'utérus en inversion; mais la question se présente ici sous deux faces. L'inversion peut être le résultat de tractions exercées sur le fibrome pendant l'opération, et personne n'a reconnu, avec M. Labbé, que l'écraseur exposât plus que tout autre instrument à ces tractions involontaires. Quant à celle qui est produite par le fibrome lui-même, elle nous paraît, comme à M. Tillaux, poser net-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Du rôle de la médecine dans la guerre de Tunisie. — La discorde entre médecins et pharmaciens.

Les articles de M. Lereboullet, notre éminent et courageux collaborateur, suivant l'expression des journaux qui ont analysé ses articles sur l'état sanitaire de nos troupes en Tunisie, ont produit partout, comme on devait s'y attendre, une profonde impression; il suffit, pour s'en rendre compte, de parcourir la presse médicale ou extra-médicale, française ou étrangère. On soupçonnait bien le mal, mais on ne pouvait se douter qu'il fût si étendu. Nous allons essayer de résumer ce qu'en ont dit à ce sujet les journaux que nous avons pu lire.

On ne peut comprendre qu'après une occupation de cinquante années en Algérie, on ait pu songer à envahir un pays voisin, où les mêmes mauvaises conditions sanitaires se retrouvent, en faisant table rase de toute l'expérience acquise, — et à quel prix ! — au sujet des mesures à prendre pour mener à bonne fin une pareille entreprise. On ne peut comprendre qu'on en soit encore à se figurer que le seul et unique ennemi de nos troupes dans cette contrée soit l'occupant, l'Arabe. En 1830, passe encore : on ne connaissait pas le pays ! Nos soldats débarqués à Sidi-Ferruch ne tardèrent pas à le connaître à leurs dépens, et ils étaient à peine arrivés aux portes d'Alger, que les redoutables fièvres d'Afrique et la dysenterie venaient leur apprendre qu'on ne séjournait pas impunément dans la plaine marécageuse de la Mitidjah, qu'ils avaient dû traverser pour tourner le fort de l'Empereur. Plus tard, à mesure qu'ils s'enfonçaient dans l'intérieur, ils ont vu que les Arabes avaient de terribles auxiliaires contre lesquels les armes perfectionnées et la tactique la plus habile ne pouvaient rien : la chaleur et la soif. Les armes et les munitions de guerre, qui suffiraient à la rigueur dans un

tement l'indication d'une dissection minutieuse, avec la précaution de ne pas endormir la malade, pour être averti de la moindre fausse route par la sensibilité de la matrice.

Cirrhoses mixtes.

I

Entre la cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique biliaire que j'ai décrites dans les chapitres précédents (n°s 40 et 41) la différence est grande, si grande même, surtout *quand on choisit des types extrêmes*, que certains auteurs, opposant l'une à l'autre ces deux cirrhoses, en ont fait deux espèces absolument différentes.

Il suffit, pour embrasser d'un coup d'œil la distance qui semble séparer ces deux cirrhoses, de se rappeler les propositions formulées en quelques mots par M. Charcot :

La *cirrhose atrophique* est *annulaire*, *multilobulaire*, *extralobulaire* et d'*origine veineuse*.

La *cirrhose hypertrophique* est *insulaire*, *monolobulaire*, à la fois *extra et intralobulaire* et d'*origine biliaire*.

Eh bien, chacun de ces termes est contestable, ou du moins n'est pas rigoureusement vrai. Et si je les reprends un à un, ce n'est pas pour en diminuer la valeur, car la question si confuse des cirrhoses a été singulièrement élucidée en France par les travaux de ces dernières années ; je les reprends pour les discuter, et pour laisser à cette description toute sa rigueur scientifique. Du reste, ce travail de revision paraît s'imposer, car il a été entrepris, de plusieurs côtés, dans des articles récents (Cyr, *Contrib. à l'étude de la cirrh. hépat.*, in *Gaz. hebdomad.*, n°s 32 et 33, 1881. — Kelsch, *Arch. de physiol.*, 1881.)

D'abord, je rappellerai que l'*origine veineuse* de la cirrhose atrophique et l'*origine biliaire* de la cirrhose hypertrophique sont fort contestables, et les détails dans lesquels je suis entré dans les articles précédents prouvent qu'au point de vue de la pathogénie, la question des cirrhoses n'est pas complètement élucidée et ne peut servir de base à une classification.

En second lieu, la distribution, la *topographie*, l'envahissement du tissu conjonctif de nouvelle formation n'affecte pas, dans chacune des cirrhoses, la délimitation bien tranchée qu'on lui avait d'abord assignée. La cirrhose atrophique n'est pas rigoureusement annulaire; il s'en faut qu'elle soit rigoureusement multilobulaire et extralobulaire ; elle est également monolobulaire et intralobulaire, et en cela elle confine à la cirrhose hypertrophique. MM. Charcot et Gombault (*Archives de physiologie*, septembre 1876) avaient bien signalé ce fait, mais ils le considéraient comme exceptionnel et comme survenant aux périodes avancées de la maladie. Telle n'est pas l'opinion actuellement admise, et M. Kelsch (*Archives de physiologie*, juillet 1881) la résume en disant que, dans la cirrhose atrophique, « il n'y a pour ainsi dire pas un îlot de parenchyme dont tel ou tel lobule ne soit envahi par la cirrhose, échancré par elle, pénétré parfois jusqu'à la veine centrale... De nombreux acini sont entamés à leur périphérie, d'autres sont détruits en grande partie par la transformation embryonnaire. » La cirrhose atrophique, on le voit donc, *ne reste pas* cantonnée aux travées fibreuses des espaces portes, comme on l'enseignait il y a peu de temps, ces travées fibreuses *ne forment pas* autour du lobule une barrière infranchissable, comme on l'avait affirmé; le travail phlegmasique attaque également le parenchyme du lobule, et le parenchyme disparaît en partie, non-seulement par compression ou par atrophie, mais par transformation en tissu morbide. En somme, la cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique *se confondent par leurs lésions élémentaires*, il y a *prédominance* de ces lésions suivant que la cirrhose est atrophique ou hypertrophique, mais la forme et la nature de la lésion n'appartiennent *exclusivement* ni à l'une ni à l'autre de ces cirrhoses.

Malgré ces points de contact, il faut reconnaître que, dans son ensemble, le processus de ces deux formes de cirrhose est différent. Dans la cirrhose atrophique, l'hépatite interstitielle est dominante et l'hépatite parenchymateuse est accessoire; le tissu fibreux est induré et rétractile comme un tissu cicatriciel, c'est lui qui détermine les granulations de l'organe et son *atrophie*. Dans la cirrhose hypertrophique, l'hépatite interstitielle est accessoire et l'hépatite parenchymateuse est dominante ; le tissu fibreux est moins abondant, moins induré, moins rétractile, et ce sont les lésions parenchymateuses qui constituent en grande partie l'*hypertrophie* de l'organe.

Mais on aurait tort d'en conclure que la cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique forment deux espèces absolument dissemblables. Elles forment, il est vrai, deux variétés distinctes quand on s'adresse aux *types extrêmes*, mais dans quelques cas, pour peu que la similitude des lésions que je signalais il y a un instant vienne à s'accentuer, on se trouve

---

conflit en Europe, où les moyens de transport et de ravitaillement sont relativement faciles, sont en quelque sorte relégués au second plan en Afrique, et ajoutons qu'en Tunisie en particulier rien n'est plus vrai.

Les dépêches officielles nous apprennent chaque jour, disent les journaux, que dans les engagements avec les insurgés nous avons quelques blessés, et un tué de temps en temps; je suis sûr que si on additionnait les chiffres donnés par ces documents officiels on arriverait à peine à 20 tués et 100 blessés parmi nos troupes depuis le commencement de la campagne, y compris la prise de Sfax. Mais, d'autre part, nous savons de bonne source que la dysenterie et la fièvre typhoïde sont actuellement encore beaucoup plus meurtrières, et qu'il ne se passe pas de jour qu'on ne perde 8 ou 10 hommes de ce chef.

La maladie, et toute la presse est unanime sur ce point, tue donc plus d'hommes que la guerre proprement dite; conclusion : les médecins devraient avoir, après le général en chef, la première place dans les conseils chargés de l'organisation des troupes en campagne.

Le rôle de la médecine dans la guerre d'Afrique a été en effet et sera longtemps encore considérable. Les médecins de l'armée, et le vénérable docteur Maillot, l'un des premiers, ont établi dès le début de l'expédition algérienne, que l'intoxication paludéenne et la mauvaise qualité des eaux étaient les deux causes les plus efficaces de la mortalité des soldats. On a beaucoup fait pour assainir l'Algérie, mais le paludisme y est encore si puissant, quoi qu'on en dise, que depuis le mois de mai 1881, à l'hôpital civil de Mustapha inférieur, un des internes du service de chirurgie, qui compte à peine 40 lits, a pu recueillir 18 cas dans lesquels des blessures ont réveillé la diathèse ou ont été influencées par elle. En Tunisie, ces causes ont encore leur toute-puissance originelle, aussi l'ont-elles bientôt prouvé.

Et qu'a-t-on fait, en prévision de ce fléau? Car ce fléau devait être prévu. S'est-on enquis des endroits où l'on pour-

en face de *cas mixtes* ou intermédiaires qui *servent de transition aux types extrêmes.*

Ce sont ces cas mixtes ou intermédiaires que je vais décrire sous le nom de *cirrhoses mixtes*, tenant à la fois, cliniquement et anatomiquement, de la cirrhose atrophique et de la cirrhose hypertrophique.

II

Cliniquement, ces *cirrhoses mixtes* déroutent un peu le praticien; on s'est tellement habitué dans ces derniers temps à la classification sans partage de la cirrhose atrophique et de la cirrhose hypertrophique, que le jour où l'ictère apparaît dans le cours d'une cirrhose qu'on croit atrophique, le jour où l'ascite se développe dans le cours d'une cirrhose qu'on croit hypertrophique, le diagnostic devient hésitant, et on admet difficilement qu'une cirrhose ait osé franchir les barrières qui lui ont été imposées.

Et cependant les observations ne sont pas rares de cirrhoses mixtes qui présentent à la fois les symptômes et les lésions de la cirrhose atrophique et de la cirrhose hypertrophique. Pour qu'on en puisse mieux juger, je donne ici le résumé de quelques-unes de ces observations :

Obs. I (Lécorché, *Études médic.*, p. 309). — Un homme alcoolique, non syphilitique, est atteint de cirrhose. Il présente une ascite et une circulation abdominale complémentaire, comme dans la cirrhose atrophique, et un ictère comme dans la cirrhose hypertrophique. Il est vrai que les accidents ictériques peuvent être considérés comme ultimes et être mis sur le compte d'un ictère grave, mais les lésions hépatiques n'en sont pas moins mixtes. En effet, à l'autopsie, le foie est petit et granuleux. Dans certains points, « le lobule ou le groupe de lobules est complètement enserré par le tissu conjonctif comme dans la *cirrhose atrophique vulgaire;* les cellules sont tassées les unes contre les autres, déformées ; mais il n'y a pas de pénétration embryonnaire. »

« Dans d'autres points, l'aspect est celui de la *cirrhose hypertrophique.* Au milieu du tissu conjonctif, les canalicules biliaires très nombreux forment des figures en V, en Y ou des lignes droites ; entre ces canalicules plus gros apparaissent de véritables réseaux plus étroits qui semblent formés par une seule rangée de cellules. Ces canalicules sont entourés de cellules embryonnaires abondantes qui pénètrent entre les cellules hépatiques à la périphérie. Parfois, tout le pourtour d'un lobule est environné par une ceinture de cellules rondes qui pénètrent le quart ou le cinquième externe de l'îlot, les parties centrales n'étant pas atteintes. Ailleurs, les cellules rondes envahissent tout l'îlot complètement dissocié, formant çà et là dans son épaisseur de petits amas arrondis ou irréguliers. » Voilà donc un cas dans lequel les lésions de la cirrhose atrophique et de la cirrhose hypertrophique biliaire sont *réunies.* C'est une *cirrhose mixte.*

Obs. II (Lécorché, *Études médic.*, p. 339). — Un homme alcoolique, non syphilitique, est atteint de cirrhose. Le foie est volumineux, la teinte ictérique est persistante *comme dans la cirrhose hypertrophique*, et on constate également une circulation collatérale abdominale très développée et une ascite considérable *comme dans la cirrhose atrophique.*

Obs. III (Rigal, *Société anatomique*, mars 1876). — Un homme alcoolique est atteint de cirrhose. La maladie a débuté par un ictère persistant comme dans la cirrhose hypertrophique, puis est survenu une ascite considérable comme dans la cirrhose atrophique. A l'autopsie, on trouve le foie légèrement atrophié et présentant à l'examen histologique une sclérose à la fois extra et intralobulaire et un réseau biliaire très développé.

Obs. IV (Pitres, *Société anatomique*, juin 1875). — Un homme est atteint de cirrhose. Il présente, comme dans la cirrhose hypertrophique, un ictère intense et persistant, un foie volumineux, et, comme dans la cirrhose atrophique, de l'ascite et une circulation supplémentaire des veines abdominales. A l'autopsie, on trouve le foie gros et scléreux, des bandes conjonctives occupent les espaces interlobulaires, le réseau biliaire est très développé. Ce sont des lésions de cirrhose mixte.

Obs. V (Hardy, *Gaz. des hôpit.*, janvier 1879).— Un homme âgé de cinquante-trois ans a été pris, il y a trois mois, de troubles gastro-intestinaux et d'ictère. Trois mois plus tard on constate un ictère très prononcé, comme dans la cirrhose hypertrophique, de l'ascite et une collection collatérale, comme dans la cirrhose atrophique. M. le professeur Hardy conclut à une cirrhose *mixte.*

A l'autopsie, on trouve le foie de volume à peu près normal, plus lobulé que granuleux, d'un poids un peu supérieur au poids normal. Les canaux biliaires sont très dilatés.

Obs. VI. — J'ai eu l'occasion de faire récemment l'autopsie d'un malade mort dans mon service avec des symptômes

---

rait trouver des eaux de bonne qualité ? L'enquête, paraît-il, était très difficile; mais a-t-on pris les mesures nécessaires pour suppléer les mauvaises eaux, ou tout au moins les corriger, les faire bouillir avec des substances capables d'atténuer leurs propriétés délétères ? Nullement. A-t-on préparé des ambulances en nombre suffisant et dans des endroits sains ? M. Lereboullet a répondu d'avance et trop négativement à cette question, pour qu'il soit nécessaire d'y insister. A-t-on fait des provisions considérables de quinine pour combattre la fièvre intermittente, et d'autres médicaments convenables contre les fièvres typhoïdes et la dysenterie ? Car on sait, en Afrique, qu'un convoi de troupes doit (ou devrait) se munir d'autant de paquets de quinine que de paquets de cartouches. Tout le monde sait que le plus grand danger qui puisse menacer un typhoïdique au début de sa convalescence est la perforation de l'intestin grêle altéré; que, par suite, il faut éviter toute manœuvre intérieure ou extérieure capable de déterminer cette perforation. A-t-on eu soin de laisser les convalescents de la fièvre typhoïde dans un repos assez complet pour permettre à leurs ulcérations intestinales de se cicatriser ? A-t-on envoyé de nombreux objets de literie pour remplacer ceux qui ont été souillés par les typhoïdiques ? A-t-on envoyé des substances antiseptiques pour neutraliser les principes infectieux qui se trouvent dans les déjections de ces mêmes typhoïdiques ? Non, toujours non ! On a peut-être envoyé des médicaments en quantité suffisante ; mais leur distribution a été si mal faite que l'envoi est resté nul sur bien des points. Si nous en croyons des renseignements qui sont puisés à bonne source, on aurait vu, dans un hôpital de l'intérieur, un fait aussi probant que possible. L'hôpital manquait de fournitures et de médicaments. Plusieurs réclamations avaient été adressées à l'Intendance. On attendait toujours. Enfin un convoi est annoncé. Huit grandes caisses venues de Tunis pénètrent dans la cour de l'hôpital. On les ouvre avec empressement. La première renfermait de l'ouate phéniquée. Va pour cet envoi ! Les feuilles d'ouate sont bien

de cirrhose mixte. Le malade avait été pris de troubles digestifs il y a un an environ. A dater du mois de mars apparaissent les symptômes suivants : œdème des jambes, augmentation du volume du ventre, vomissements, diarrhée persistante, affaiblissement progressif. Il y a un mois, apparition d'un ictère, pas d'hémorrhagies. On constate actuellement que le foie déborde légèrement les fausses côtes, l'ascite est considérable, mais il n'y a pour ainsi dire pas de circulation collatérale abdominale. Dès le lendemain de son entrée, le malade tombe dans une prostration complète, sans accidents convulsifs, sans hémorrhagies. Il meurt dans le coma.

A l'autopsie, le foie est granuleux comme dans la cirrhose atrophique, mais il n'est pas atrophié, son volume est plutôt accru, et il pèse 1960 grammes. L'examen histologique est des plus intéressants (1). On trouve des anneaux de tissu conjonctif périlobulaire avec ou sans tractus celluleux intralobulaires; et en d'autres points de la sclérose insulaire, des canalicules biliaires très dilatés, en un mot les lésions réunies de la cirrhose atrophique et de la cirrhose hypertrophique. C'est encore un cas de *cirrhose mixte*.

III

Je crois inutile de multiplier les citations; les observations de cirrhoses mixtes deviendront plus nombreuses à mesure qu'on les recherchera, et il arrivera pour les maladies du foie ce qui est arrivé pour les maladies des reins, pour les néphrites chroniques, que plusieurs auteurs ont voulu diviser en espèces bien tranchées, mais qui, elles aussi, ne forment que des variétés, présentant entre les types extrêmes (petit rein contracté et gros rein blanc) de nombreux intermédiaires.

Les conclusions que je crois pouvoir tirer de ces études sur les cirrhoses du foie, c'est que la cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique biliaire forment des variétés qui sont d'autant plus distinctes, d'autant plus accentuées, qu'on s'adresse à des types extrêmes, et c'est un grand mérite de l'école de Paris d'avoir jeté la lumière dans le chaos des hépatites chroniques. Mais il ne faut pas pousser trop loin l'esprit de systématisation et de classification ; la clinique s'accommode mal de cette sélection en espèces morbides nettement tranchées, et la lésion est ici, comme toujours, d'accord avec la clinique. Entre les types extrêmes que j'ai choisis pour la description des chapitres précédents, il y a place pour des cas intermédiaires, *à forme variable*, et la dénomination de *cirrhose mixte* me paraît devoir leur être appliquée.

Dieulafoy.

(1) Cet examen a été fait par M. Duplaix et par M. Guiter, mon interne, dans le laboratoire de M. Vulpian, et sera publié *in extenso* dans un autre travail.

L'assainissement de Paris (1).

Nous arrivons à examiner l'objection considérée comme la plus grave par la commission, celle des émanations des égouts; question importante, en effet, et qui, nous devons le craindre, restera encore longtemps en suspens; car ces émanations peuvent, d'une part, n'offrir que l'inconvénient d'être pénibles et désagréables à supporter ; mais d'autre part, elles sont peut-être dangereuses au point de vue de la propagation des affections contagieuses. Or, on admet à juste titre qu'une odeur blessant l'odorat est en général susceptible de nuire à la santé, et qu'elle est comme le signal d'un danger pour celle-ci ; et comme c'est à des éléments chimiques que les odeurs sont d'ordinaire réduites, c'était donc à la chimie, ainsi que nous l'avons vu, qu'il fallait d'abord s'adresser en pareil cas. Mais les observations faites par M. Würtz, et que nous venons de rappeler, montrent cependant, au point de vue chimique, que, lorsque l'égout est bien ventilé, et que les eaux ne sont pas stagnantes, la quantité d'hydrogène sulfuré et d'ammoniaque libre est à peu près nulle ; il n'en est plus de même lorsqu'on intercepte toute communication avec l'air extérieur. Faudrait-il redouter que l'addition des vidanges aux égouts ne change profondément la nature de leurs eaux et soit la cause d'odeurs et d'émanations désagréables et insalubres? M. Durand-Claye fait d'abord observer que déjà les vidanges extraites aujourd'hui par les Compagnies ne dosent que le tiers de l'azote qui correspondrait à la matière pure; elles sont déjà fortement diluées, et si l'on fait le calcul sur les 2000 mètres cubes extraits moyennement par jour ouvrable des fosses de Paris, on reconnaît que ces 2000 mètres cubes ne contiennent qu'environ le quart de l'azote produit par la population parisienne ; les trois autres quarts vont déjà aux égouts, par les urinoirs, les plombs, les tinettes-filtres et les écoulements directs de plusieurs établissements et d'un certain nombre de maisons, et le Conseil municipal, dans sa séance d'avant-hier, en prescrivant que les branchements d'égout des particuliers auraient désormais $1^m,80$ de hauteur sur $0^m,90$ de

(1) Voyez page 669.

nombreuses ; mais on pourra s'en servir pour les quelques pansements restés en souffrance. On ouvre la seconde caisse espérant y trouver du linge et des médicaments. Comme la première elle était pleine de coton. Et de même pour les six autres. Toute la provision d'ouate destinée au corps expéditionnaire avait sans doute été dirigée sur ce petit hôpital. Si, après avoir lu ce récit vous n'êtes pas aussi profondément étonnés que ceux de nos confrères qui ont lu les articles de M. Lereboullet, c'est que la faculté de l'étonnement vous fera totalement défaut.

Mais du moins, sachant qu'il n'est pas sans danger de transporter brusquement des hommes d'un pays froid dans un pays chaud, pour y séjourner plusieurs mois au moins, surtout dans de détestables conditions hygiéniques, vous pensez qu'on a eu bien soin, n'ayant besoin que d'une petite partie de notre armée, de ne prendre que les soldats habitués déjà aux chaleurs du Midi. Vous vous trompez encore : on a pris un peu partout de quoi compléter le contingent : Bretons, Provençaux, Poitevins, Normands, Alsaciens-Lorrains (il nous en reste encore), Picards, Auvergnats, etc., et en huit jours au plus, sans consulter le moins du monde les gens compétents, on a fait passer ces malheureux jeunes gens, nullement acclimatés, de 10 à 40 degrés centigrades à l'ombre ! Qu'est-ce donc en plein soleil, et quand le sirocco s'en mêle ?

Ainsi donc nous en sommes restés à 1830 pour la guerre d'Afrique, et voilà ce que nos confrères étrangers se refusent absolument à admettre. Leur étonnement a atteint son comble lorsqu'ils ont appris que nos chirurgiens n'avaient même pas de quoi panser les plaies (heureusement fort rares) je ne dirai pas d'après la méthode antiseptique, ce qui serait pourtant plus indispensable dans les pays chauds que partout ailleurs, mais même d'après la méthode du plus arriéré des chirurgiens de 1830. N'avoir pas à sa disposition de quoi faire un cataplasme pour soigner un phlegmon ! On s'associe pleinement au désespoir qu'a dû éprouver le malheureux confrère à qui ce fait est arrivé.

largeur, vient de donner une plus grande facilité encore à ces écoulements. Il s'agit donc tout simplement d'appliquer à un dernier quart l'écoulement direct auquel sont soumis déjà la majeure partie des trois premiers quarts. Et comme chaque litre de vidange, tout venant, dose 97 pour 100 d'eau, soit 3 pour 100 seulement de matières organiques et minérales sur 1000 kilogrammes ou 1 mètre cube d'eau d'égout, on n'ajoute que 1/4000 de matières nouvelles. Frankland a d'ailleurs montré qu'il n'y avait pas une différence très tranchée entre la composition des eaux d'égout des villes anglaises, qui envoient tout à l'égout, et celles des villes qui ont encore des fosses fixes. Il faut donc admettre, avec M. de Freycinet, que les liquides d'égout, même chargés de matières fécales fraîches, sans arrêt, sans fermentation, n'ont par eux-mêmes aucune odeur susceptible d'incommoder les ouvriers et les habitants, quand ils sont, bien entendu, étendus de la quantité d'eau considérée comme le contingent obligé des villes modernes, soit, au minimum, 100 litres (1) par habitant et par jour. Il admet ainsi qu'il est sans danger de ventiler largement les égouts, on n'a qu'à maintenir les bouches des rues toujours ouvertes, ainsi que les portes d'accès et autres orifices pouvant offrir un libre passage à l'air, en ne les laissant pas parvenir au sein des demeures, mais les laissant échapper sur la voie publique. Le mouvement même du flot liquide transmet l'agitation à l'atmosphère de toute la galerie, maintient ainsi une température modérée, et fournit une quantité d'oxygène qui s'oppose à la fermentation putride; la stagnation de l'air, l'absence de ventilation dans l'égout se traduisent, en effet, par une diminution notable de l'oxygène (13,79 pour 100 suivant Parent-Duchâtelet). Il faut, en un mot, empêcher la stagnation de l'eau, afin de détruire dans leur source même la formation de l'hydrogène sulfuré et des gaz ammoniacaux volatils, il faut mettre incessamment les matières en mouvement, afin que celles-ci n'aient pas le temps de fermenter, et, comme le dit M. le docteur E. Vallin, dans un remarquable article paru dans la *Revue d'hygiène* du 20 octobre, l'égout ne verse dans la rue des gaz méphitiques que lorsque l'air de la rue n'a pu pénétrer librement dans l'égout.

Plus délicate et plus difficile est l'opinion qu'il faudrait pouvoir se faire de la possibilité de la propagation des maladies contagieuses par la vidange à l'égout. Nous venons de voir quel est l'avis formel de la commission sur ce point; on pourrait dire que c'est là un avis médical; est-il aussi hygiénique? Celui des ingénieurs, par contre, est tout différent, nous voulons parler du moins de ceux qui sont partisans du tout à l'égout, et qui rejettent avec raison le système hybride des tinettes-filtres, qui ne sauraient d'ailleurs arrêter les germes contagieux, et sur les multiples inconvénients desquelles nous n'avons nul besoin d'insister.

(1) Le chiffre de 150 litres a été depuis reconnu nécessaire par le Congrès international d'hygiène de Bruxelles en 1876.

Si nous voulions suivre la discussion ouverte à ce sujet, il nous faudrait refaire le procès de cette question éternellement pendante, l'origine fécale de la fièvre typhoïde, et sur laquelle les débats de l'Académie de médecine, en 1877, n'ont pas encore fait la lumière. On trouvera ici même l'exposé de cette discussion; mais nous voulons signaler également une importante revue critique de M. le docteur Zuber, publiée dans le numéro du 20 août de la *Revue d'hygiène*, sur les gaz d'égout et leur influence sur la santé publique. L'auteur, discutant la *sewer-gases theory* des Anglais, y montre très nettement, à l'aide des recherches de Miquel (*Annuaire de l'Observatoire de Montsouris*, 1881), de Werwich (*Virchow's Archiv*, t. LXIX, p. 424) et de Rozsahegyi (*Zeitschrift für Biologie*, 1881, p. 23), que les gaz des égouts ne contiennent pas une quantité de microbes sensiblement différente de celle de l'atmosphère urbaine générale, que d'ailleurs le courant atmosphérique de l'égout est incapable, dans les conditions normales de l'égout, de se charger des microbes infectieux qui peuvent être contenus dans les matières excrémentitielles, et que le courant atmosphérique en question n'a ni la direction variable à chaque instant de la journée, ni l'intensité qui lui ont été attribuées.

M. Brouardel n'a pas manqué de donner, dans son rapport, un brillant exposé des faits susceptibles de démontrer l'origine fécale de la fièvre typhoïde et l'action épidémigène des gaz d'égout, et de relever toutes les observations, assez nombreuses, il est vrai, où le voisinage des égouts a été incriminé dans la production de cette maladie : « Les matières fécales, et sinon exclusivement les matières fécales, ces dernières surtout, dit-il, peuvent constituer un réceptacle où se forme souvent le foyer d'une épidémie de fièvre typhoïde. » Peut-être? Mais, au point de vue de l'hygiène, il faut remarquer que, chaque fois qu'on a suspecté des égouts et des latrines dans la production de la fièvre typhoïde, il s'agissait toujours d'égouts ou de latrines en mauvais état, mal lavés, non ventilés, obstrués, où les matières restaient depuis longtemps en

---

Quant aux instruments de chirurgie, ils laisseraient aussi fortement à désirer. Nous espérons que nos confrères de l'armée, arrivés à Kairouan, ne seront pas obligés de fouiller les maisons pour y trouver, parmi les vieilles armures des compagnons de saint Louis que les Arabes conservent comme trophées précieux, les instruments de chirurgie en usage à l'époque de la dernière croisade.

Nous savons, d'autre part, que tout récemment on a fait aux fabricants d'instruments de chirurgie une commande importante d'instruments pour les hôpitaux militaires, et entre autres de 200 ténotomes; et nous avons même assisté, par hasard, à leur repassage. A quoi vont bien pouvoir servir ces 200 ténotomes dans des hôpitaux d'adultes bien conformés, à une époque où la ténotomie est réservée pour des cas rares de difformités chez des enfants? Et les transfuseurs dont il est question de doter les mêmes hôpitaux? En admettant que les indications de la transfusion soient bien établies, ce qui n'est pas, et que son efficacité et sa nécessité soient bien reconnues, ce qui ne l'est pas davantage, il nous semble que c'est surtout pour remédier aux anémies aiguës qu'on devrait l'employer. Or, chez les soldats, l'anémie aiguë succède aux plaies de guerre qui ont déterminé de grandes hémorrhagies; quel est donc le chirurgien militaire qui, pendant ou après une bataille, trouvera l'opportunité et le temps nécessaire, et aura conservé assez de délicatesse dans les mains, pour pratiquer la minutieuse opération de la transfusion?

Ainsi, de quelque côté qu'on se tourne, hygiène, campement, acclimatement, affections médicales ou chirurgicales des troupes en campagne, médicaments ou instruments de chirurgie, on se trouve en présence d'idées absolument erronées, rétrogrades, sur le rôle de la médecine dans l'armée. Aussi en arrive-t-on forcément à conclure avec M. Lereboullet, qu'il faut réclamer sur tous les tons des réformes dont la nécessité, reconnue depuis longtemps, s'impose de plus en plus. L'autonomie du service de santé militaire est devenue

pleine décomposition, ou bien lorsque les tuyaux s'étaient rompus, soit à l'air, soit dans un puits dont l'eau avait été ingérée; partout la maladie cessa dès que les réparations nécessaires furent faites à ces égouts et latrines et qu'ils furent remis en bon état. N'est-ce donc pas cette situation que les ingénieurs de Paris sollicitent tout d'abord pour les égouts, et ne souscrivent-ils pas dans une juste mesure aux observations présentées par M. Marié-Davy dans son rapport sur les desiderata du régime actuel des égouts?

Et d'ailleurs, quand bien même nos connaissances seraient vraiment précises sur l'ensemencement possible de la maladie dans tout le réseau des égouts d'une grande ville, quand bien même nous serions plus avancés dans l'étude des microbes spéciaux aux diverses affections contagieuses, si quelque jour on parvient à les découvrir, et si les recherches récentes de Klebs (*Archiv für experimentalle pathologie*, 1881, numéro d'avril) et de Brautlecht (*Virchow's Archiv*, 1881, p. 80) ne sont pas infirmées, comme l'ont été déjà celles de Klein, peut-on, dans l'état actuel de la science, conclure sans réserve, ainsi que le fait remarquer M. Durand-Claye, du charbon, maladie d'un caractère tout spécial, infectieux au premier chef, seul germe isolé dans les dernières expériences de M. Pasteur, et de la septicémie, dont les vibrions se détruisent au contact de l'air, peut-on en conclure la prophylaxie des autres maladies plus ou moins contagieuses, que produiraient ces germes morbides, agents de *certaines* maladies, suivant l'expression du rapport? Mais si nous sommes tellement entourés de corpuscules suspects, dangereux, si nos déjections sont si funestes, ne convient-il pas plutôt de les éloigner au plus vite, d'en débarrasser nos logis et nos cabinets d'aisances, et de les placer au milieu d'égouts bien lavés, à parois humides, où les poussières ne peuvent être assez sèches pour être entraînées au dehors par le vent, et où elles sont incessamment balayées. M. Miquel n'a-t-il pas montré depuis longtemps que l'air des égouts renferme bien moins de protoorganismes que l'air de la même rue? « Si la théorie de l'origine fécale de la fièvre typhoïde est vraie, dit Arnould dans son magnifique ouvrage récent, *Nouveaux éléments d'hygiène*, les égouts sont précisément une protection contre l'envahissement des matières excrémentitielles et contre la répétition des épidémies typhoïdes. » MM. Durand-Claye et Brouardel invoquent et combattent à tour de rôle les statistiques de plusieurs grandes villes de l'Europe, où l'écoulement des vidanges à l'égout est pratiqué depuis longtemps; à Londres, la mortalité par fièvre typhoïde a baissé d'une façon à peu près continue depuis 1869, où elle était de 33, jusqu'au chiffre de 23 par 100000 habitants en 1879, baisse coïncidant avec une mortalité générale très satisfaisante, tandis qu'à Paris la moyenne de la mortalité par fièvre typhoïde est de 56. A Bruxelles, elle a considérablement diminué depuis l'exécution des collecteurs et la couverture de la Senne; de même dans plusieurs autres villes citées dans le rapport de M. Durand-Claye.

L'irrigation du sol par les eaux d'égout, telle qu'elle est pratiquée depuis plusieurs années dans la presqu'île de Gennevilliers, présenterait-elle des dangers le jour où les matières fécales seraient toutes et directement projetées à l'égout; en d'autres termes, que peut être la résistance des germes morbides à l'action épuratrice du sol? La commission donne d'abord son adhésion complète et absolue au système d'égouts et d'épuration par le sol proposé par les ingénieurs; elle admet sans restriction que cette manière de procéder soit pratiquée sur une plus large surface. Elle considère, en effet, à la suite du rapport de MM. Schlœsing et Bérard, qu'on ne peut prouver l'insalubrité de ce système, « qui est, jusqu'à présent, le seul dont l'efficacité ait été démontrée, et par les nombreuses et anciennes applications qui en ont été faites, et par l'analyse chimique ». La place nous manque pour étudier cette partie de la question, sur laquelle nos lecteurs ont pu lire à plusieurs reprises de remarquables mémoires et rapports ici même. Qu'il nous suffise de dire qu'aujourd'hui toutes les préventions ont disparu. A Gennevilliers, les terrains irrigués à l'eau d'égout se vendent jusqu'à 11 000 francs l'hectare et se louent non plus 150, mais 350 francs par an; aussi comprend-on que les cultivateurs de ce sol, jadis stérile, aujourd'hui si fertile, aient réclamé et obtenu cette année de la ville de Paris de s'engager à ne pas interrompre les irrigations d'ici à douze ans. C'est avec la plus grande confiance qu'il faut attendre l'extension sur une plus vaste surface de cette irrigation, qui donne de si remarquables résultats partout où elle est pratiquée depuis longtemps. (Voy. à cet égard, comme documents très récents, le Rapport de M. Durand-Claye sur l'état de la question des eaux d'égout en France et à l'étranger, fait à la Société des agriculteurs de France en 1881; la communication de M. le docteur Croydon au Congrès de Londres de 1881 et la discussion qui l'a suivie.)

Cependant la commission repousse de toutes ses forces le déversement des eaux d'égout mélangées de matières excré-

---

absolument indispensable, et sans demander que celui de l'intendance lui soit subordonné, il serait bon du moins qu'ils fussent indépendants l'un de l'autre, vu l'indépendance de leurs attributions.

— Si nos médecins et nos intendants militaires ne vivent pas en bonne intelligence, les médecins et les pharmaciens civils font de même de l'autre côté de l'Atlantique.

Il y a quelque temps un désaccord s'est élevé entre les médecins et les pharmaciens de Washington. L'Association des médecins et le Collège des pharmaciens de ce district se sont plusieurs fois réunis en conférence pour essayer d'arriver à un arrangement, d'après lequel les pharmaciens consentiraient à ne plus faire de prescriptions, et les médecins à ne plus délivrer de médicaments. L'Association médicale a finalement rédigé une circulaire, qu'elle a envoyée à tous les pharmaciens. Le contenu de cette circulaire, expression des sentiments et des désirs de cette société, est, en résumé, le suivant: 1° le pharmacien ne devra pas donner de consultations; 2° une ordonnance avec cette mention « ne pas renouveler » ne devra pas être renouvelée sans que cela soit prescrit; 3° les docteurs ne recommanderont pas les pharmaciens qui ne se conformeront pas à ces règles; 4° l'Association médicale approuve le code de morale professionnelle du Collège de pharmacie; 5° les membres des deux professions se doivent réciproquement indulgence et considération. On n'y dit pas que les médecins cesseront de délivrer les médicaments qu'ils ordonnent.

En réponse à cette circulaire, les pharmaciens ont envoyé une lettre, dans laquelle il est dit en substance que l'Association médicale s'occupait de ce qui ne la regardait pas, en voulant dicter des lois à des gens sur lesquels elle n'a aucune autorité. C'est pourquoi, tout en professant les meilleurs sentiments pour la profession médicale, ils dirigeront leurs affaires comme ils l'entendront.

« Il est bien certain, dit le *New York medical Record*, que

mentitielles; elle semble, il est vrai, avoir été tout particulièrement effrayée par les observations que lui a présentées M. Pasteur : « N'y a-t-il pas lieu d'hésiter, s'est-il écrié, en effet, avant d'envoyer des déjections cholériques dans les égouts, en temps d'épidémie, de façon à les faire circuler dans tous les quartiers, et puis à les répandre sur un champ d'épuration situé à proximité de Paris? » Les ingénieurs répondent en demandant si, pour savoir ce qu'il convient de faire, alors que la pratique de l'épuration par le sol des eaux d'égouts mélangées de matières fécales se pratique sans aucun danger pour la santé publique dans un grand nombre de villes et depuis longtemps, il conviendra d'attendre que la pathogénie des maladies zymotiques, que l'étiologie si controversée de toutes les maladies contagieuses soient établies? Actuellement la ville de Paris pollue les eaux de la Seine sur un parcours qui s'augmente de 10 kilomètres chaque année, suivant les calculs de M. Gérardin; ne faut-il pas s'inspirer du principe formulé dans les termes suivants, dès 1846, par Chevreul : « Reconnaissons pour cause de salubrité tout ce qui tend à limiter dans l'espace le plus étroit l'imprégnation du sol par les matières organiques, et à détruire incessamment ces matières par une combustion lente. » Et M. Bouley ne déclarait-il pas il y a quelques mois, à l'Institut, que même en se plaçant au point de vue des idées de M. Pasteur, « l'application de la méthode d'assainissement proposée par les ingénieurs doit avoir pour résultat de réduire aux plus petites proportions possibles les dangers qui peuvent résulter du mélange des matières des vidanges aux eaux d'égouts, et que le danger de l'ingestion en boisson des eaux polluées par les spores vivaces tenues en suspension dans les eaux d'égouts serait réduit à bien peu de chose si on les concentrait dans quelques millièmes d'hectare, et si l'on ne permettait aux eaux d'égouts de retourner au fleuve qu'avec la pureté des eaux de source, dont elles ont l'aspect et la saveur après l'épuration. »

Si les matières excrémentitielles ne sont pas projetées dans les égouts et ne sont pas utilisées pour fertiliser immédiatement le sol, à l'exemple des fumiers de nos fermes qui, assurément, au point de vue des germes morbigènes, sembleraient même bien plus dangereux, il faut nécessairement les utiliser, soit en les portant au loin dans les champs (Voy. à cet égard un projet de M. Decaux, dans le *Génie civil*, 1881, p. 468), soit en les traitant dans des établissements spéciaux. Un rapport de M. Aimé Girard sur les dépotoirs et les usines qui entourent Paris montre toutes les imperfections au point de vue de la salubrité, des procédés usités dans ces usines; 21 dépotoirs existent dans le département de la Seine, dont 14 sont à l'air libre, 8 avec usine annexée et 2 usines sans dépotoirs. La commission a émis l'avis qu'il faut supprimer absolument tous les dépotoirs à l'air libre, comme toute manipulation en plein air des matières de vidanges, solides ou liquides; on peut lire la longue énumération des conditions et des garanties qu'elle impose aux usines. Déjà M. Bezançon, au nom du Conseil d'hygiène de la Seine, avait insisté sur ce côté de la question. On remarquera que les prescriptions recommandées à toutes ces usines leur ont été notifiées à plusieurs reprises et depuis longtemps; peut-être suffira-t-il pour les obtenir enfin de l'extension donnée au service des établissements classés, extension qui se pratique en ce moment. Nous sommes toutefois bien peu disposés à le croire, quand nous voyons quels intérêts viennent trop souvent en ces matières entraver l'action administrative. Et cependant tous les habitants de Paris savent depuis longtemps à quoi s'en tenir sur l'insalubrité et l'incommodité de ces usines, dont les odeurs se propagent si loin; l'an dernier, M. le docteur Du Mesnil invitait la Société de médecine publique à demander au Conseil d'État leur éloignement à une plus grande distance de la capitale; cette solution se fera longtemps attendre; la vidange à l'aide de l'épuration par le sol permettrait de l'obtenir plus sûrement et plus rapidement, plutôt que de compter sur l'activité des pouvoirs législatifs.

De cette longue étude, trop abrégée encore pour une question de cette importance, que faut-il conclure? Nous sommes en présence de deux systèmes pour l'assainissement de Paris : l'un et l'autre ont pour but de soustraire les détritus, les déjections au contact prolongé de l'atmosphère urbaine; mais le premier, plus rigoureux en apparence, voudrait les y soustraire tout à fait en les recueillant dans des appareils appropriés d'où ils pourraient être extraits, pense-t-on, par un des innombrables procédés mécaniques d'aspiration mettant à l'abri de tout mélange avec l'air ambiant. Nous venons de voir qu'en réalité ce système ne peut être appliqué intégralement, que dans un temps très éloigné, qu'il ne peut être aussi hermétiquement clos qu'on le suppose, qu'il laisse projeter dans l'atmosphère des effluves plus ou moins odorantes, provenant de matières en putréfaction et qu'il obligera nécessairement à conserver tout autour de Paris des foyers d'émanations insalubres et incommodes. C'est le système de la commisison et il porte tout entier la marque de préoccupations

---

l'Association médicale a agi peu sagement. Sans doute les pharmaciens commettent beaucoup d'abus dans la délivrance des médicaments, mais on ne peut rien obtenir de bon par des menaces, surtout lorsque, comme dans ce cas, on ne demande des concessions que d'un seul côté. Les médecins n'ont qu'une arme efficace contre les abus des boutiques, c'est de délivrer eux-mêmes leurs médicaments. Mais nos confrères de Washington font un bien pauvre usage de ce moyen de défense, et ils ont obtenu une rebuffade qui n'est pas imméritée. Les deux parties ne pourront jamais arriver à une entente formelle. Les intérêts personnels et les considérations d'affaires y mettront naturellement toujours obstacle, et empêcheront que les conditions en soient observées. En agissant de concert, les médecins pourraient, à l'occasion, montrer aux pharmaciens qu'il serait plus sage de leur part d'avoir un peu plus d'égards qu'ils n'en ont aujourd'hui, pour les intérêts du docteur, et un peu moins pour la bourse de son client. » L. H. Petit.

La fièvre jaune au Sénégal. — On lit dans une lettre de Saint-Louis, à la date du 8 octobre : « Pas de décès de fièvre jaune depuis le 29 septembre à l'hôpital, et depuis le 5 octobre en ville; pas de nouveaux cas, et bonnes nouvelles de tous les camps avoisinant Saint-Louis. On espère que la commission sanitaire se réunira vers le 20 octobre, pour délibérer sur la levée de la quarantaine; mais tout le monde s'accorde à proclamer qu'à côté de cette mesure il faudra rigoureusement interdire la ville de Saint-Louis à tout homme de troupe ou marin. »

Prix. — La question suivante est mise au concours par l'Académie de médecine de Belgique : « Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme aux points de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. » Les concurrents devront utiliser les données fournies par l'anatomie pathologique et par les expertises médico-légales, et apprécier la limite qui sépare l'ivresse de la folie, ainsi que la responsabilité de l'ivrogne dans les actes dont il est l'auteur. Les mémoires devront être adressés au plus tard le 15 février 1883. Le prix est d'une valeur de 1500 francs.

résultant des découvertes récentes sur l'étiologie microbienne des maladies infectieuses. Mais il se trouve aussi que la conséquence directe d'un tel système, fût-il mis dans un état parfait de service, est la restriction de l'emploi de l'eau dans la partie des logements où elle est la plus nécessaire, surtout dans les grandes villes. L'autre système, celui des ingénieurs de la ville, comporte : l'évacuation immédiate, par l'intermédiaire de l'eau, de toutes les matières hors de la maison; l'entraînement rapide et continu, sans aucune stagnation, dans la masse des eaux d'égout; la filtration et l'épuration par le sol; ses conséquences sont : la suppression des fosses, la suppression des tuyaux d'évent, la suppression de la vidange, la suppression des usines de matières fécales dans la banlieue. Puis, tenant compte également des découvertes modernes sur les maladies contagieuses, aussi bactériophobe que le premier, pourrait-on dire, il croit qu'il importe de se débarrasser au plus vite d'un ennemi, de l'éloigner immédiatement plutôt que de le conserver précieusement dans une sorte de boîte miasmatique, infecte, toujours prête à s'ouvrir, et qu'il faut avant tout combattre la malpropreté intérieure des maisons, cette cause d'insalubrité et d'odeurs dont la commission ministérielle paraît n'avoir pas trop tenu compte dans son enquête.

Mais d'enquête, nous ne voyons pas trace, il est vrai; ces fameuses odeurs de Paris, qui sont réelles, nous le reconnaissons, constantes, nous le faisons remarquer, et non accidentelles, n'aurait-on pas pu se demander quelle avait été leur influence sur la santé publique, pour reconnaître plus explicitement la nature du danger auquel on avait affaire, si danger il y avait? La commission dit bien quelque part que Paris s'est trouvé l'été dernier dans des conditions climatériques inusitées; au Conseil d'hygiène tout au moins, M. Alphand et M. Bezançon ont montré que Paris avait eu à subir une influence anormale et persistante des vents du nord et de nord-est, coïncidant avec les chaleurs et les temps orageux d'août et de septembre, apportant ainsi sur la capitale des couches d'air qui ordinairement à la même époque, en sont, au contraire, détournées par les vents d'ouest ou de sud-ouest. Mais ces conditions climatériques sont plus fréquentes qu'on ne croit à Paris et les habitants des quartiers situés au nord et à l'est savent parfaitement à quoi s'en tenir; comme les membres de la commission qui ont visité les égouts, ils ne peuvent ignorer en effet que les odeurs qu'ils ressentent pendant les deux tiers de l'année et qui les obligent à tenir leurs fenêtres fermées, ne viennent pas des égouts dont les bouches et les regards ne leur amènent aucune trace d'infection, mais bien des usines de la banlieue parisienne. On ne peut donc que regretter que la commission, composée d'autorités scientifiques aussi éminentes, n'ait pas tenté une étude sur l'influence précise des odeurs dont se plaignait avec une nouvelle énergie la population parisienne, sur la mortalité des habitants pendant cette époque, sur la pathogénie des affections qu'avaient pu produire les divers facteurs dont se composaient les émanations infectes, etc., etc., et qu'elle n'ait pas conclu, afin d'éclairer plus complètement dans l'avenir un si délicat problème, à l'organisation de postes d'observation analogues à ceux que M. le docteur Worms déclarait au Congrès international d'hygiène de Bruxelles, dès 1876, devoir être prochainement créés à Paris pour l'étude de l'influence du voisinage des cimetières sur la santé publique. C'eût été un commencement de réalisation de cette organisation de l'hygiène publique, telle qu'elle fonctionne dans les villes où les médecins et les ingénieurs sont d'accord pour projeter toutes les impuretés à l'égout, les éloigner rapidement de la cité pour les confier à l'action épuratrice du sol et doter les maisons et les rues d'une abondante provision d'eau, pour le plus grand profit de la santé et de la salubrité.

L'objectif capital de l'hygiène n'est-il pas, en effet, comme le dit Arnould, la protection de l'atmosphère urbaine? Aussi, sans vouloir traiter la question par son côté économique, tout en faveur d'ailleurs du système de la projection complète des détritus à l'égout et de leur utilisation agricole, la ville de Paris n'hésitera pas à se placer dans cette question au point de vue de l'hygiène, science d'applications, également éloignée des conceptions hasardées comme des suggestions trop timorées, et elle ne craindra pas, en appropriant ses égouts à ce système et étendant ses champs d'irrigation, d'imiter complètement l'exemple donné déjà par Edimbourg, Milan, Valence, depuis plus d'un siècle, par 68 villes anglaises depuis plusieurs années, à Berlin, à Dantzig, à Breslau, aux portes mêmes de Paris, à Gennevilliers, en même temps qu'elle se conformera au sens manifeste des délibérations des Congrès internationaux d'hygiène de 1852, 1876, 1878 et 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anthropologie.

Étude anthropologique sur un nouveau cas de nanisme, par M. le docteur E. Magitot, secrétaire général adjoint de la Société d'anthropologie de Paris.

Dans une récente séance de l'Académie de médecine (11 octobre 1881) M. le baron Larrey a mis sous les yeux de l'assemblée un nain du sexe masculin qui a paru exciter un certain intérêt.

C'est ce même personnage dont nous avons entrepris l'étude à l'occasion de la présentation que nous en avons faite à notre tour devant la Société d'anthropologie de Paris dans sa séance de jeudi dernier.

Les recueils scientifiques renferment, comme on sait, un grand nombre de faits de nanisme, aussi bien dans l'antiquité que de nos jours. La mode des nains de cour ne date pas seulement du dix-huitième siècle, et déjà les empereurs romains admettaient des monstres de cette sorte dans leur intimité. Domitien réussit même, dit-on, à en rassembler un assez grand nombre pour former une troupe de gladiateurs (voy. dans Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, *Anomalies de l'organisation*, 1832, t. I, p. 144). Héliogabale, Marc-Antoine et Auguste en possédaient également. L'un d'eux, mentionné par Suétone (liv. II, 42), ne pesait, dit-on, que 17 livres. Un autre nain, nommé Conopas, attaché à la personne de Julie, petite-fille d'Auguste, n'avait que 2 pieds et quelques lignes, mesure de France (Pline, *Histoire naturelle*, liv. VII, chap. XVI).

Dans les temps plus récents on retrouve des exemples fréquents de nains. On sait que Catherine de Médicis avait cherché à en réunir un certain nombre des deux sexes, entre lesquels elle s'efforçait de former des mariages qui furent d'ailleurs toujours stériles.

Mais l'un des nains les plus célèbres fut celui de la reine Henriette, femme de Charles I[er]. Il ne mesurait à l'âge de huit ans que 18 pouces anglais et à trente ans 3 pieds 9 pouces. Il eut une existence très mouvementée, devint capitaine dans l'armée royale en 1644, et joua même un rôle politique.

Un autre nain, non moins célèbre, fut celui qui est connu dans l'histoire sous le nom de *Bébé* et dont Isidore Geoffroy Saint-Hilaire raconte complaisamment la biographie. Il

n'avait à sa naissance que 7 à 8 pouces de long et pesait moins d'une livre. Son intelligence, à l'inverse de celle du précédent, ne se développa jamais et quand il mourut à l'âge de vingt-deux ans sa taille était de 33 pouces. Le détail intéressant à l'égard de ce dernier, c'est qu'il fut scientifiquement observé et décrit dans deux mémoires de Geoffroy et de Morand et que son squelette a été conservé dans les collections du Muséum d'histoire naturelle de Paris.

Sans insister sur ces détails historiques, qui nous conduiraient trop loin si nous voulions rappeler tous les exemples de nains relatés dans les chroniques ou dans les ouvrages scientifiques, nous dirons seulement quelques mots sur des faits récemment observés et étudiés avec plus de rigueur.

On se rappelle, par exemple, les deux nains qui ont été exhibés en France à deux reprises successives en 1850 et en 1875 sous le nom d'*Aztèques*.

Etudiés par Broca et M. Topinard (*Bull. de la Soc. d'anthropol.*, 1875, p. 36), ils ont fourni à M. Hamy l'occasion de réflexions fort intéressantes (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 1875, p. 39). Ces savants anthropologistes n'hésitaient pas, en effet, à classer tout d'abord les deux Aztèques dans la catégorie des microcéphales et non parmi les nains proprement dits. Adoptant en effet les conclusions d'un travail de M. Montanié (*Etude anatomique du crâne chez les microcéphales*, Paris, 1874, in-8, p. 44), M. Hamy divise les microcéphales en deux classes qui sont :

1° Celle qui comprend les *microcéphales vrais*, c'est-à-dire ceux qui avec une taille à peu près normale offrent une réduction considérable de la tête, le front fuyant et une saillie très marquée du nez : tel est l'exemple bien connu sous le nom de l'*idiot de Bicêtre*, tel est aussi l'*idiot d'Amsterdam*. M. Parrot en a présenté un également à la Société d'anthropologie (*Bull. Soc. d'anthropol.*, 1881, p. 173), et nous en avons observé un autre encore qui fut présenté en 1880 au congrès de Lisbonne (*Comptes rendus du congrès de Lisbonne*, 1880. Présentation de M. le docteur Féjao). Le caractère essentiel de ces individus est un degré plus ou moins accusé d'idiotie véritable : parole rudimentaire ou incohérente. Absence complète de certaines facultés, etc.

2° Le second groupe comprend les *demi-microcéphales*, c'est-à-dire ceux chez lesquels la microcéphalie s'accompagne de nanisme : tel aurait été le cas des deux Aztèques américains.

Nous dirons plus loin pour quelles raisons nous nous refusons à admettre, pour le nouveau personnage dont il s'agit, la qualification de microcéphale ou d'idiot, tandis que nous le regardons comme un véritable fait de nanisme général, c'est-à-dire d'arrêt de développement portant sur l'ensemble de l'organisme.

Quoi qu'il en soit, voici quelques résultats de l'étude des antécédents et de l'examen physique du nain actuel.

Edouard P..., aujourd'hui âgé de quatorze ans, — âge constaté d'après son extrait de naissance, — est l'un des plus petits nains qui aient été observés, car il ne mesure que 93 centimètres.

Il est né, le 11 novembre 1867, aux environs d'Angoulême, et son père ainsi que sa mère, bien conformés, avaient l'un et l'autre vingt-sept ans au moment de sa naissance. Il est le troisième enfant de la famille : l'un de ses frères, aujourd'hui âgé de dix-sept ans, est tout à fait normal; son autre frère, mort dans les premiers jours de sa naissance, était également de taille normale, et, aussi loin qu'on peut remonter dans les antécédents de la famille, on ne retrouve aucun fait d'anomalie quelconque.

Pendant la grossesse de la mère, on a noté un fait qui a été souvent invoqué dans l'explication des difformités congénitales. Il s'agit d'une peur très vive qu'elle éprouva pendant le cours du cinquième mois. C'est en tout cas à cet incident que la famille rattache la monstruosité de l'enfant.

Au moment de sa naissance, il était d'un si petit volume qu'il put être enveloppé dans un mouchoir de poche; toutefois il ne fut ni mesuré ni pesé. On le confia aux soins d'une nourrice, et sa première enfance ne présenta rien de particulier, si ce n'est une chute qui produisit une luxation incomplète du genou droit en dehors, luxation non réduite et qui explique la claudication dont il reste aujourd'hui atteint.

A l'égard de la forme extérieure, Edouard P... est en général bien proportionné, et l'on peut dire qu'il y a à peu près équilibre entre les différentes parties du corps. Toutefois la hauteur de sa tête, comparée à la taille totale donne, suivant le *canon* des statuaires, à la hauteur de la taille 6 têtes ou 6 têtes 1/2, tandis que la proportion normale pour un enfant bien conformé du même âge, serait de 5 têtes à 5 têtes 1/2.

Une autre disproportion se remarque, c'est le volume extraordinaire du nez et la saillie du milieu de la face et de l'intermaxillaire, sans aucune trace de bec de lièvre toutefois. Son nez mesure en effet 4cm,5 de longueur totale et 2 centimètres de largeur à la base. Cette particularité serait de nature à rapprocher, au premier abord, Edouard P... des microcéphales chez lesquels a été observée d'une façon presque constante cette saillie extrême du nez avec retrait proportionnel de la mâchoire inférieure; mais chez notre nain actuel on retrouve dans ses antécédents l'exemple d'un oncle paternel qui aurait présenté un nez de même forme et de même volume que celui d'Edouard, de sorte que, dans sa famille, l'enfant est regardé comme ayant hérité de cette disposition d'une manière complète. Si l'on accepte cette interprétation, ce serait là un simple fait d'atavisme.

La coloration de la peau chez notre nain est assez foncée, mais sans dépasser la teinte ordinaire des enfants de la campagne. La chevelure est châtain foncé, abondante et lisse et nullement comparable à la *tête en vadrouille* qui était le caractère des Aztèques. Or, on sait que ces derniers étaient, suivant Broca, des Zambos, c'est-à-dire des individus issus d'un métissage d'Indien et de nègre, et que cette forme de chevelure est propre à certaines races de Négritos, les Cafusos, par exemple. La pupille est également foncée chez Edouard P..., et l'œil dans son ensemble est normal morphologiquement : la paupière supérieure est plus longue dans l'arc qu'elle décrit que la paupière inférieure, disposition qui est de règle dans la race blanche, et l'on sait que la relation inverse s'était rencontrée chez les Aztèques, ce qui, suivant MM. Hamy et Duhousset (*Bull. de la Soc. d'anthropol.*, 1875, p. 45), caractériserait l'*œil américain*.

Les membres, les mains et les pieds sont de proportions assez régulières. Cependant le pied est plat, et quant à la main elle présente un faible développement de l'éminence thénar, ce qui est un fait presque constant chez les microcéphales.

Il n'y a de poils ni aux aisselles ni au pubis.

Les différentes mensurations que nous avons faites ont donné les résultats suivants :

Le poids actuel d'Edouard P... est de 9 kilogrammes.

Mensuration du corps.

Taille	93	centimètres.
Hauteur du trou auditif au-dessus du sol.	87	—
— de l'acromion	75	—
— de l'épicondyle	56	—
— de l'apophyse styloïde du radius.	44	—
— du médius	33	—
— de l'ombilic	57	—
— du pubis	45	—
— de l'épine iliaque antérieure	51	—
— du genou	27	—
— de la malléole externe (pied plat).	2	—
Largeur des épaules en arrière (dos un peu voûté)	20	—
— des épaules en avant	15	—

Mensuration de la tête.

Diamètre antéro-postérieur maximum du crâne	14	centimètres.
— iniaque	14,5	—
— transverse maximum	12	—
— bi-auriculaire	10	—
— bi-temporal	10	—
Circonférence horizontale du crâne	39	—
Courbe iniaque	35	—
Hauteur de la face	14	—
Diamètre bi-zygomatique	9	—
— bi-malaire	7	—
— maximum vertical de la tête	14	—

La longueur du petit doigt relativement à l'annulaire est telle que son extrémité n'atteint pas tout à fait le niveau de la dernière articulation phalangienne comme cela a lieu chez un individu normal. Les anthropologistes ont accordé une grande importance à ce fait de raccourcissement du petit doigt qui, réduit à la moitié de l'annulaire, devient un caractère simien. Les Aztèques américains étaient dans ce cas.

A propos de la main, notons toutefois chez Edouard P. l'absence des plis palmaires propres au chimpanzé et à l'orang.

Les membres inférieurs chez notre nain n'offrent rien de particulier, si ce n'est une absence complète de mollet. La jambe est grêle, et l'enfant est très agile et assez adroit malgré sa claudication.

Les organes génitaux sont normaux : les testicules sont descendus et ont à peu près le volume d'une olive, le droit est plus élevé que le gauche; la verge est celle d'un enfant de dix ans, sans hypospadias.

État de la dentition. — Edouard P... est pourvu actuellement de quinze dents qui se décomposent en *sept* dents temporaires et en *huit* dents permanentes d'où les deux formules :

Formule temporaire: Inc. $\frac{0-0}{0-0}$ can. $\frac{1-1}{1-0}$ mol. $\frac{1-1}{1-1}$ $= 7$

Form. perman. : Inc. $\frac{1-0}{0-0}$ can. $\frac{0-0}{0-1}$ prém. $\frac{1-0}{0-0}$ mol. $\frac{1-1}{2-1}$ $= 8$

Total........... 15

Cette formule est celle d'un enfant de sept à huit ans, et répond à la période de transition ordinaire à cet âge, entre les dents caduques et les définitives. La dentition chez Edouard P... est donc très en retard et si, à l'exemple de Richard Owen, qui tenta de déterminer l'âge d'un microcéphale par l'état des dents, nous voulions fixer par là celui de notre nain, on voit à quelle erreur nous serions conduit, puisque le sujet a réellement quatorze ans. Toutefois, les dents sont entièrement dépourvues de carie et les dents de lait qu'il a perdues au nombre de cinq ou six, d'après le récit des parents, étaient également saines. Notons encore que celles qui sont en place sont pour la plupart difformes, atrophiées, ce qui permet de dire que la dentition est frappée à la fois de troubles dans l'éruption et d'anomalies morphologiques.

Nous terminerons cette étude par quelques considérations sur l'état mental et psychique de cet enfant. Or, on sait que la plupart des nains sont idiots, ce qui n'a pas peu contribué à les classer dans la catégorie des microcéphales. Il en est cependant qui ont manifesté une certaine intelligence et même quelques talents. Edouard P... est, on peut le dire, doué d'une moyenne intelligence qui rappelle à peu près celle d'un enfant d'une dizaine d'années. Il sait un peu lire et écrire, ce qu'on ne lui a appris du reste que tout récemment; il a une grande mémoire et a retenu le nom de tous les chefs-lieux des départements de France. Il chante diverses romances de son pays : sa voix est forte bien que notablement nasonnée. Quand il n'est pas intimidé, il répond très lucidement à toutes les questions qu'on lui pose et son esprit ne présente auc une de ces lacunes, aucune de ces aberrations de parole qui s'observent chez les véritables idiots microcéphales. On sait, en effet, que ces derniers n'ont souvent à leur disposition que des mots inarticulés ou même de simples cris qu'ils prononcent à tout propos. Si plusieurs d'entre eux ont pu apprendre par cœur quelque nom ou quelque chanson, cela ne prouve rien de plus que ce que peut apprendre un perroquet. Edouard P... ne présente aucune de ces défectuosités profondes de l'intelligence et son état psychique peut être assimilé à celui d'un enfant plus jeune que lui assurément, mais d'un enfant ordinaire.

Ces remarques nous conduisent à considérer le cas d'Edouard P... comme un fait de nanisme pur et simple sans microcéphalie proprement dite et sans idiotie. Nous avons vu, en effet, plus haut que le volume de la tête comparé à la taille n'est pas sensiblement inférieur aux proportions normales, tandis que l'inverse est le fait constant chez les microcéphales ordinaires.

Nous pensons donc que, d'une manière générale, il convient de différencier les *nains* des *microcéphales*, les premiers comprenant la classe des anomalies par réduction totale de toutes les parties du corps avec persistance des fonctions et des facultés plus ou moins diminuées, et la seconde représentant les cas bien déterminés d'arrêt primitif ou préalable de développement cérébral sans conservation des rapports normaux avec les autres parties du corps.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

SUR UN NOUVEL ALCALOÏDE DES QUINQUINAS. Note de M. *Arnaud*. — MM. Willm et Caventou ont obtenu, par oxydation de la cinchonine par le permanganate de potassium, l'hydrocinchonine, ne différant de la cinchonine que par 2 atomes d'hydrogène en plus. C'est également la composition du nouvel alcaloïde qui fait l'objet de la présente note. La nouvelle base diffère complètement, par ses propriétés physiques et chimiques, de l'hydrocinchonine : l'auteur propose de l'appeler *cinchonamine*, rappelant ainsi ses rapports de composition avec la cinchonine et avec la quinamine.

La cinchonamine est insoluble dans l'eau froide; elle cristallise en prismes incolores, brillants et anhydres de sa solution alcoolique bouillante, en fines aiguilles de sa solution éthérée chaude ou par évaporation spontanée. 1 partie se dissout dans 100 parties d'éther (densité 0,720) à 17 degrés. A la même température, 1 partie se dissout dans 31,6 d'alcool à 90 degrés. Elle fond au-dessous de 195 degrés, se solidifie par refroidissement en une masse transparente amorphe. En solution alcoolique, elle ramène au bleu le tournesol rouge. Elle est dextrogyre dans l'alcool à 93 degrés $[\alpha]_D = +117°,9$. Les sels en solution sont précipités par la potasse, l'ammoniaque. Elle neutralise parfaitement les acides en formant des sels peu solubles en général. Enfin elle est légèrement amère. Les sels en solution acide ne sont pas fluorescents.

SUR LA CAUSE DE L'IMMUNITÉ DES ADULTES DE L'ESPÈCE BOVINE CONTRE LE CHARBON SYMPTOMATIQUE OU BACTÉRIEN, DANS LES LOCALITÉS OU CETTE MALADIE EST FRÉQUENTE. Note de MM. *Arloing*, *Cornevin* et *Thomas*. — Les auteurs supposent que la plupart des jeunes animaux qui vivent dans un milieu infecté s'inoculent spontanément avec des doses très diverses de virus; ceux qui s'inoculent une dose forte contractent une maladie mortelle, tandis que ceux qui s'inocu-

lent une dose minime contractent une maladie bénigne, avortée, suffisante toutefois pour leur conférer une immunité d'abord légère, mais susceptible d'être renforcée par des inoculations, si bien que, lorsqu'ils sont arrivés à l'âge adulte, après avoir traversé mille dangers, ils possèdent une immunité plus ou moins grande, proportionnelle à l'imprégnation virulente qu'ils auront éprouvée, et parfois absolue.

Pour soumettre cette interprétation au contrôle de l'expérimentation directe, ils ont expérimenté sur les animaux suivants : 1° une vache âgée de dix ans, dont le propriétaire en quatorze ans a perdu treize jeunes bêtes du charbon symptomatique. Cet animal est le seul survivant de tous ceux qui sont nés chez son propriétaire dans ce laps de temps; 2° une vache âgée de neuf ans, née et élevée dans une étable infectée par le charbon; 3° une autre vache âgée de neuf ans, qu'on alla chercher à 4 kilomètres de Gray (Haute-Saône), dans la ferme de Chamois, où le charbon symptomatique ne s'est pas montré depuis au moins dix-huit ans.

Au mois de juillet dernier, ces trois animaux furent inoculés dans le tissu cellulaire avec la même dose de virus extrait d'une tumeur charbonneuse. Conformément aux prévisions, les deux adultes choisis dans les étables infectées sortirent de l'épreuve sains et saufs, tandis que la vache de Gray succomba cinquante et une heures après l'inoculation, avec tous les signes du charbon bactérien.

En septembre, les vaches des étables infectées furent inoculées une seconde fois comparativement avec un jeune bouvillon de six mois; elles supportèrent également bien cette deuxième épreuve; au contraire, le bouvillon mourut.

— M. *Bouley* fait observer, après cette présentation, que les influences héréditaires pourraient bien avoir une part dans le développement de cette immunité de race et de lieux que possèdent les animaux dans les localités où sévissent des épizooties.

— M. *Pasteur*, de son côté, fait remarquer qu'on aurait tort de croire à une loi générale, sur l'aptitude plus grande des jeunes animaux à recevoir les contagions. Cela est vrai souvent, mais il y a des exceptions. Il en cite un exemple. Il fit couver des œufs de poules *vaccinées pour le choléra*, et il essaya ensuite de provoquer la maladie sur les poussins, à l'aide de repas infectieux, c'est-à-dire de repas de viandes de poules mortes du choléra. Cette méthode réussit souvent à faire mourir les poules adultes. Les petits poussins résistèrent, et l'on aurait pu croire qu'ils avaient hérité de l'immunité de leurs parents. Toutefois, avant de se prononcer sur ce point (qui est vrai peut-être), il fallait répéter la même épreuve sur des poussins de même âge, nés d'œufs de poules non vaccinées. Or, ces derniers poussins résistèrent, comme les précédents, aux repas infectieux.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse à l'Académie le tome X du *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique en France* et lui transmet la formule d'un remède proposé contre la rage.

M. le directeur de l'Assistance publique envoie : les relevés de répartition des fonds de l'exercice 1881 pour le service des secours à domicile et le compte rendu de l'administration générale de son administration pour l'année 1877.

M. *Oulmont* présente une brochure de M. le docteur Taberlet intitulée : *Évian, ses eaux minérales et leur valeur thérapeutique.*

M. *Panas* offre, au nom de M. le docteur Motais (d'Angers), un mémoire sur *le traitement chirurgical du strabisme.*

M. *Lancereaux* fait hommage du 2e fascicule du tome II de son *Traité d'anatomie pathologique*, et présente au nom de M. le docteur Rousseau un Rapport sur les épidémies dans l'arrondissement de Vouziers en 1880. (*Commission des épidémies.*)

M. *Léon Colin* dépose : 1° de la part de M. le docteur G. Drouineau (de La Rochelle) un mémoire intitulé : *Des conditions sanitaires des ouvriers des grands chantiers*; 2° au nom de M. le docteur Laveran, une troisième Note relative aux éléments parasitaires trouvés dans le sang des malades atteints d'impaludisme. (Renvoi à l'examen de M. Laboulbène.)

M. *Chatin* présente, de la part de M. Dupuy (de Cognac) une brochure portant le titre de : *Notices biographiques sur les médaillons de la nouvelle École supérieure de pharmacie de Paris.*

Déclaration de vacances. — Sur la proposition du Conseil et après l'avis conforme de l'Académie, M. le Président déclare des vacances : 1° dans la première section (anatomie et physiologie) en remplacement de M. Armand Moreau; 2° dans la seconde section (pathologie médicale) en remplacement de M. Maurice Raynaud; 3° parmi les membres associés libres, en remplacement de M. Littré.

Ablation des polypes fibreux utérins. — A la précédente séance, M. Guéniot avait préconisé l'emploi du serre-nœud pour pratiquer l'ablation des polypes fibro-utérins, au moins dans le plus grand nombre des cas, comme étant le procédé le plus sûr, le plus simple et le plus susceptible d'une application très étendue. Quatre chirurgiens ont successivement occupé la tribune, dont trois ont manifesté leur préférence pour d'autres instruments; il importe donc de savoir quels sont les motifs que chacun d'eux a invoqués pour expliquer cette divergence sur une question d'un intérêt considérable pour les praticiens.

Tout d'abord, M. *Léon Labbé* abandonne toute opération lente, à temps successifs, ayant pour but la destruction d'une production morbide par gangrène ou par suppuration, car la chirurgie actuelle doit avant tout se préoccuper d'éviter les accidents infectieux. La méthode de Levret, la ligature élastique, il les rejette pour ces motifs. Quant à l'excision, il lui reproche d'ouvrir parfois des vaisseaux importants et d'exposer à des hémorrhagies; il accepterait dans certains cas l'excision combinée avec la cautérisation ponctuée; l'écraseur linéaire, il n'en reconnaît l'utilité que lorsque le pédicule de la tumeur est parfaitement accessible et facilement abordable; et de plus, lorsqu'on a affaire à ces polypes volumineux, qui s'insèrent largement sur le fond même de l'utérus et peuvent déterminer un renversement plus ou moins complet de l'organe, on s'expose, avec ce dernier instrument, comme cela est arrivé plusieurs fois, à perforer l'utérus lui-même et à voir sortir les intestins par le fond. Pour ces gros myômes le serre-nœud serait plutôt applicable, mais M. Labbé lui préfère de beaucoup l'anse galvanocaustique, qui permet toujours de savoir exactement où l'on agit et de produire une section nette et absolument sèche, pour peu qu'on la manie avec précaution et au degré de température voulu. A ce sujet, il montre les fragments d'un volumineux polype que les conditions particulièrement difficiles d'introduction à travers un vagin étroit l'obligèrent à morceler. Il estime qu'aucun instrument n'est préférable, bien qu'on ne puisse se le procurer partout, quand il s'agit de cas difficiles, et l'on ne sait pas toujours si quelque difficulté ne va pas se présenter; il recommande en terminant l'emploi si commode du spéculum de Sims pour faciliter l'opération, ainsi que la rigoureuse application de toutes les précautions de la méthode antiseptique.

Quant à M. *Verneuil*, il tient à défendre l'écraseur linéaire des reproches qui lui ont été adressés, et il commence par demander à M. Labbé de vouloir bien lui indiquer les cas plus ou moins nombreux, d'après celui-ci, dans lesquels cet instrument aurait ouvert le fond de l'utérus; car, pour son compte, il ne connaît que celui qui a été rapporté il y a quelques années à la Société de chirurgie par M. Tillaux; et d'ailleurs les cas de renversement complet de l'utérus par suite de la présence d'un polype sont rares et exceptionnels. Quelque partisan qu'il se soit montré avec Broca de l'anse galvanocaustique dès la première heure, quelque brillants résultats que la diérèse non sanglante ainsi obtenue donne entre les mains de certains chirurgiens, il estime que la difficulté de se procurer cet instrument, excepté dans cinq ou six grandes villes, l'oblige à ne le point recommander à ceux

qu'il est chargé d'enseigner. L'anse galvanocaustique est du reste plus difficile à manier que l'écraseur ; son action est moins efficace et elle ne met pas plus souvent à l'abri des accidents hémorrhagiques et infectieux ; il faut donc lui conserver la préférence, au moins pour opérer les fibromes utérins pédiculés. M. Guéniot a avancé qu'on a quelquefois une certaine difficulté à introduire la chaîne de l'écraseur, ce qui rend alors l'emploi du serre-nœud plus aisé ; mais M. Desprès (de Saint-Quentin) n'a-t-il pas montré qu'en articulant les deux pièces de l'instrument, cette difficulté était facilement vaincue ? M. Verneuil prend soin d'ailleurs de fixer sur la chaîne un petit fil de fer pour assurer sa rigidité et introduit directement le polype dans l'instrument. L'écraseur, a-t-on ajouté, attire les tissus en bas, très légèrement d'ailleurs; mais n'agit-il pas d'une façon presque automatique et ne permet-il pas de sentir à la main constamment son degré d'écrasement, au lieu d'agir en aveugle comme avec l'anse galvanocaustique ? M. Verneuil en conclut qu'avec les perfectionnements qu'il vient d'indiquer, cet instrument est d'une introduction aisée dans la majorité des cas, que son action est des plus efficaces et qu'il n'offre pas plus de dangers que tous les autres.

M. *Gosselin* élimine d'abord du débat l'importante particularité de la communicatien de M. Guéniot, en ce qui concerne l'intervention chirurgicale pendant l'état de grossesse, ainsi que les polypes volumineux qui remplissent la cavité vaginale et nécessitent le morcellement pour leur ablation, comme l'a montré M. Labbé. Or, pour le traitement des petits polypes qui font saillie dans le vagin, il ne faut pas exagérer, comme l'a fait M. Guéniot, les avantages du serre-nœud de Maisonneuve, ou du galvanocautère vanté par M. Labbé, ou enfin de l'écraseur linéaire préconisé par M. Verneuil; tous ces instruments sont excellents, pourvu qu'ils soient bien maniés; mais quant à lui, il préfère encore l'excision avec les ciseaux. Sur 50 opérations de polypes ainsi pratiquées, il n'a vu qu'une fois se produire une hémorrhagie qui a été facilement arrêtée par le tamponnement et il ne faut pas oublier que les pertes sanguines qu'ont les femmes atteintes de polypes viennent, non pas du polype lui-même, mais de la muqueuse utérine congestionnée. Ce sont les accidents septiques qu'il faut surtout éviter ; bien qu'aujourd'hui l'on possède des moyens précieux pour obtenir ce résultat, il n'est pas inutile d'employer le procédé qui donne des surfaces moins contuses. Quant à l'inconvénient de la traction signalé par M. Labbé, la pince de Museux y obvie en immobilisant le polype et tendant un peu le pédicule. C'est de cette façon et avec ces précautions qu'il ne faut pas craindre de faire l'opération.

Sans vouloir discuter les avantages et les inconvénients des diverses méthodes opératoires et des instruments différents qu'on a proposés, M. *Trélat* déclare partager l'opinion de M. Gosselin et reconnaître que chacune de ces méthodes a ses indications et ses contre-indications, chacun de ces instruments des facultés spéciales, applicables à des circonstances déterminées. La difficulté est surtout dans la nécessité de faire préalablement un diagnostic exact, de se rendre compte du siège précis, du volume, du point d'implantation de la tumeur. Les petites tumeurs peuvent s'enlever également bien de toutes les façons ; pour les tumeurs moyennes, l'excision avec les ciseaux a ses avantages; mais sans parler des tumeurs volumineuses qu'on ne peut enlever qu'en les morcelant, les difficultés deviennent grandes lorsqu'on se trouve en présence de ces tumeurs à développement lent, n'ayant pas encore franchi l'orifice utérin et nécessitant une intervention prompte, parce qu'elles mettent la vie de la malade en danger par les hémorrhagies et les sécrétions qu'elles entraînent, ainsi que par le développement même de l'organe. Le pédicule de ces tumeurs est d'un accès très difficile, il est très large et renferme quelquefois de gros vaisseaux volumineux ; la paroi utérine est très amincie en certains points et il en résulte ces inversions qui défient la constriction. La difficulté n'est donc pas instrumentale ; avec les ressources actuelles de notre outillage opératoire, l'écraseur, le galvanocautère, la section sera prompte et exsangue ; l'anesthésie et même, s'il est nécessaire, l'abaissement utérin, les moyens antiseptiques seront des ressources précieuses; ce qui est difficile, ce qui demande de l'expérience, de la lecture, de l'observation clinique, c'est le diagnostic rigoureux, préalablement à toute interprétation de tous ces éléments. M. Trélat se résume en disant que, dans la chirurgie des corps fibreux intra-utérins revêtant la forme polypeuse, tous les procédés ont leurs indications ; la difficulté est avant tout dans le diagnostic.

La question s'est élargie, fait remarquer M. *Tillaux;* car dans la communication de M. Guéniot il ne s'agissait que de polypes pédiculés ayant franchi le col utérin et non de tumeurs fibreuses intra-utérines; il faut faire des premiers deux catégories, suivant qu'ils s'implantent sur le fond de l'utérus ou sur l'une des parois près du col. Dans le premier cas, le développement de la tumeur peut renverser le fond de l'utérus en cul-de-bouteille, si bien qu'il n'y a plus de ligne de démarcation et que l'utérus lui-même forme le pédicule ; les tissus paraissent sans solution de continuité. C'est là une variété très importante qui nécessite un procédé opératoire spécial, car, pour ce qui est des polypes s'insérant au voisinage du col, peu importent les moyens, l'écraseur paraît cependant préférable. Mais lorsque la tumeur s'implante au fond, la chaîne de l'écraseur, dont il s'est servi une fois, l'a conduit tout droit, déclare M. Tillaux, à perforer l'organe, et tout récemment encore pareil accident a failli lui arriver; il ne faut donc, en pareil cas, ne se servir d'aucune chaîne : lorsqu'on a ainsi reconnu qu'on ne sent pas l'orifice du col, que l'utérus forme le pédicule, il faut alors couper devant soi avec les ciseaux ou le bistouri. De plus, il est important de ne jamais endormir le malade, car la sensibilité qu'on lui laisse éclaire le chirurgien ; le corps fibreux est insensible, et à partir du moment où le malade accusera de la souffrance, c'est qu'on est sur la muqueuse utérine, il faudra donc sectionner en deçà.

Inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse. — On se rappelle qu'à la suite de la communication de M. *Bouley* sur l'efficacité de l'inoculation préventive dans la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, M. *Leblanc* s'étant déclaré l'adversaire de cette méthode, M. Bouley lui avait ensuite répliqué, puis M. *Jules Guérin* était intervenu à un point de vue plus général et en partageant d'ailleurs l'opposition de M. Leblanc. Celui-ci s'empresse de réfuter les critiques que lui avait adressées M. Bouley en déclarant tout d'abord que, pour lui, tout fait d'observation prouvant l'efficacité de l'inoculation est un fait tout aussi positif que le résultat d'une expérience de laboratoire. Aussi, à l'assertion de M. Bouley que la contagion seule est capable de déterminer une telle maladie, M. Leblanc objecte-t-il qu'il est cependant des cas où l'on peut nettement en prouver la spontanéité et il en cite plusieurs. Faut-il admettre, par exemple, que le typhus des bêtes bovines dans les steppes de l'Asie n'y puisse se produire que par contagion et non comme une maladie virulente spontanée, alors que depuis 1872 les cadavres de milliers d'animaux ayant succombé à cette même affection sont enfouis dans quarante de nos départements, et que depuis dix ans aucun cas de contagion ne s'est manifesté chez les animaux ayant pâturé sur les fosses? Il est plus conforme à l'observation de reconnaître qu'une maladie virulente peut naître dans des conditions déterminées sous l'influence de conditions climatériques et hygiéniques déterminées. Peut-on plus aisément admettre l'existence d'un virus volatil, comme on voudrait le faire croire par l'expérience de Chauveau, dans laquelle deux animaux respirant à travers un long

tube commun ont contracté la maladie de l'animal malade à l'animal sain? Est-ce que celui qui les soigne n'a pu être un agent de contagion directe par ses vêtements ou ses mains; les sécrétions n'ont-elles pas pu faire du tube lui-même un moyen de transmission? M. Bouley ayant dû convenir que l'inoculation du sérum pulmonaire ne provoquait pas le développement d'une maladie analogue à la péripneumonie, mais ayant refusé toute importance en pareil cas à la lésion anatomique pour n'en accorder qu'au microbe de cette affection, M. Leblanc fait remarquer qu'il est essentiellement positif qu'en introduisant sous la peau du sérum pulmonaire on ne produit qu'un effet nul, et alors l'immunité n'est pas conférée, ou l'on ne détermine qu'une inflammation suraiguë, qui ne représente jamais les symptômes de la maladie. Il est nombre de cas où c'est la première de ces hypothèses qui se réalise, même sur des animaux très bien inoculés. M. Leblanc constate ensuite qu'il n'est pas discutable que la durée de la préservation n'excède pas six mois et quant aux expériences de réinoculations, elles sont pour le moins douteuses sinon défavorables à la doctrine de l'immunité due à une première inoculation; elles sont à refaire et chez des animaux privés de leur appendice caudal. Il termine, en conséquence, en regrettant que dans la loi récemment promulguée l'obligation de l'inoculation ait été inscrite au dernier moment, comme de guerre lasse, alors que les pouvoirs spéciaux étaient loin de la réclamer et malgré des oppositions autorisées; la statistique hollandaise, invoquée par M. Bouley, ne lui paraît que médiocrement favorable, car si la mortalité a diminué sur le gros bétail dans ce pays, c'est aussi parce que d'autres mesures que l'inoculation ont été prescrites, telles que la prohibition de l'importation et l'abatage de tous les sujets même suspects; on ne saurait, en France, prendre une mesure aussi fâcheuse pour l'alimentation publique que la prohibition, et les exemples des pays étrangers montrent qu'il suffit d'appliquer les règlements sanitaires en limitant strictement les cas d'indemnité pour arriver au même résultat que par l'inoculation; les sommes que cette pratique coûtera seraient plus utilement dépensées pour l'organisation de notre service des épizooties, si insuffisant, et d'ailleurs pour juger de la valeur complète de l'inoculation, de l'aveu même de M. Bouley, les expériences de 1850 doivent être renouvelées avec plus de méthode.

Bactéries de la lèpre. — Les bactéries de la lèpre, découvertes par Hansen, ont déjà été cultivées et inoculées à des animaux par M. Neisser, par MM. Hillairet et Gaucher. On connaît bien aujourd'hui les tubercules lépreux de la peau et des muqueuses, caractérisés par de grandes cellules remplies de petites bactéries; M. le docteur *Cornil*, qui a déjà publié des observations de lèpre recueillies à Grenade, donne lecture d'une note dans laquelle il s'efforce de rechercher le siège des bactéries et les lésions des organes dans cette maladie. Après avoir donné des détails histologiques très précis, déjà indiqués dans ses précédentes communications sur le même sujet à la Société de biologie et à la Société médicale des hôpitaux, il établit, à l'aide de préparations et de dessins qu'il fait passer sous les yeux de l'Académie, les faits suivants : 1° les tubercules et l'infiltration lépreuse, sont caractérisés par de grandes cellules en nombre colossal qui infiltrent le tissu malade et qui sont remplies de bactéries fines; lorsque l'infiltration atteint un organe parenchymateux, mou comme le foie ou possédant des cavités naturelles comme le testicule, les bactéries y deviennent volumineuses; dans ces tissus presque mortifiés qui s'ulcèrent lorsqu'ils siègent à la peau ou sur une muqueuse, la circulation sanguine est peu active ou nulle et les vaisseaux capillaires sont remplis d'infarctus bactéridiens; 2° dans la plupart des tissus fibreux, les bactéries poussent de longs filaments dans les interstices des fibres, les cellules fines du tissu fibreux étant peu altérées ou normales, mais il en résulte souvent une sclérose, un épaississement de ces tissus fibreux. La lèpre, maladie qui paraît causée par les bactéries et dans laquelle elles jouent un rôle essentiel, est assurément l'un des meilleurs exemples qu'on puisse choisir pour se convaincre de leur importance et pour étudier leur siège, leur mode de développement et les lésions déterminées par elles. — Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Hardy, Th. Roussel et Laboulbène.

En raison de la fête de la Toussaint, la prochaine séance de l'Académie est remise au jeudi 3 novembre.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

M. *Tillaux* présente un jeune homme qui, en 1879, a subi au Canada l'ablation d'un sarcome du maxillaire inférieur. Il y eut récidive, et le malade vint à Paris pour se faire opérer de nouveau. M. Tillaux le reçut dans son service à l'hôpital Beaujon. Le sarcome occupait la région parotidienne droite. La branche droite du maxillaire inférieur fut enlevée en totalité; toute la parotide fut réséquée; ligature de l'artère carotide externe; guérison complète en quatre mois.

Ce qui est remarquable, c'est que ce jeune homme mange aussi bien qu'avant l'opération, avec un seul côté de mâchoire; il est inutile de mettre un appareil prothétique, parce que la déformation est peu apparente. Le nerf facial a été conservé.

— M. *le Président* annonce la mort de M. Houel, ancien président de la Société de chirurgie, et lève la séance en signe de deuil.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Décès de M. Houel. — Sur un nouveau parasite des poissons : M. Mégnin. — Retentissement de lésions expérimentales des reins sur le cœur : M. Strauss. — Subordination du système nerveux à l'estomac : M. Leven. — Lésions de l'oreille interne et de l'oreille moyenne à la suite de l'élongation du pneumogastrique : MM. Gellé et Wiet. — Pemphigus des chevaux : M. Gibier (de Savigny).

M. *le Président* annonce la perte que vient de faire la Société dans la personne de M. Houel, professeur agrégé de la Faculté de médecine, conservateur du musée Dupuytren, membre de la Société, qu'il avait plusieurs fois présidée, et donne la parole à M. Dumontpallier, secrétaire général, pour la lecture de l'allocution qu'il a prononcée sur sa tombe.

— Mme *Skrothzoff* présente une thèse sur *la Surdité des mots dans l'aphasie*, pour le concours du prix Godard.

— M. *Mégnin* a étudié un parasite qu'on rencontre chez les poissons des étangs de la Bresse, où il détermine quelquefois de véritables épidémies. C'est un ver cestoïde de la famille des bathriocéphalés, présentant de chaque côté et disposés parallèlement deux organes vasculaires sous forme de tubes, qui communiquent ensemble par des anastomoses transversales. On a longtemps discuté sur les fonctions de ces organes, les uns en faisant des organes respiratoires, d'autres des organes circulatoires; aujourd'hui on tend à les considérer comme des appareils excréteurs.

— M. *Strauss* a institué une série d'expériences sur les cobayes pour étudier le retentissement des affections du rein sur le cœur. Depuis Bright, le fait clinique de l'hypertrophie du ventricule gauche dans les inflammations chroniques des reins est resté indiscutable, mais la physiologie pathologique a varié. Par exemple, Sutton fait dépendre l'hypertrophie

cardiaque non seulement de la lésion rénale, mais encore de la lésion scléreuse des petits vaisseaux de toute l'économie. Debove et Letulle, dans un travail récent, admettent la concomitance des lésions du cœur et du rein. Pour se faire une opinion, M. Strauss, à l'exemple de plusieurs expérimentateurs, a songé à déterminer des néphrites expérimentales, et comme il est impossible de priver un animal de ses deux reins, à cause du développement d'accidents urémiques qui emportent l'animal en expérience, il n'a agi que sur un rein, laissant à l'autre son fonctionnement normal. A cet effet, il a pris vingt cobayes, et au lieu d'aller à la recherche du rein par la voie lombaire, suivant le procédé ordinaire, il a fait la gastrotomie avec les précautions de l'antiseptie la plus rigoureuse, et a pu ainsi aisément faire la ligature d'un uretère. Aucun des animaux n'a succombé. Après trois mois, l'autopsie des cobayes a révélé chez tous les faits suivants : distension de l'uretère et du bassinet, atrophie du rein réduit à une sorte de coque du côté de la ligature; hypertrophie du rein du côté sain; hypertrophie du cœur, bien sensible surtout à la pesée, car en prenant la moyenne du poids des cœurs des cobayes mis en expérience et celle du poids des cœurs d'un même nombre de cobayes indemnes, on trouve que, tandis que ce poids moyen est de 2gr,75 pour la première série, il n'est que de 2gr,10 pour la seconde. Le myocarde, examiné au microscope, était absolument sain. On peut donc tirer de ces expériences la conclusion que l'hypertrophie du cœur est subordonnée à la lésion rénale.

M. Strauss cite deux faits cliniques dans lesquels un cancer du col de l'utérus, ayant comprimé inégalement les deux uretères, le cœur a été trouvé hypertrophié; chez une de ces malades, le cœur pesait 380 grammes, chez l'autre il pesait 360 grammes.

M. *Quinquaud* a observé un malade ayant reçu une balle qui était venue se loger dans un des reins. Pendant les premiers temps qui suivirent l'accident, le malade ne présentait absolument rien du côté du cœur; au bout de deux ans, il se plaignit de palpitations et à ce moment on constata une hypertrophie du cœur manifeste; quatre ans après, le malade succomba, ayant quelque temps avant sa mort présenté une hémiplégie légère. A l'autopsie, le rein blessé fut trouvé atrophié et le siége d'un petit foyer caséeux, le cœur était augmenté de volume. L'examen au microscope montra des lésions scléreuses du myocarde, les petites artères étaient aussi en voie de sclérose, il y avait de la péricardite et de la pleurésie sèches : soumettant différents organes (cerveau, poumon, muscle) à l'analyse chimique, on trouva que leurs tissus étaient imprégnés d'une grande quantité de matières extractives. La tendance à la sclérose de tous les organes doit être mise sur le compte de l'irritation du tissu conjonctif par les matériaux extractifs retenus dans le sang à cause de l'élimination incomplète de l'urine. On doit donc, à côté de l'action mécanique qui subordonne l'hypertrophie du cœur à la lésion rénale, faire intervenir l'action dyscrasique.

M. *Laborde* fait remarquer que le cobaye étant réfractaire au processus scléreux, c'est peut-être pour cela qu'aucune lésion de sclérose n'a été trouvée du côté du myocarde. Il serait bon de reprendre ces expériences sur le chien.

— M. *Leven* communique à la Société un nouveau fait confirmant les idées qu'il a souvent émises sur les relations de cause à effet qui existent entre les maladies de l'estomac et des troubles nombreux et variés du système nerveux, tels que syncope, convulsions, contractures, etc. M. Leven prétend qu'avant lui aucun auteur n'a parlé de cette relation. Tissot seul, au siècle dernier, en aurait fait mention : une foule de désordres nerveux sont mis sur le compte d'une névrose, qui en réalité sont déterminés par une affection de l'estomac. Aujourd'hui, dit M. Leven, il n'y a plus d'estomac, tout dépend du système nerveux, tandis que, si l'on observe bien, le cerveau ne doit être que le serviteur de l'estomac. C'est cette réhabilitation de l'estomac que M. Leven a entreprise et qu'il espère mener à bonne fin en s'appuyant sur les faits cliniques.

M. *Olivier* demande à M. Leven la pathogénie de ses troubles nerveux dépendant de la lésion stomacale.

M. *Leven* élude la réponse, il se contente de dire que les faits nombreux qu'il a observés ne lui semblent pas douteux, il continuera ses observations et fera un jour une histoire complète de la subordination du cerveau à l'estomac.

— MM. *Gellé* et *Wiet* présentent des pièces provenant de lapins sur lesquels ils ont pratiqué l'élongation des deux pneumogastriques. Ces pièces sont les différentes parties de l'oreille moyenne et de l'oreille interne des animaux mis en expérience; elles présentent des altérations considérables qui ne peuvent s'expliquer que par un réflexe dont la voie centripète est constituée par les nerfs vagues, le centre par le bulbe et la voie centrifuge par les filets sympathiques.

L'élongation sur l'un de ces lapins a été pratiquée le 14 novembre; le 19 l'animal fut sacrifié. Du côté gauche la bulle ouverte laisse voir à travers le tympan transparent une plaque rouge ecchymotique sur la partie inférieure du conduit auditif osseux. Un caillot rutilant remplit le méat et déborde, on le voit encore à travers la transparence du tympan; la bulle est saine et libre; le pavillon vascularisé. A droite la bulle ouverte est pleine de pus blanc crémeux (examen histologique fait); le tympan perforé ramolli, opaque laisse sortir le pus dans le conduit auditif externe. On constate une rougeur générale du liquide de cotugno et les membranes de l'oreille interne sont vascularisées, mais non suppurées. Le pavillon est injecté.

Le bulbe est injecté, on remarque une légère hémorrhagie au-dessous du noyau du pneumogastrique droit, c'est-à-dire du côté où les troubles de l'oreille présentent une intensité considérable.

— M. *Gibier* (de Savigny) a depuis la dernière séance observé des bulles de pemphigus sur deux chevaux de l'entrepôt de la Villette, que MM. Bouley père et fils lui ont montrés. L'examen du liquide de ces bulles ne lui a pas montré de bactéries. L'auteur continue ses recherches et il cite un grand nombre d'animaux qui sont atteints d'affection pemphigoïde susceptible de devenir parfois épidémique.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Deux nouveaux révulsifs : M. C. Paul. — Pulvérisations d'iodoforme : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *C. Paul* désire appeler l'attention de la Société sur deux nouveaux révulsifs qu'il a employés depuis un certain temps avec succès. Le premier est nouveau seulement par le mode d'application, car son action révulsive a été signalée et mise à profit depuis longtemps; il s'agit de l'essence de térébenthine. Il suffit d'en imbiber une compresse de flanelle que l'on applique sur la peau, et que l'on recouvre d'un tissu imperméable; la gutta-percha ne pourrait être utilisée dans ce cas, car elle est dissoute par l'essence de térébenthine. Le malade éprouve tout d'abord, au niveau du petit appareil, une sensation de fraîcheur très marquée, et l'on peut constater, en effet, que la température locale s'abaisse d'un degré et plus. Puis il perçoit bientôt une impression de chaleur progressivement croissante, et qui devient rapidement pénible : le thermomètre s'élève, en effet, d'un demi-degré environ au-dessus de la température locale primitive. Au bout d'une demi-heure, la sensation de brûlure devient, la plupart du temps, intolérable, et il faut retirer le pansement. On trouve au-dessous la peau légèrement tuméfiée, rouge,

surmontée parfois de bulles plus ou moins larges, surtout si le révulsif a été appliqué sur des téguments œdématiés. Ce révulsif a donné d'excellents résultats dans de nombreux cas de dermalgie, de myosalgie, lumbago, pleurodynie, etc. M. C. Paul l'a également employé avec succès contre la sciatique, et il l'a reconnu bien supérieur au thapsia pour combattre les bronchites avec poussées congestives. Il l'a vu également, dans plusieurs cas d'asystolie grave, agir d'une façon au moins aussi énergique que le marteau de Mayor.

Le second révulsif produit une action moins rapide et s'adresse plus directement aux affections chroniques. C'est le chanvre goudronné employé pour le calfatage des navires anglais; on peut le préparer soi-même en enduisant de goudron de Norvège, sur leurs deux faces, des étouppes disposées en couche mince. On applique cette sorte d'emplâtre sur la peau, au niveau du point malade, et on le laisse en place cinq ou six jours; son action, quoique plus lente, est tout analogue à celle de la compresse imbibée d'essence de térébenthine. M. C. Paul l'a tout d'abord employé chez une malade condamnée au repos presque absolu par suite des progrès d'un rhumatisme noueux déjà ancien; une notable amélioration ne tarda pas à se produire, et la malade put bientôt marcher sans trop de difficulté. Dans plusieurs autres cas analogues, le succès a été le même. Ce procédé est précieux pour la guérison de l'hydarthrose, lorsque le malade ne peut garder le repos absolu nécessité par l'emploi du vésicatoire; il rend également d'utiles services dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique et de ces arthrites subaiguës qui ont une tendance à devenir fongueuses. On peut également l'employer pour combattre les manifestations de la goutte atonique.

M. *Féréol* fait remarquer que l'essence de térébenthine, ainsi que l'a dit M. C. Paul, a été préconisée depuis longtemps comme révulsif. Pour lui, il l'a employée contre la péritonite sous-ombilicale et en a parfois retiré d'excellents effets. Il applique l'essence sur l'abdomen avec un pinceau, puis recouvre la région d'une mince feuille de ouate et d'un taffetas gommé. Les malades ressentent ordinairement, après quelques minutes, une douleur vive qui se calme au bout de trois quarts d'heure environ : on peut laisser le pansement en place, car son action ne dépasse jamais le but que l'on veut atteindre, et il ne se forme aucune phlyctène.

M. *Dumontpallier* rappelle que Trousseau employait l'essence de térébenthine comme révulsif dans l'ataxie locomotrice. On appliquait le long du rachis du malade une bande de flanelle imbibée d'essence, on la recouvrait d'un linge sec, et on la repassait avec un fer chaud.

M. *Blondeau* a prescrit, il y a six ans, pour une douleur persistante de l'épaule droite, l'enveloppement avec une flanelle imbibée d'essence et recouverte d'un taffetas gommé. Le malade, désireux de guérir, garda trop longtemps l'appareil, et l'on trouva, en l'enlevant, une vésication complète de toute la région.

—M. *Dujardin-Beaumetz* fait usage, depuis quelque temps, d'un nouveau mode d'emploi de l'iodoforme pour la cure des ulcérations de mauvaise nature et du vaginisme. Ce procédé consiste à pulvériser sur les parties malades une solution d'iodoforme dans l'éther; le titre de cette solution doit être assez faible, car on déterminerait une irritation trop vive des tissus; la meilleure formule est la suivante : 1 gramme d'iodoforme pour 100 grammes d'éther sulfurique. On obtient, par la pulvérisation, un dépôt ténu, régulier d'iodoforme, jusque dans les parties les plus anfractueuses; c'est ainsi que l'on peut atteindre avec facilité des ulcérations du fond de la gorge, difficilement accessibles par la plupart des procédés ordinaires. La guérison d'un certain nombre de malades atteintes de vaginisme s'explique par l'action du topique sur les petites ulcérations vulvaires, qui déterminaient, dans ce cas, les phénomènes de spasme douloureux rebelle à tout autre moyen de traitement. Chez un grand nombre d'autres malades, dont le vaginisme dépendait de causes toutes différentes, les pulvérisations d'iodoforme sont restées sans résultat. On peut également retirer de grands avantages de ce procédé pour le traitement de la vaginite.

M. *Féréol* rappelle que Lailler avait proposé antérieurement la dissolution d'iodoforme dans l'éther pour le traitement des ulcérations chancreuses.

M. *Catillon* fait observer qu'on pourrait employer l'iodoforme dissous dans le collodion, ce qui permettrait une action plus longue du topique ainsi maintenu sur l'ulcération, et ce qui supprimerait les inconvénients de l'odeur désagréable et *révélatrice* de l'iodoforme.

M. *Dujardin Beaumetz* pense qu'il serait possible de faire disparaître l'odeur et de rendre le dépôt d'iodoforme plus adhérent aux parties, en ajoutant de l'huile à la solution éthérée qu'il emploie en pulvérisations. On sait, en effet, que, d'après Martineau, l'huile atténue très-notablement l'odeur repoussante de l'iodoforme.

M. *C. Paul* a réussi à guérir un cas de vaginisme très intense par la dilatation forcée de la vulve au moyen du spéculum quadrivalve.

M. *Dujardin-Beaumetz* a observé plusieurs cas analogues, mais la guérison ne s'est pas toujours maintenue. Plusieurs malades sont, par la suite, devenues enceintes; mais, chez la plupart d'entre elles, le vaginisme s'est montré de nouveau pendant la grossesse; il a persisté dans quelques cas; dans les autres, il a disparu définitivement après l'accouchement, qui constitue un véritable mode de dilatation forcée.

M. *Dumontpallier* fait observer que la dilatation ne peut amener la guérison du vaginisme que s'il dépend de fissures ou d'ulcérations : c'est ainsi qu'elle agit dans le cas de fissure à l'anus. Elle échouera fatalement lorsque le vaginisme sera sous la dépendance d'une autre cause.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

BIBLIOGRAPHIE

Altérations du tissu osseux chez les hémiplégiques, note communiquée à la Société des hôpitaux par M. le docteur Debove.

Trois cas de fracture observés chez des hémiplégiques et du côté paralysé ont suggéré à M. Debove l'idée d'examiner au microscope la structure des os dans les membres frappés de paralysie. Il a pu constater d'abord une diminution marquée dans le poids de l'os comparé à son congénère du côté sain. Cette différence varie de 25 à 35 grammes. Le canal médullaire est plus large; le tissu osseux de la diaphyse moins compact en apparence, surtout quand on examine la partie interne qui prend l'aspect du tissu spongieux. Sur des rondelles osseuses usées sur la pierre ponce, on constate à l'œil nu une surface criblée de trous, dus à la dilatation des canaux de Havers qui atteignent le double ou le triple de leur calibre normal. C'est au voisinage de la moelle que cet état criblé est le plus marqué. L'analyse chimique montre en même temps une augmentation de matières grasses qui entrent dans la composition de l'os.

Ces diverses altérations, particulièrement observées sur l'humérus, existent également sur les différents os du côté paralysé. Elles sont d'autant plus réelles que la paralysie est plus ancienne.

Des observations recueillies dans le service de chirurgie de M. le docteur Gillette, chirurgien de Bicêtre, montrent

que cet état des os n'apporte aucune gêne, aucun retard dans le travail de consolidation des fractures : Malgaigne en avait déjà fait la remarque; mais il n'avait pas fait la distinction nécessaire entre les hémiplégiques et les malades atteints de paralysies tabétiques.

M. Debove a soin de rapporter dans sa communication que, en 1864, M. Bouchard avait signalé incidemment la diminution, l'amincissement du tissu compact dans la diaphyse des os chez une femme atteinte de ramollissement cérébral. Il est probable que le fait est constant chez les hémiplégiques. De nouvelles observations montreront à quelle époque de la paralysie survient cette altération évidemment connexe aux transformations graisseuses qu'on observe dans les tissus des membres paralysés.

VARIÉTÉS

Art dentaire. — On nous communique un *projet de pétition au Sénat et à la Chambre des députés au sujet de la loi de réglementation de la profession dentaire en France, préparée par le gouvernement*. Cette pétition, émanée du *Cercle dentaire des dentistes de Paris*, lue en assemblée générale, sera discutée, et les termes en seront arrêtés dans une discussion ultérieure. Nous les ferons connaître quand viendra le moment opportun de revenir sur une question trop souvent et trop longuement traitée dans la *Gazette hebdomadaire* pour qu'il y eût lieu de nous y arrêter encore aujourd'hui.

Programme des cours de la Faculté de médecine (année scolaire 1881-1882).

(Suite. — Voyez le numéro 41.)

Histoire de la médecine et de la chirurgie : M. Laboulbène. — Histoire des maladies populaires de la France. Biographie médicale. Le mardi, le jeudi et le samedi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Opérations et appareils : M. Léon Le Fort. — Thérapeutique des maladies chirurgicales, des articulations, des artères et des veines, de la tête et du cou. Le mardi, le jeudi et le samedi, à quatre heures.

Histologie : M. Robin. — Les tissus et les systèmes anatomiques, leurs modifications accidentelles. Le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures.

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit à dix heures du matin. M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours, de huit à dix heures du matin. M. Hardy, à la Charité, tous les jours, de huit à dix heures du matin. M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Clinique des maladies des enfants : M. Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Cliniques des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Cliniques chirurgicales : M. Gosselin, à la Charité, tous les jours, de huit à dix heures du matin. M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit à dix heures du matin. M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours, de huit à dix heures du matin. M. Trélat, à l'hôpital Necker, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Clinique d'accouchements : M. Depaul, à la Clinique d'accouchements et de gynécologie, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Conférences de médecine légale pratique : M. Brouardel, à la Morgue, tous les mardis, à quatre heures.

Anatomie : Cours du chef des travaux anatomiques : M. Farabeuf. — Le mardi, le mercredi et le samedi, à trois heures et demie (Ecole pratique, rue Vauquelin).

Conférences de physique : M. Ch. Gay. — Le mardi, le mercredi et le samedi, à trois heures et demie (Ecole pratique, rue Vauquelin).

Nous donnerons vendredi prochain la liste des *Cours auxiliaires* et des *Conférences.*

Mission scientifique. — Notre distingué confrère M. le docteur Pozzi vient de partir pour Tunis, chargé par M. le ministre de l'instruction publique d'y entreprendre des recherches d'anthropologie.

Association néerlandaise pour l'avancement des sciences médicales. — L'Association a fait paraître en 1865 un *Atlas de la mortalité dans les Pays-Bas.* Elle vient d'achever et de publier, avec le concours de la Société qui dirige le journal *Nederlandsch tijdschritt voor Geneeskunde*, une seconde édition de cet Atlas, dont les tables ont été calculées d'après la mortalité dans les années 1860-1875. Un certain nombre d'exemplaires est mis en vente au prix de 2 florins (4 fr. 20 c.). Ceux qui désireraient en posséder un peuvent se le procurer, soit par voie de librairie, soit en envoyant au soussigné secrétaire un bon sur la poste de 2 florins, dans lequel cas l'envoi aura lieu franc de port.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques le vendredi 4 novembre, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure (salle Saint-Jean).

Hôpital des Enfants malades. — *Chirurgie des enfants : orthopédie.* — M. le docteur de Saint-Germain recommencera ses conférences cliniques le jeudi 3 novembre, et les continuera les jeudis suivants.

— Le docteur Jules Simon commencera son cours de thérapeutique le mercredi 9 novembre, à neuf heures, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure. Consultation clinique le samedi.

Mortalité a Paris (42e semaine, du vendredi 14 au jeudi 20 octobre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 920, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 10. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 44. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 13. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 39. — Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 39. — Bronchite aiguë, 16. — Pneumonie, 41. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 46; au sein et mixte, 25; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; de l'appareil circulatoire, 60; de l'appareil respiratoire, 66; de l'appareil digestif, 34; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 22. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 42e semaine. — L'état favorable de la santé publique se maintient; il semble même progresser, puisque nous avons cette semaine 81 décès de moins (920 au lieu de 1001). Pourtant l'étude attentive des causes de cet amoindrissement ne permet pas d'espérer qu'il soit bien durable : il porte, en effet, sur quelques maladies dites saisonnières (maladies locales des voies respiratoires, circulatoires et des organes digestifs), et il est probable qu'il suivra les conditions météorologiques qui l'ont fait naître.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 3 novembre 1881.

ABLATION DES MYOMES DE L'UTÉRUS. — EXTIRPATION DES CANCERS DE LA LANGUE ET DU PLANCHER BUCCAL.

Ablation des myomes de l'utérus.

ERRATUM. — Au commencement de la note insérée dans le dernier numéro, sur l'ablation des myomes utérins (p. 685), il s'est glissé plusieurs fautes typographiques que le lecteur aura rectifiées de lui-même; mais à la seconde colonne il en est une que nous devons relever : ce n'est pas *trente* opérations de sa pratique qu'a rappelées M. Gosselin, mais bien *cinquante*, ainsi qu'il est dit d'ailleurs à notre compte rendu de l'Académie.

Extirpation des cancers de la langue et du plancher buccal.

I

Une récente discussion de la Société de chirurgie montre qu'on est maintenant unanime sur les indications générales de l'intervention dans les cas de cancer de la langue et du plancher buccal. Ne point perdre un temps précieux par l'emploi continué du chlorate de potasse et de l'iodure de potassium; agir au plus tôt; enlever très largement non seulement la tumeur et les ganglions engorgés ou suspects, mais les tissus intermédiaires où rampent les lymphatiques qui de la tumeur se rendent aux ganglions. Ce fut la conclusion d'un discours de M. Verneuil, et ses collègues n'y ont point contredit.

L'extirpation par les voies naturelles ne conviendrait donc qu'à un nombre fort restreint de cas, tout au plus, lorsque, non loin de la pointe linguale, se trouve une plaque récente, peu étendue, bien limitée; on l'enlève alors à travers l'orifice buccal avec le bistouri, les ciseaux courbes, le thermocautère, l'écraseur, l'anse galvanique. L'opération doit être faite en plein tissu sain, le plus loin possible des tissus dégénérés. Que de fois cependant la récidive rapide vient prouver qu'il était déjà trop tard pour ce genre d'extirpation! Malgré leur apparente intégrité les lymphatiques étaient atteints.

Le plus souvent donc il faut se créer une voie artificielle pour arriver sur les tissus malades et les enlever entièrement; la méthode de Regnoli modifiée par Billroth, et la

FEUILLETON

L'Exposition d'électricité.

L'EXPOSITION — SES VISITEURS — LES CONFÉRENCES — LES APPAREILS D'ÉLECTRO-THÉRAPIE — LE CONGRÈS DES ÉLECTRICIENS.

L'Exposition d'électricité est une manifestation scientifique dont le succès a dépassé les prévisions les plus favorables. Personne ne s'en étonnerait aujourd'hui, parce que chaque jour il est facile d'assister à ce spectacle, unique jusqu'à présent, d'une démonstration grandiose, dans un palais comme laboratoire, des applications les plus techniques ou les plus générales d'une partie de la physique dont la découverte est en quelque sorte l'œuvre de nos contemporains. En effet, il semble permis de dire, à titre de comparaison, que nos connaissances sur l'électricité se sont multipliées d'année en année, non pas en simple progression arithmétique, mais qu'elles se sont accrues, suivant une loi analogue à l'accélération due à la pesanteur, c'est-à-dire proportionnellement aux carrés des temps.

Quel que soit notre désir d'exprimer une satisfaction bien légitime à laquelle participent tous les « amis de la science », comme on disait déjà du temps de Galvani et de Volta, nous ne voulons pas insister sur l'intérêt que présentent les applications industrielles ou cosmopolitaines de l'électricité; des publications techniques, de nombreux articles de vulgarisation sont à la disposition de tous et la reproduction en serait inutile. Nous ne saurions cependant nous dispenser de signaler ce mouvement si spécial d'intérêt aux « choses de science » qui entraîne vers l'Exposition un public des plus variés dans une pensée commune, celle de profiter d'une occasion exceptionnelle d'éducation scientifique ou technique.

Et, en effet, publications, conférences, journaux officiels ou

méthode décrite par Sédillot, mais que Roux a le premier pratiquée, répondent à ces indications. Certes nous n'ignorons pas leur gravité ; d'après une statistique qui n'est pas très ancienne, la première donnerait 25 pour 100 de mortalité rapide et la seconde 50! Or, les précautions antiseptiques, à elles seules, ne suffiront pas pour modifier ces chiffres désastreux, car on sait la difficulté d'application et l'efficacité douteuse des nouveaux pansements dans les plaies de la cavité buccale. Que faire cependant? Il faut bien se résoudre à tenter ces cruelles opérations si l'on ne veut pas abandonner les malades aux fatals progrès de leur tumeur cancéreuse.

Malgré la médiocrité des résultats obtenus, les chirurgiens nous paraissent d'accord pour tenter l'opération. Comme, sans cela, la mort prompte est certaine, — « tout cancer ulcéré de la langue meurt dans l'année, » disait Denonvilliers ; — comme cette mort survient au milieu de complications redoutables, douleurs intenses, hémorrhagies, asphyxie, inanition ; comme enfin on ne peut révoquer en doute la réalité de quelques succès — MM. Verneuil et Trélat en ont cité de remarquables, — on intervient.

II

Deux méthodes, avons-nous dit, permettent l'extirpation large; celle de Regnoli-Billroth et celle de Roux-Sédillot. Chacune d'ailleurs présente une foule de procédés; tout chirurgien pratique ou enseigne quelque modification particulière, une manœuvre différente, une instrumentation spéciale qu'il faut connaître, car elles ont souvent leur utilité, mais dont la description n'a pas de place dans cet article.

Chacune de ces méthodes a ses indications particulières. La première est de beaucoup la plus employée; elle permet l'ablation facile dans la plupart des cas. On sait en quoi elle consiste. On fait, dans la région sus-hyoïdienne, une incision qui, depuis Cloquet en 1827, Regnoli et Giamettei, a subi bien des modifications. Celle que l'on adopte le plus communément a été préconisée par Billroth : elle divise les téguments par une section parallèle au maxillaire inférieur et inscrite dans l'arc que forme cet os.

Cette incision, qui va d'un angle de la mâchoire à l'autre, met à nu la région sous-maxillaire, sa glande et ses ganglions. On peut les explorer de l'œil et du doigt, extirper tout ce qui est malade ou suspect; on peut même pratiquer la ligature des linguales pour éviter l'hémorrhagie lors de la section de la langue. Il faut d'ailleurs avancer avec prudence dans cette région très vasculaire, et nous ne saurions trop recommander la manœuvre préconisée par M. Verneuil ; il charge sur l'aiguille de Deschamps tous les vaisseaux qui se rendent aux ganglions, ou passent au milieu d'eux, puis les sectionne entre deux ligatures. L'artère faciale, le tronc veineux facio-lingual, la jugulaire externe sont étreintes l'une après l'autre et l'on va pas à pas avec la plus extrême sécurité. D'ailleurs pas n'est besoin de se presser. Le malade est endormi et, comme la muqueuse du plancher buccal est encore respectée, le sang ne saurait pénétrer dans le pharynx et provoquer l'asphyxie.

Lorsqu'on a bien nettoyé la région sous-maxillaire, lorsque les ganglions, les tissus suspects ont été réséqués, on peut alors s'attaquer à la langue et à la muqueuse du plancher buccal. C'est ici surtout que chaque auteur préconise son instrument ou son procédé particulier. Les uns laissent la langue en place, percent la muqueuse plus ou moins loin en arrière, vers le pilier antérieur, suivant l'étendue de la lésion et conduisent une anse de platine qu'ils font ressortir soit à travers la langue, si la lésion est unilatérale, soit dans la rainure gingivo-linguale du côté opposé, si la lésion a franchi la ligne médiane. D'autres en agissent ainsi, mais au lieu de l'anse galvanique, ils ont recours à l'écraseur linéaire.

Nous avons pratiqué cette opération par les deux procédés et l'anse galvanique nous a paru plus expéditive. Nous avons, à la Pitié, dans le service de notre maître Verneuil, extirpé la langue avec le fil de platine; la section portait en arrière du V lingual; la surface de section fut absolument sèche, et l'ablation très rapide. La grosse objection que l'on fait à l'anse galvanique n'en persiste pas moins. Il n'est que peu de grandes villes où l'on puisse manier ces appareils dispendieux et délicats. Pour le cas dont nous parlons, nous avons eu recours à l'inépuisable obligeance de M. Collin.

L'écraseur linéaire, que tout chirurgien possède, est d'ailleurs d'un emploi excellent. Nous avons, en ville, opéré avec notre collègue, M. de Beurmann, un orfèvre de quarante-cinq ans, et nous nous sommes servis de l'instrument de Chassaignac. Pour l'empêcher de déraper, nous avions cerné la tumeur avec des branches de fil de fer enfoncées de bas en haut et dont la pointe était ensuite tordue pour ne pas blesser la muqueuse palatine. La manœuvre de l'écraseur fut lente, un cran par minute et demie; l'artère linguale n'en donna pas moins un fort jet dont une ligature eut promptement raison.

L'écraseur, le serre-nœud ou l'anse galvanique ont ainsi sectionné les attaches postérieures de la langue dégénérée et de la muqueuse buccale ; il ne reste plus qu'à introduire le

---

officieux, émanant de sociétés et de groupes industriels ou scientifiques, conviant les ingénieurs ou les médecins, les académiciens ou le public dans sa plus grande généralité, tous ces moyens de vulgarisation et d'étude ont été multipliés; c'est pourquoi chaque fois que l'on parcourt le Palais de l'Industrie, on éprouve ce plaisir tout particulier de rencontrer, parmi les visiteurs, les individualités si nombreuses qui constituent le monde savant français ; mais en dehors des maîtres sympathiques et des relations scientifiques qu'ils entretiennent, nous constatons chez tout ce public un désir de connaître, une impulsion vers l'étude, un besoin d'appréciation exacte qui, pour un philosophe, n'est pas le moindre attrait de cette Exposition. Dans les appréciations que nous avons à exprimer ici, nous nous bornerons à l'étude des questions qui intéressent le plus directement les médecins et les chirurgiens, c'est-à-dire que nous examinerons d'abord les progrès de l'électro-thérapie, pour montrer ensuite que l'électro-physiologie, et enfin les notions les plus générales de l'électrologie, ont été dès l'origine et doivent rester le guide de la pratique la plus spéciale qu'on puisse inventer. Le musée rétrospectif, avec ses souvenirs tangibles, ses instruments, ses autographes, sont des documents qui peuvent alimenter la piété scientifique et devant lesquels l'esprit le plus sceptique éprouvera un autre sentiment plus pénétrant que la curiosité.

L'un des grands intérêts de ces expositions internationales est de mettre en relief et de permettre de manier ces instruments ou appareils que nous connaissons plus ou moins par des descriptions ou des figures; mais c'est un avantage encore bien plus appréciable de pouvoir suivre ces conférences où les savants de tout ordre, de toute nationalité, exposent leurs travaux ou leurs théories. L'auditoire est, il est vrai, quelquefois plus curieux que compétent, le conférencier parfois plus convaincu qu'éloquent; peut-être est-il même intéressé dans ses appréciations; mais, en somme le résultat forcera à avouer que, dans certains prospectus, dans la plu-

bistouri derrière le maxillaire et à lui faire suivre étroitement la courbure de l'os; il coupe ainsi la muqueuse, les insertions du mylo-hyoïdien, du génio-glosse et du génio-hyoïdien. Tout est alors libéré; on n'a plus qu'à saisir la langue avec la pince de Museux et à l'extraire au dehors soit par la voie buccale, soit par la brèche sus-hyoïdienne.

Lorsqu'on manœuvre au thermocautère, comme le fait d'habitude M. Verneuil, la marche de l'opération change un peu. Après avoir, comme dans les cas précédents, évidé au préalable la région sous-maxillaire, il commence par séparer les attaches antérieures; puis, avec une pince de Museux il saisit la langue, qu'il fait sortir par la large brèche de la région sous-hyoïdienne. Il divise alors les tissus avec le platine au rouge sombre. Arrivé sur les linguales un jet de sang jaillit; on place une pince à forcipressure et l'opération continue. L'extirpation est sûre et rapide.

Lorsque la lésion est unilatérale, lorsque le cancer n'a atteint qu'un côté de la langue et la moitié du plancher buccal, l'opération est bien moins grave; on conserve, en effet, le muscle génio-glosse et génio-hyoïdien d'un côté, la moitié du mylo-hyoïdien; l'os hyoïdien est soutenu, la langue possède encore ses antagonistes antérieurs; elle ne s'affaisse plus sur l'épiglotte et l'orifice du larynx; l'asphyxie n'est plus imminente.

Le cancer peut avoir franchi la ligne médiane et gagné les tissus du côté opposé; il faut bien se garder alors, si les lésions de ce côté s'avancent moins loin en arrière, de faire sortir l'anse galvanique ou la chaîne de l'écraseur en un point correspondant à celui par où il est entré; il ne faut pas faire une section perpendiculaire à l'axe de la bouche, mais au contraire oblique et respectant, du côté le moins atteint, la plus grande étendue possible de la muqueuse et des insertions du muscle mylo-hyoïdien. La langue sera mieux soutenue, et on n'aura pas besoin d'avoir recours à une manœuvre indispensable, lorsque la désinsertion est complète, la fixation du moignon de la langue au maxillaire par un fil de soie ou un tube de caoutchouc.

Ainsi avons-nous agi pour l'orfèvre dont nous avons déjà parlé; la chaîne de l'écraseur avait été introduite, à gauche, au niveau de l'angle de la mâchoire; elle coupait la langue obliquement et venait ressortir, à droite, très en avant, à moins de 3 centimètres de la symphyse; le moignon lingual était suffisamment maintenu. La suture de l'incision sus-hyoïdienne fut pratiquée, tout en conservant un orifice, à la partie la plus postérieure, vers l'angle de la mâchoire, pour le passage d'un tube qui ressortait par l'orifice buccal. Le résultat a été superbe; au bout de six mois ce qui reste de la langue et du plancher buccal est absolument souple; le malade mange et parle facilement. Quelques ganglions ont apparu il est vrai du côté où l'évidement sus-maxillaire n'avait pas été fait. Nous les avons enlevés récemment et cette seconde opération semble devoir être profitable.

III

Cette méthode, quel que soit le procédé qu'on emploie, suffit à la plupart des cas; elle donne un jour suffisant et l'on peut, presque à l'aise, enlever la plus grande partie de la langue; cependant si les lésions sont très profondes, si les piliers antérieurs sont atteints, s'il y a quelque adhérence au maxillaire, il faudrait avoir recours à la méthode Roux-Sédillot.

Le premier temps de l'opération, l'évidement de la région sous-maxillaire, se fait comme dans l'opération précédente. Puis on coupe, sur la ligne médiane, la lèvre inférieure, et la section vient aboutir au sommet de l'incision en fer à cheval de la région sus-hyoïdienne; le maxillaire est donc mis à nu au niveau de la symphyse, que l'on divise avec la scie à chaîne; les deux moitiés de l'os sont écartées et le plancher de la bouche et la langue sont absolument à découvert; le chirurgien a tous ces organes sous la main, et peut manœuvrer sûrement. Il enlève ce qu'il faut et voit ce qu'il doit respecter, et cela avec le bistouri, l'écraseur, l'anse galvanique, le thermocautère : tout instrument est bon et l'hémostase est facile.

Malheureusement ces facilités extrêmes s'achètent par des inconvénients très graves : la section des os n'est pas indifférente; on crée une sorte de fracture compliquée et dans les conditions les plus mauvaises; le foyer plonge dans une cavité à désinfection difficile; les aliments mêlés à la salive se décomposent dans ce cloaque humide et chaud. L'absorption des matières putrides peut se faire par les canaux vasculaires largement ouverts de la substance osseuse, par les voies respiratoires et digestives. Et ce n'est pas une vue de l'esprit! plus d'un tiers des opérés sont emportés par des accidents infectieux.

Le malade peut cependant échapper à la septicémie. Les injections, les lavages multipliés à l'acide phénique peuvent enlever les substances décomposées; puis la sonde œsophagienne à demeure introduite par la narine et si heureusement préconisée par MM. Verneuil et Krishaber, permet l'alimen-

---

part des démonstrations, il est bien rare que nous ne puissions rencontrer quelque renseignement technique, ou même encore l'expression d'une formule à ajouter à ce « stock » de connaissances générales qui, malgré son importance, doit trouver sa place dans notre cerveau, et que nous sommes obligés non seulement de conserver, mais aussi de perfectionner. Il est facile de rester, pendant un certain temps, sceptique à l'égard des progrès de la science, et avec quelque peu d'atticisme traiter de voix de polichinelle les trilles de la Krauss ou les accents conférentiels de Got tels qu'on peut les percevoir dans les auditions téléphoniques; mais ce qu'on ne peut nier, c'est que nous avons ici une démonstration dont la valeur est indéniable. Il serait tout à fait injuste de supposer que les médecins à Paris, et nos confrères en province, puissent rester indifférents à cette sorte d'enseignement « par les choses » que nous offre l'Exposition d'électricité, et cependant nous ne pensons pas qu'ils en aient récolté un accroissement de connaissances bien évident. Nombre de confrères m'adressent cette question : Qu'y a-t-il de nouveau et de spécialement intéressant pour nous? J'en ai rencontré plus d'un, et des meilleurs, qui au sortir d'une de ces conférences consacrées le plus ordinairement à des doctrines théoriques ou à la démonstration des dispositifs d'appareil et d'expériences personnelles, n'ont exprimé qu'une sorte de regret ou d'indifférence à l'égard de l'intérêt particulièrement médical de l'Exposition.

Qu'y a-t-il de nouveau en fait de piles, de moyens électro-thérapiques nouveaux; quels sont les progrès accomplis à nos yeux? Telles sont les questions qui nous sont posées et qui, en général, représentent un doute associé au désir d'avoir des renseignements. Je réponds dès à présent que, pour des médecins instruits, l'électro-thérapie n'a pas progressé sensiblement dans les appareils; mais que, depuis quelques années, des travaux de la plus grande valeur sur l'électricité statique, la métallothérapie, ont élargi le cercle de nos moyens d'action électro-thérapique; que, d'ailleurs,

tation; la bouche est pour ainsi dire distraite de l'organisme pendant que dure la cicatrisation; la déglutition et la respiration n'empruntent plus son concours. C'est là un immense progrès et dont nous avons, ici même, démontré tous les avantages.

La gravité de l'opération n'en est pas moins très grande cependant : la langue, malgré les artifices mis en usage, s'affaisse sur le larynx, des asphyxies soudaines peuvent survenir; en tout cas l'hématose se fait d'une façon précaire; l'organisme souffre et les hémorrhagies secondaires se font avec la plus grande facilité; des inflammations surviennent qui peuvent provoquer l'œdème de la glotte; et puis, malgré les sutures, les branches du maxillaire chevauchent, la cicatrisation osseuse est fort lente, et presque toujours la récidive survient avant la réparation de la plaie.

Le tableau ne nous semble pas trop assombri; nous avons bien vu, chez M. Verneuil, un malade qui, après quatre mois de traitement a quitté l'hôpital, avec une mâchoire irrégulière, sans doute, mais encore sans récidive. Malheureusement c'est là un fait bien isolé et nous avons observé trop souvent une brusque terminaison, une récidive rapide, pour nous bercer de quelque espérance.

Aussi serions-nous tenté de dire : lorsque les lésions sont telles que l'opération de Sédillot est seule indiquée, peut-être serait-il plus sage, s'il n'existe quelque grave complication qui force la main du chirurgien, hémorrhagie, douleurs intolérables, peut-être serait-il plus sage d'abandonner le malade à son sort déplorable. Il est triste, décidément, d'opérer les cancéreux! et les illusions de jeunes chirurgiens sont de courte durée!

Nous pourrions résumer rapidement ces longues considérations. Lorsque le cancer est récent, bien limité, une large opération est parfois excellente. MM. Trélat, Verneuil, Tillaux, Duplay, d'autres encore en ont cité de beaux exemples. Lorsque la tumeur n'occupe que la moitié antérieure de la langue, lorsque l'engorgement ganglionnaire commence à peine, on peut encore espérer, par les larges opérations que nous venons de décrire, une assez longue survie. Mais lorsque les lésions s'avancent jusqu'aux fibres antérieures, qu'il y a des deux côtés dégénérescence ganglionnaire, il faut qu'une complication grave vienne forcer la main, sans cela mieux vaut s'abstenir.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Considérations cliniques a l'occasion de la variole et notamment de la période d'éruption, par M. Barthélemy, chef de clinique.

Nous avons étudié ailleurs (voir thèse inaugurale : *Recherches sur la variole*, Paris 1880) les diverses périodes de la variole, depuis le moment où elle infecte insidieusement l'organisme, restant latente *plus ou moins longtemps*, jusqu'au jour où elle commence à se manifester. Nous nous sommes efforcé de montrer la valeur séméiologique des divers symptômes, tels que la céphalalgie, sur laquelle il nous semble que les classiques n'ont pas suffisamment insisté, la rachialgie, la fièvre et les vomissements, ainsi que, et notamment, les *rash*. Nous ne nous occuperons ici que *de la période éruptive proprement dite*.

L'éruption variolique présente pour l'observateur un double intérêt.

D'abord, elle peut permettre au clinicien de porter sur l'état général de son malade, sur son avenir et sur l'évolution ultérieure de la maladie, un pronostic précis. Ensuite, au point de vue purement local, par ses caractères exclusivement objectifs, elle peut soulever et soulève assez fréquemment un certain nombre de problèmes plus spécialement intéressants pour le dermatologiste.

C'est sous ce double point de vue du pronostic et du diagnostic que nous voulons envisager ici l'éruption variolique. Nous exposerons ensuite brièvement certaines particularités cliniques qui sont les conséquences rigoureuses des manifestations tégumentaires de la petite vérole.

L'*éruption* est la période la plus caractéristique de la variole. Cependant, jamais on n'a fait consister exclusivement la variole dans l'éruption. Il ne faut même pas identifier la variole et l'éruption. D'abord, celle-ci a pu manquer; et, surtout, la mort a pu arriver avant que l'éruption ait eu le temps de se produire.

Un certain nombre d'auteurs n'y voient que l'épiphénomène terminal de la maladie. D'autres la considèrent comme le but suprême vers lequel tendent tous les efforts de l'organisme infecté. Nous nous rangeons à cet avis. Nous croyons que l'éruption est le fait principal du processus variolique et qu'autour de lui gravitent tous les autres symptômes. Pour les premiers, tout se passe dans la peau, qui vient simplement donner sa note dans le concert; pour les seconds, le processus pathologique, dont le corps muqueux est le siège, n'est que l'aboutissant ultime d'un processus bien autrement important et commencé dans l'intimité de nos tissus, bien

---

il y a des progrès dans l'instrumentation, dans la technique, très intéressants à connaître; et enfin, au-dessus de toutes ces considérations, je montrerai que, grâce à ces perfectionnements dans l'instrumentation et surtout aux définitions que le congrès des électriciens a adoptées, la mesure de la force électrique, et, par conséquent, l'étude méthodique de ses effets est désormais régularisée par des moyens également méthodiques.

L'électro-thérapie présente des applications multiples dont la plupart sont devenues usuelles et sont accessibles aux médecins praticiens; en effet, il est facile de se convaincre des progrès accomplis dans la vulgarisation de ce moyen d'intervention médicale et chirurgicale en examinant les installations de la classe 10 (section française) et celles des sections anglaise et allemande. On y voit des meubles très pratiques et pouvant servir à la plupart des nécessités électro-thérapiques; ils sont connus d'un nombre déjà considérable de praticiens, ils ont pour types l'installation médicale faite dans les hôpitaux, à la Salpêtrière, par exemple, où l'électrothérapie a été organisée par MM. Richer, Vigouroux et Andriveaux avec un véritable luxe répondant à la variété des expérimentations par l'électricité statique aussi bien que par l'électricité dynamique et même le galvanisme. A Lariboisière, l'installation de Chardin dont on voit la reproduction, et qui permet l'emploi du galvanisme, de l'électrolyse, du galvanocautère comme exploration ou comme moyen de traitement; les expositions de Stohrer, de Leipzig; de Keiser et Schmidt, de Berlin; de Coxeter, en Angleterre, les appareils exposés par les professeurs ou médecins italiens, prouvent que l'électro-thérapie possède à l'étranger une instrumentation sinon aussi parfaite que nous pouvons l'obtenir en France, au moins suffisamment scientifique. Cependant nous avons éprouvé quelque étonnement dans nos visites aux sections étrangères, de n'y point trouver plus d'originalité, plus de progrès, sans parler des sections qui, comme l'Amérique, ont négligé l'électricité médicale. En somme, quand on examine

avant que l'éruption ne soit ébauchée, quoique l'histologie démontre que la peau entre de très bonne heure en activité morbide.

Nous allons étudier *l'éruption* : 1° sur la peau ; 2° sur les muqueuses.

Nous avons déjà montré combien les diverses périodes de la variole sont loin d'avoir une durée toujours égale, constante, déterminable à l'avance. Nous trouvons, pour l'éruption comme pour *tous* les autres symptômes, cette même irrégularité, cette variabilité d'apparition, de durée, d'intensité, qui étonnent d'autant plus que la variole passe pour une maladie éminemment *cyclique*.

C'est que, comme l'a si bien dit M. Rendu (*Soc. clin.*, 1879), la *variole est capricieuse* contrairement à ce qu'on pense communément de sa discipline. Nos observations nous permettent d'ajouter que : « *Ici même, il y a des malades plus encore qu'une maladie !* »

I. — *Éruption variolique considérée sur la peau.*

Et d'abord qu'elle est l'époque de son apparition ?

Sur les 56 observations citées dans notre thèse et dans lesquelles le jour exact de l'éruption est noté, voici comment et quand elle s'est montrée :

12 fois, le deuxième jour ; 15 fois, le troisième jour ; 16 fois, le quatrième jour ; 8 fois, le cinquième jour ; 5 fois, le sixième jour.

Parmi ces varioles, sur les 12 qui ont donné des pustules à la fin du deuxième jour, il y a eu 9 varioles confluentes et 3 varioloïdes.

Sur les 15 du troisième jour, il y a 7 varioles discrètes, 2 varioles cohérentes, 3 varioloïdes.

Sur les 16 du quatrième jour, il y a 3 varioles discrètes, 8 varioles cohérentes, 2 varioles confluentes, 1 variole hémorrhagique, 2 varioloïdes.

Sur les 8 du cinquième jour, il y a 3 varioles discrètes, 4 varioles cohérentes, 4 variole hémorrhagique.

Sur les 5 du sixième jour, il y a 1 variole discrète, 1 variole cohérente, et 3 varioles hémorrhagiques.

C'est donc bien *le troisième et le quatrième jour* que, pour les varioles d'intensité moyenne, l'éruption se fait. Il y en a alors beaucoup de légères. Il y en a au contraire beaucoup de graves, de mortelles, parmi celles dans lesquelles l'éruption a lieu à la fin du deuxième jour ; presque *toutes les varioles confluentes arrivent à l'éruption de bonne heure*. La loi posée par Sydenham et par Trousseau est donc nettement confirmée : quand l'invasion est trop courte, ou bien quelquefois la variole est modifiée, ou bien, et c'est la règle, elle est très grave. Nous verrons aussi que, même dans les varioles bénignes, plus l'éruption est précoce dans certaines régions, plus aussi elle est abondante dans les mêmes points.

Toutefois la *loi* de Sydenham et de Trousseau est loin d'être absolue, elle souffre de nombreuses exceptions ; c'est donc plutôt une *règle*, car *rien n'est absolu dans la variole.*

De l'étude qui précède, il ressort bien nettement aussi que les hémorrhagies troublent et retardent l'éruption. *L'économie ainsi spoliée n'arrive que péniblement à l'élimination de la substance virulente, c'est-à-dire à la délivrance.*

L'éruption débute par la face, le front, les parties voisines de la bouche ; elle y est toujours en avance de deux ou trois jours sur celle du reste du corps. Viennent ensuite les membres supérieurs, les régions dorsales des mains et des avant-bras ; puis les membres inférieurs et le tronc.

Cette précocité des pustules de la face et des avant-bras peut être pour le clinicien un précieux élément de *pronostic*. Il ne faudrait pourtant pas juger toujours de ce qui se passera sur le corps par ce qui se passe à la face. L'éruption, avons-nous dit, y est plus précoce, par conséquent plus abondante. Nous avons vu bien des cas où l'abondance était limitée à la face et aux membres supérieurs, et où la gravité de la maladie était fort différente de ce qu'elle est dans les varioles où les pustules sont plus généralement abondantes.

La face d'un varioleux n'est donc pas un miroir clinique *absolument* fidèle.

Enfin, un fait non moins remarquable que la prédilection de la pustulation pour la face, c'est la constance avec laquelle elle évite au contraire la *région sous-ombilicale* de l'abdomen. Qu'il y ait des *rash* ou non, que l'éruption soit confluente ou très abondante sur le reste du corps, les pustules sont toujours extrêmement rares entre le palais et l'ombilic, et il existe en ce point une pustulation toujours extrêmement discrète et, en tout cas, de larges intervalles de peau absolument saine.

Tous les auteurs ont signalé les petites taches, puis les légères papules par lesquelles commence l'éruption. *Le diagnostic* est difficile alors ; on peut penser à *l'érysipèle*, quand la congestion cutanée est très vive ; à des *érythèmes*, quand l'éruption se présente sous la forme papuleuse, et à la *rougeole boutonneuse* surtout ; c'est en effet avec cette maladie que la confusion est alors le plus difficile à éviter. Nous avons à l'occasion des rash et des autres prodromes examiné, dans notre thèse, comment pouvait se faire alors le diagnostic de la variole. Il est en effet bien difficile d'y arriver par *les signes objectifs* ; de même, dès le début de l'éruption, il est à peu près impossible de préjuger de l'abondance de l'éruption. C'est un fait que M. Rigal, dont l'expérience est si complète à ce sujet, nous a souvent fait remarquer. Plusieurs fois, il nous est arrivé de chercher à prévoir dès l'apparition des premières papules quelle forme allait prendre l'éruption. Très souvent, nos conjectures ont été renversées. *L'abondance de l'éruption* constitue un

---

ces vitrines si remarquables de Gaiffe, de Chardin, de Guérin, etc., on n'a plus à hésiter sur le choix qu'on peut faire pour une installation électro-thérapique ; car on trouvera chez ces fabricants, avec quelques variantes, les appareils les plus exacts et offrant chacun un mérite varié de forme, d'élégance, de solidité ou de facilité de transport. Toutefois, on ne trouvera pas cette pile, qui est l'idéal que rêvent les praticiens, une pile à la fois portative, facile à manier, pouvant servir à la faradisation par les courants induits, à la galvanisation par les courants continus, à la galvanocaustie et à l'électrolyse. Il faut en prendre son parti, ces appareils à tout faire sont ordinairement défectueux sur plusieurs points, et certaines piles à acide chromique et à crémaillère de l'exposition allemande prouvent l'inanité des essais de ce genre.

Il vaut mieux que le médecin apprenne à connaître ses appareils, à les entretenir et au besoin à les réparer lui-même ; il en sera bien récompensé par ce fait qu'il n'éprouvera pas de déception au moment où, devant un malade, la pile ne fonctionnera pas par défaut du liquide excitant, par usure de contact ou par cette multitude de petits accidents qui déroutent les débutants. Nos fabricants ont, il est vrai, fait de grands efforts pour faciliter l'emploi des appareils électromédicaux et il est juste de reconnaître, par exemple, que les piles au chlorhydrate d'ammoniaque, de Leclanché, de Gaiffe, au chlorure d'argent sont d'un emploi des plus commodes dans les appareils volta-faradiques et les appareils voltaïques à courants continus destinés à être transportés. M. Chardin a également obtenu une simplification très grande dans les appareils en employant le système d'une pile qui n'agit que lorsqu'on la renverse ; cet appareil est d'un emploi facile et peut être mis entre les mains de personnes non versées dans l'électrothérapie.

Il faut signaler, tout particulièrement, parmi les nouveaux perfectionnements de la pile, le procédé de Desruelles qui permet de rendre sèches les piles Leclanché, les piles Daniell, les piles Bunsen et même des batteries de piles secon-

phénomène clinique capital. De là suivant le nombre des pustules, la division des varioles en variole *discrète*, en variole *cohérente* ou en *corymbes*, en variole *cohérente-confluente*, en *variole confluente vraie* ou *confluente d'emblée*, par opposition à la précédente, qui n'est confluente que secondairement au développement excessif des pustules.

Cette classification ne repose pas sur la simple question du nombre des pustules qui peuvent se trouver sur le corps. Elle répond à de *véritables formes cliniques*, dont la marche, la durée, l'évolution, et surtout la terminaison, sont absolument différentes.

Les varioles discrètes, les varioles cohérentes sont bénignes, excepté chez les enfants; *les varioles cohérentes devenant confluentes*, au moment de la suppuration, sont graves, mais *peuvent guérir et guérissent souvent*. Quand elles emportent le malade par asphyxie, par suppression des fonctions cutanées, par l'abondance de la suppuration, par pyohémie, c'est le plus souvent du dixième au quinzième jour, par le fait d'une complication quelconque, ce n'est jamais avant et surtout vers le douzième. Mais, nous le répétons, la guérison est fréquente et la mort non évitable.

Les varioles confluentes, celles qui méritent vraiment ce nom, *sont fatalement mortelles*.

Tout ce que nous avons observé nous pousse à dire avec M. Rigal qu'*il n'y a pas de puissance au monde capable d'empêcher de mourir quelqu'un atteint de variole confluente vraie*. La mort survient alors du sixième au huitième jour, et pas au delà du dixième. C'était déjà l'opinion de Trousseau.

Si, pour le clinicien, il est si important de savoir à quelle forme de variole il a affaire, il y a lieu de bien déterminer les caractères de chacune de ces formes.

Il suffit de lire les *Comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux* de 1870 (p. 202), pour voir quelle confusion régnait, il y a à peine quelques années encore, dans l'esprit des médecins, à ce sujet. Il faut savoir un grand gré à M. Desnos d'y avoir, un des premiers, insisté. Peut-être même n'a-t-il pas proclamé autant qu'il l'eût fallu, cette vérité clinique; pour notre part, nous ne saurions trop remercier M. Rigal des précieux enseignements qu'il nous a inculqués à ce sujet, sur lequel il a attiré fortement (avril 1879) l'attention de la Société médicale des hôpitaux.

La variole discrète est celle où de larges intervalles de peau saine existent entre les pustules et où les rémissions fébriles sont bien marquées, où la variole apparaît nettement comme une *fièvre non continue*.

Dans les varioles cohérentes, les intervalles de peau saine entre les pustules, les périodes apyrétiques diminuent.

Dans les varioles confluentes, dès le début de l'éruption, tout intervalle de peau saine a disparu; les papules sont petites, serrées, se touchent, *se confondent*. Elles sont parfois tellement rapprochées et tellement fines qu'à l'œil nu et à un examen superficiel, la peau ne paraît même pas rugueuse et que l'on croirait tout d'abord à l'absence de toute pustulation. Si l'on examine plus attentivement le visage, on voit, surtout si l'on s'est placé soi-même à contre-jour et qu'on éclaire bien le malade, au pourtour de la bouche, sur le front et *surtout au bout du nez*, la peau avoir dans toute son étendue un aspect très finement chagriné. C'est vers la fin du deuxième et au commencement du troisième jour que l'on constate ces phénomènes.

Le lendemain et le surlendemain, les papules deviennent vésicules; elles s'ouvrent alors les unes dans les autres, elles *sont nettement confluentes*, et vers le sixième jour, alors qu'elles se sont remplies d'une sérosité lactescente, elles soulèvent et décollent l'épiderme sous forme de vastes ampoules qui occupent des étendues plus ou moins considérables du corps. Elles prennent ensuite une coloration grisâtre que, depuis Morton, on compare à *un masque de papier gris ou de parchemin mouillé*.

Les mêmes phénomènes se passent aux avant-bras et aux mains; puis le reste du corps, à part la région sous-ombilicale, se prend dans des proportions analogues, un peu moindres cependant. *La variole confluente est constituée* et ne tarde pas, alors, à enlever le malade. La mort survient parfois avant toute suppuration, et dès *le quatrième jour*.

On conçoit alors que les médecins qui comprennent les choses de cette façon ne peuvent admettre la guérison de la variole confluente, ni qu'on puisse dire que telle variole a été, *un peu, beaucoup*, ou *extrêmement confluente*.

Au point de vue symptomatique, diagnostique et pronostique, le mot *confluence* suffit et est par lui-même assez explicite.

On voit combien cette forme diffère de la variole cohérente, dont les pustules suppurent, se développent, se recouvrent de croûtes jaunâtres mélicériques (bon signe) ou de croûtes grisâtres, énormes ou noirâtres, et qui, alors seulement, se touchent et se confondent. Ces varioles *cohérentes-confluentes* sont très graves, mais elles peuvent guérir, comme nous en avons vu plusieurs exemples. Quand, au contraire, l'issue est fâcheuse, la mort survient en moyenne vers *le douzième jour*.

Dans les varioles cohérentes simples, ou en corymbes, la guérison est la règle, comme pour la variole discrète.

Les limites de cette étude ne nous permettent pas d'entrer dans tous les détails que comporteraient de si importantes questions. Nous ne pouvons que les signaler, mais il nous était impossible de les passer sous silence.

Nous ne pouvons que signaler également le ptyalisme,

---

daires de 12 éléments; de sorte qu'on peut, dès maintenant, compter sur une grande simplification dans les moyens de transport des piles, et par suite dans leur utilisation pour l'électro-thérapie.

La facilité de transport et de mise en train des appareils magnéto-électriques leur a conservé une certaine faveur. On retrouve ces appareils, qui ont été l'origine de la machine Gramme, chez la plupart des fabricants; le reproche qu'on leur a adressé est de nécessiter l'emploi d'un aide pour tourner la manivelle, mais celui-ci est ordinairement bien facile à trouver. La pile magnéto-électrique exposée par M. Chardin sous le nom de l'*Etincelle* est un type très réussi d'un appareil produisant des effets très multiples et qui peut être accueilli avec faveur dans la pratique, c'est-à-dire lorsque le malade veut avoir lui-même son appareil.

Je répéterai que, pour pratiquer l'électrothérapie dans son cabinet, le médecin doit préférer les piles renfermées dans un meuble et les piles séparées des bobines à induction; il aura ainsi l'avantage d'éviter, pour les courants continus, les évaporations acides ou les accidents de manipulation, et alors il pourra ajouter à son arsenal une pile au bichromate de potasse servant à la galvanocaustie ou même à la polyscopie : soit la pile à pédale de Vert avec ses galvanocautères et ses polyscopes, soit l'appareil de Trouvé muni de la pile secondaire de Planté.

Lorsqu'il s'agit d'employer les courants discontinus, il importe de se servir d'une pile donnant des courants à peu près constants dont on puisse mesurer l'intensité; soit un élément Daniell, comme on l'emploie de préférence en Allemagne, soit une pile bouteille au bichromate de potasse, qui est d'un emploi et d'un entretien de la plus grande facilité; soit le nouveau couple au sulfate de cuivre de Gaiffe, qui a pour but de supprimer, lorsque son circuit est ouvert, la réaction du zinc sur le sulfate de cuivre. Il importe de pouvoir varier la force des courants induits et varier aussi à volonté le nombre des interruptions. Les appareils à chariot doivent être munis

que nous avons toujours vu subordonné aux lésions des muqueuses, le gonflement des extrémités, que nous croyons, d'après nos observations, consécutif aux lésions de la peau. Quand ces phénomènes ne se montrent pas, ou s'arrêtent, de même que quand la pustulation s'interrompt dans son cours et qu'on voit l'éruption s'affaisser et se flétrir, on peut considérer le malade comme perdu. L'on voit en effet *la langue se dessécher, le pouls devenir petit et irrégulier*, le subdélirium ou le coma s'emparer du malade, et celui-ci ne tarde pas à succomber dans les limites indiquées plus haut. Ce n'est plus alors la même cause qui agit : dans les premiers jours, en effet (trois à cinq), les malades succombent comme les grands brûlés, comme les empoisonnés par l'oxyde de carbone. Nous verrons aussi de véritables sidérations nerveuses, comme dans les empoisonnements suraigus, et la mort se montrer rapide et presque subite. *L'époque de la mort, dans la variole, varie donc avec ses causes.*

Nous sommes ainsi amené à parler de la forme la plus formidable de la variole, de sa *forme hémorrhagique.*

Le malade, victime d'une prédisposition exceptionnellement fâcheuse, en vertu de laquelle la prolifération de la matière virulente peut être plus rapidement complète, ou bien la résistance au virus être d'emblée insuffisante, *est anéanti en quelques heures.* C'est ce que nous avons pu voir *trois fois :* chez un alcoolique *gras*, chez un homme *non vacciné*, et enfin, la troisième fois, chez un jeune homme qui ne présentait ni l'une ni l'autre de ces conditions. C'est de cette forme que l'on peut dire : « C'est la mort sans phrase » ! Elle survient, en effet, le troisième jour au plus tard. Le malade a une fièvre intense (40°), pas d'*albumine*, excepté dans les cas d'hématurie ; il n'a aucun délire et exprime très nettement la sensation d'anéantissement complet, d'épuisement absolu qu'il éprouve dans toute la profondeur de son être. On observe alors des angoisses, des lipothymies, des nausées, des vomissements, une anxiété extrême et inexplicable. Parfois survient un *rash*, qui est hémorrhagique aussi, et qui a pu donner lieu à des erreurs de diagnostic et faire croire, par exemple, à une scarlatine maligne (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1870, p. 166). Le malade souffre peu en général ; la *rachialgie* cependant est parfois très intense et attire toute l'attention du malade et même du médecin. Nous pouvons en rapporter quelques exemples : dans l'un de ces cas, cette douleur lombaire a pu être, en ville, rapportée à un lombago rhumatismal et traité par des ventouses scarifiées ; il fut presque impossible d'arrêter le sang ; l'écoulement ne se termina que quelques heures avant la mort, survenue avant la fin du troisième jour, mais non, du reste, à l'occasion des ventouses. Le malade avait, pour ainsi dire, été sidéré par le poison variolique, et avait des épistaxis, des hémoptysies, des hématuries, des hémorrhagies sous-conjonctivales et sous-cutanées, etc.

Dans un autre cas, pour lequel notre ami le docteur Hutinel fut appelé en consultation, le médecin traitant avait cru à l'existence de coliques néphrétiques et soigné cette variole foudroyante par les injections hypodermiques de morphine. Dans un troisième cas, le malade, qui avait auparavant fait une chute dans un escalier, fut d'abord envoyé dans une salle de chirurgie.

La mort, dans ces cas, est très rapide, disons-nous. C'est une première raison pour qu'elle arrive avant l'apparition des pustules. Celles-ci, même dans les cas où la forme hémorrhagique est moins terrible, ne se montrent d'ailleurs que tardivement, du cinquième au sixième jour, malgré la gravité de la maladie, car elles sont *retardées* par les hémorrhagies. Même dans le premier cas, on ne peut pas comprendre cette forme dans les groupes *varioles sans éruption* (*variolæ sine variolis*). Celles-ci d'ailleurs sont si rares, qu'elles sont rejetées comme des erreurs de diagnostic par nombre de médecins. Voici ce que dit à ce sujet M. Legroux : « MM. Quinquaud, Huchard et Hamel ont chacun, de leur côté, observé des cas de *rash* scarlatiniformes légers, ayant persisté pendant cinq ou six jours, avec tous les symptômes généraux de la variole (céph., rachial., vom., etc.) et sans éruption pustuleuse. Il y a probablement là des varioles avortées, ou tellement discrètes, qu'elles passent inaperçues en raison du nombre très restreint des pustules (deux ou trois pustules, réparties sur la peau et les muqueuses, Gueneau de Mussy). »

Nous n'en avons pas observé, avons-nous dit. M. Besnier, dans un de ses remarquables rapports sur les maladies régnantes (1870, p. 247), constate qu'aucun fait signalé ne se prête à cette *fantaisie nosologique*. Ce sujet appelle donc de nouvelles observations.

On voit, en tous cas, que cette forme serait très bénigne, en opposition avec la précédente, dans laquelle l'intoxication est absolue, l'atteinte irréparable, et la destruction de l'organisme décrétée dès le principe (Besnier, p. 251). La *forme hémorrhagique secondaire*, postérieure à la pustulation, est beaucoup moins grave.

Mais d'où vient *dans la forme hémorrhagique d'emblée* une si formidable malignité? Le virus variolique est certainement unique ; les connaissances actuelles ne nous permettent en effet pas encore de croire aux virus spontanément atténués, tout au plus l'observation peut-elle faire admettre des variabilités dans le pouvoir contagieux. Il n'y a donc pas à invoquer d'autres causes que, d'une part, la prolifération rapide du virus ; et, d'autre part, la disposition exceptionnellement fâcheuse du malade. « Tous les hommes, en effet, ne sont pas égaux devant la contagion » (Ricord.) Nous en trouvons d'autres exemples dans les épidémies meurtrière

---

de dispositifs permettant de varier les interruptions de 50 à 3000 par seconde, tels qu'on les emploie en électro-physiologie ; ils se trouvent chez les principaux fabricants, mais celui qui nous a paru le plus pratique est l'appareil électrophysiologique du docteur Tripier avec l'adjonction d'un interrupteur inventé par M. Gaiffe.

Il est indispensable pour tout médecin qui veut appliquer les procédés d'électrisation et en apprécier les résultats thérapeutiques ou même simplement l'utilité séméiologique, de se familiariser avec les mesures de l'électricité. Aussi examinerons-nous avec quelque détail ce chapitre si important de l'électrologie, dans un prochain article.

A. Hénocque.

(*A suivre.*)

Société contre l'abus du tabac. — La Société contre l'abus du tabac met au concours, pour 1881, un prix de 100 francs ; trois prix de 200 francs et un prix de 300 francs ; des médailles de vermeil, d'argent, etc., seront, en outre, décernées dans la section des mérites divers.

N° 2. *Prix médical.* — Quelle est l'influence du tabac sur la marche de la grossesse et sur la lactation, chez les femmes qui font usage du tabac, qui en respirent la fumée, ou qui travaillent à sa manipulation. Présenter des observations recueillies sur les personnes, et, s'il est possible, des expériences chez les animaux. — 200 francs.

N° 3. *Prix fondé par M. le docteur A. Bertherand.* — Déterminer, par des considérations psychologiques, avec faits bien observés à l'appui, l'influence que l'habitude excessive du tabac détermine sur le *moral*, le *caractère* et les *rapports sociaux* des fumeurs. — Le prix consiste en livres d'une valeur de 200 francs environ, et une médaille de vermeil. — Le fondateur s'engage, en outre, à publier gratuitement, dans la *Gazette médicale de l'Algérie*, le mémoire couronné.

Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au siège de la Société, rue Jacob, 38, à Paris.

qui ont décimé les populations des îles Sandwich et certaines tribus de l'Amérique du Sud, lorsque la variole y est apparue pour la première fois. Sans doute on ne saurait admettre que tous les indigènes se fussent dans le même temps trouvés en état de débilitation. Mais ce n'est pas une raison pour ne pas admettre encore la *question de terrain :* aucun indigène n'était vacciné. Or, comme le disait dernièrement encore Broca (Acad. de méd., 18 mai 1880), lorsque la variole est importée pour la première fois chez des peuples non variolés et sans ancêtres varioleux, on peut être certain qu'elle causera des ravages épouvantables.

Dans un grand nombre d'intoxications, il y a d'ailleurs des faits analogues où la question de terrain, de résistance moindre, est la principale, sinon la seule. N'y a-t-il pas une forme maligne de l'intoxication paludéenne comme de la diphthérique? La syphilis ne se montre-t-elle pas précoce, maligne, dénutritive, consomptive, pour certains malades, jeunes, robustes et résistants à l'instant donné, contre toute cause dépressive autre que le virus syphilitique?

Ne peut-on pas se demander si les conditions telluriques, climatiques, électriques, que dans notre ignorance nous déguisons sous le nom de *constitution médicale*, n'ont pas pu modifier la résistance d'une population à la maladie. On s'expliquerait ainsi les inégalités si remarquables des cas d'épidémies qui ont eu lieu à quelques années de distance à Paris. Toutefois il faut noter que les récentes expériences de M. Pasteur sur le choléra des poules tendent à prouver qu'en opérant certains changements dans le mode de culture, il est possible de diminuer la *quantité de la matière* virulente et d'atténuer ses effets. Cette diminution se traduit de plus par un faible retard dans le développement des accidents. Ce fait concorde avec celui que nous avons signalé, à savoir que l'apparition tardive de l'éruption constitue, en général, un bon signe de pronostic favorable.

Quoi qu'il en soit, on voit que, pour l'explication de la malignité variolique dans tels cas et sa bénignité dans tels autres, nous sommes réduits aux suppositions et aux hypothèses, et que, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible de conclure autrement.

L'éruption se fait d'ordinaire en quatre jours: le premier est consacré à la face, le second aux membres supérieurs, le troisième au reste du corps. Mais pendant ce temps la face garde et continue son avance, de telle sorte que l'éruption y subit la suppuration alors qu'elle est à peine constituée sur le tronc. C'est sur la face, dit M. Parrot, qu'est gravée la chronologie de la variole, et les dates doivent être abaissées de deux ou trois jours pour les autres parties du corps.

L'éruption se fait d'ailleurs par poussées successives (Bucquoy, *Soc. méd.*, p. 324) et la fièvre persiste en diminuant jusqu'à la fin de l'éruption. C'est vers le cinquième jour que se montre ordinairement le phénomène *inconstant* de l'ombilication.

Quand elle est entièrement effectuée, l'éruption joue le rôle d'un *phénomène critique*, et toute fièvre tombe dans les varioles *régulières*.

L'*apyrexie* est presque nulle dans les varioles graves; elle est plus longue dans les varioles de médiocre intensité; elle est très accentuée dans les varioles discrètes ; elle est définitive dans les varioloïdes.

Qu'est-ce que la varioloïde? On appelle ainsi une variole modifiée soit par une vaccine, soit par une variole antérieure, soit par une disposition congénitale ; cette immunité relative est rare d'ailleurs et serait due, d'après Broca, à la variole des ancêtres. A la suite des inoculations varioliques, quand celle-ci est faite sur un sujet vigoureux et dans de bonnes conditions de résistance, l'intoxication varioleuse prend souvent la forme varioloïque.

Quelle que soit celle de ces causes qui imprime la modification salutaire, celle-ci est telle, qu'après l'éruption, la fièvre tombe complètement et définitivement et que, sautant par-dessus le stade de suppuration, les vésicules se dessèchent sans tarder. Toute variole qui suppure, ne fût-ce qu'un instant, n'est pas une varioloïde. Il s'en faut donc que toute variole bénigne soit une varioloïde. Beaucoup de varioloïdes sont plus graves et imposent au malade un isolement plus prolongé que la variole vraie, dans sa forme discrète; d'après nos observations, sa durée a oscillé entre huit et trente-huit jours, en tenant compte de l'évolution totale et complète et de la convalescence.

L'éruption s'est passée toute entière dans le corps muqueux, sans enflammer secondairement les parties voisines, sans arriver au derme. Aussi, pas de suppuration, et pas de cicatrice.

Si nous avons insisté sur ces distinctions, c'est que l'on peut voir dans les *Comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux* (p. 24, juin 1870) combien les opinions sont encore contradictoires à ce sujet, et combien il est urgent de bien fixer les délimitations de chacune des formes varioliques, et de déterminer la valeur précise de leurs dénominations (Archambault, Hérard, Dumontpallier, Blachez, Bourdon, Bucquoy, Marotte).

La varioloïde est le plus souvent bénigne. Dans certains cas, elle peut revêtir des formes graves. Elle a pu se montrer *hémorrhagique*, comme nous le montre ce cas si intéressant et si rare observé par M. Mesnet en 1870 (*Soc. méd. des hôp.*, p. 29).

Pour notre part, nous avons rapporté (*loc. cit.*, p. 187) deux observations, qui nous ont beaucoup frappé, de *varioloïdes confluentes.*

Dans le second cas, la suppuration a eu lieu, mais absolument dans quelques pustules rares ; elle a donc été insignifiante relativement à l'abondance de l'éruptipn et à l'intensité des prodromes. Toutefois, elle est suffisante pour que, dans ce cas, M. Rigal rejette la qualification de *varioloïde* et préfère la dénomination plus large de *variole modifiée confluente :*

La *variole*, en effet, a eu, dans ce cas, des allures incontestablement très dissemblables de celles qu'elle affecte habituellement. Elle a donc bien été *modifiée* dans sa marche.

II. — *Éruption variolique considérée sur les muqueuses.*

Les pustules à la surface des muqueuses apparaissent du deuxième au quatrième jour de l'éruption cutanée. Mais leur évolution y est plus rapide que sur les téguments externes, voir même qu'au visage. Ce développement plus hâtif serait dû à l'humidité constante, et à la moindre résistance des épithéliums. Le professeur Lasègue (*Traité des angines*, p. 51 et suiv.) nous apprend qu'à la surface des muqueuses, les pustules sont rondes, veloutées au toucher, entourées d'une aréole rouge, linéaire; qu'elles durent en moyenne quatre ou cinq jours, quelquefois moins, qu'elles ne produisent pas d'exsudation, qu'elles subissent une réparation rapide et ne laissent pas de cicatrice.

Les pustules varioleuses sont disséminées, sans acceptation de région, aussi bien sur les gencives que sur la muqueuse buccale et sur les piliers, ou le pharynx, et c'est une particularité qu'elles présentent *seules*... A l'inverse de la rougeole et de la scarlatine, la *variole est plus cutanée que muqueuse ;* aussi n'a-t-elle pas sur les muqueuses de localisation spéciale et envahit-elle indistinctement des régions qui n'ont pas les mêmes aptitudes pathologiques, les lèvres par exemple, ou les gencives et les amygdales.

« Toutes les affections éruptives qui se dispersent ainsi dans la bouche, comme les aphthes, qui peuvent servir de type, n'entraînent pas de lésions durables de l'arrière-gorge. »

Nous ne pouvons ajouter qu'une chose, c'est que souvent l'éruption qui se fait à la surface des muqueuses est, soit en plus, soit en moins, ce qui est plus fréquent, fort peu proportionnée à celle qui s'est montrée sur la peau. L'examen

direct et attentif de la bouche, de la gorge, est donc indispensable.

Les pustules causent parfois une inflammation considérable de l'isthme du gosier; les amygdales, la luette, rouges et et tuméfiées, interceptent plus ou moins complètement le passage de l'air. Des accès de suffocation ont été la conséquence de la présence de pustules sur les replis sus-glottiques, sur les lèvres vocales elles-mêmes, et l'œdème de la glotte a pu nécessiter la trachéotomie.

Cette dernière ressource vient même à échapper, quand non seulement la trachée et les grosses bronches, mais même les plus petites ramifications bronchiques sont tapissées de pustules ulcérées ou recouvertes de mucosités sanglantes ou purulentes, visqueuses ou aérées. La mort a pu arriver, due à une véritable asphyxie, même dans des cas où l'*éruption était discrète sur la peau*. Nous en avons vu tout récemment un cas dans le service du docteur Landrieux; le malade a succombé rapidement et en dépit des soins, *noyé*, pour ainsi dire, par les mucosités qui remplissaient les bronches couvertes de pustules. A l'autopsie, on trouva, jusque dans des plus petites bronches, une sorte de pseudomembrane formée de pus jaune, demi-concret, très visqueux, très adhérent, qui tapissait complètement la surface de la muqueuse aérienne, criblée de pustulettes exulcérées.

En résumé, les varioles peuvent, *au point de vue clinique*, se diviser :

1° *En varioles entraînant fatalement la mort.*

C'est à cause de ces formes que Trousseaux a pu dire de la variole : « Il n'y a pas de maladie pestilentielle plus terrible; le choléra, la fièvre jaune, sont loin d'emporter ceux qu'ils touchent dans les mêmes proportions. »

2° *En varioles marchant spontanément vers la guérison.*

L'intervention est donc bornée dans l'une et l'autre alternative. Elle consiste, pour les premières, dans l'art de saisir les diverses indications qui se présentent dans le cours de la maladie. Pour les secondes, dans une expectation attentive, dans les bains et dans l'aération.

Les points de la variole les plus importants, ont été résumés par Lorain : *contagion, isolement, vaccination;* il faut ajouter : *revaccination*, et le plus possible *avec le vaccin humain.*

Si telle est vraiment l'impuissance de la thérapeutique actuelle (saignée, camphre, opium, sulfate de quinine, strychnine, acétate d'ammoniaque, etc.) à enrayer la variole une fois qu'elle est déclarée, tous les efforts de la médecine ne doivent-ils pas tendre à prévenir la variole et à la supprimer?

De là, la *nécessité de l'organisation en France* de la *médecine publique*, de la revaccination obligatoire, de l'isolement rigoureux des malades contagieux, *à quelque condition qu'ils appartiennent*, de la désinfection de leurs habitations, de leurs vêtements, des objets, des voitures qui leur ont servi.

La suppression des épidémies de variole est à ce prix.

De ce côté, tout est à faire en France; l'insuffisance de la prophylaxie se prolongera aussi longtemps que l'indifférence de la loi et que l'inertie de l'autorité. Il y aurait pourtant à prendre là *une véritable mesure de salut public !*

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

De la nature parasitaire des accidents de l'impaludisme. Note de M. *A. Laveran.* — Il existe, dit l'auteur, dans le sang des malades atteints d'impaludisme, des éléments parasitaires qui se présentent sous les aspects suivants :

1° Eléments cylindriques, effilés à leurs extrémités, presque toujours incurvés en croissant; 2° éléments sphériques, transparents, du diamètre des hématies en moyenne, renfermant des grains pigmentés qui, à l'état de repos, dessinent souvent un cercle assez régulier. A l'état de mouvement, ces grains pigmentés s'agitent très vivement, et leur disposition devient par suite irrégulière. De plus, on aperçoit souvent, sur les bords des sphères transparentes, des filaments très fins qui semblent s'y insérer, et qui sont animés, dans tous les sens, de mouvements très rapides; 3° éléments sphériques ou de forme irrégulière, transparents ou finement granuleux, de 0mm,008 à 0mm,010 de diamètre, renfermant des grains pigmentés, arrondis, d'un rouge feu très sombre, qui tantôt sont disposés assez régulièrement à la périphérie, tantôt s'agglomèrent, soit au centre, soit sur un point périphérique. Ces corps sont immobiles, ainsi que les grains pigmentés qu'ils renferment.

Outre les éléments indiqués ci-dessus, on rencontre souvent, dans le sang des malades atteints de fièvre palustre : 1° des hématies qui paraissent trouées sur un ou plusieurs points et qui renferment des granulations pigmentaires; 2° des leucocytes mélanifères; 3° des grains pigmentés, de volume variable, libres dans le sang.

L'auteur conclut : « Les accidents de l'impaludisme sont produits par l'introduction dans le sang d'éléments parasitaires qui se présentent sous les différents aspects décrits ci-dessus; c'est parce qu'il tue ces parasites que le sulfate de quinine fait disparaître les accidents de l'impaludisme. »

Falsification du lait. — M. *A. Letellier* adresse, par l'entremise du ministère de l'intérieur, une note sur les précautions à prendre pour éviter les falsifications du lait. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

De la toxicité comparée des différents métaux. Note de M. *Ch. Richet.* — Les recherches de l'auteur, faites sur des poissons plongés dans des solutions toxiques, tendent à établir qu'il n'y a pas de relation précise à établir entre le poids atomique d'un corps et sa toxicité. Le cuivre est six cents fois plus toxique que le strontium, quoique son poids atomique soit moindre. Le lithium, dont le poids atomique n'est que le vingtième du poids du baryum, est cependant trois fois plus toxique, etc. Même pour les métaux de la même famille chimique, la relation entre le poids atomique et la toxicité n'existe pas. Ainsi le cadmium (112) est moitié moins toxique que le zinc (65). Le lithium (17) est soixante-dix fois plus toxique que le sodium (23), etc.

Il ressort aussi de ces expériences qu'il n'y a pas de relation à établir entre la fonction chimique d'un corps et sa puissance toxique. En effet, le potassium et le sodium, dont les propriétés chimiques sont si voisines, sont très inégalement toxiques. 1 gramme de potassium est près de 250 fois plus toxique que 1 gramme de sodium.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

MM. les docteurs *Mesnet, Magitot* et *Krishaber* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres.

M. le docteur *Jonathan Langlebert* soumet à l'Académie une méthode consistant en injections de pommades préalablement préparées avec la vaseline comme excipient et émulsionnées ensuite dans des quantités variables d'eau distillée.

M. *Félix Hément* (de Nanterre) fait savoir qu'à l'institution de sourds-muets de l'avenue de Villiers, il a pu constater plusieurs fois que les enfants auxquels la parole est rendue ont l'accent de leur pays; ces enfants étant sourds, il y voit un fait intéressant au point de vue des ressemblances organiques et de la formation de la voix.

M. *Guéniot* fait hommage d'un Mémoire qu'il a publié en 1868, sous le titre suivant : *De l'acupuncture considérée comme moyen de diagnostic différentiel entre certains polypes fibreux de la matrice et le renversement partiel de cet organe.*

M. *Henri Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. le docteur *Riant*, un travail intitulé : *Hygiène du cabinet de travail.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Rampal* (de Bordeaux), les *Comptes rendus des travaux du Conseil d'hygiène de la Gironde*, de 1870 à 1881 ; 2° de la part de M. le docteur *Paul Fabre* (de Commentry), le *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat* pendant l'année 1880-1881 ; 3° le volume XXXI des *Transactions of the american medical association*; 4° de la part de M. le docteur *Ruschenberger* (de Washington), un ouvrage intitulé : *A report on the origin and therapeutic properties of cundurengo.*

M. *le Président* annonce à l'Académie la perte considérable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Bouilland, qui la présida en 1862 ; après avoir, en termes émus, rappelé les titres de son illustre collègue, qui, il y a quelques semaines encore, prononçait devant l'Académie un discours sur un point de pathogénie nouvelle, et dans lequel il ne fut jamais « plus disert, plus éloquent, plus mesuré », il lève la séance en signe de deuil.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Inoculation de la syphilis par les greffes épidermiques (M. Deubel). Rétrécissement aortique (M. Tuefferd) : M. Féréol. — Ecthyma épidémique : M. Vidal. — Bactéries de la lèpre : M. Cornil. — Traitement des phthisiques par l'alimentation : M. Debove.

M. *Féréol* communique à la Société deux observations qui lui ont été adressées par des médecins de province. La première, recueillie par M. le docteur Deubel, a trait à un cas d'*inoculation de la syphilis par des greffes dermo-épidermiques :* le fait en lui-même a déjà été signalé; mais ce nouveau cas constitue un intéressant document pour l'étude de la question. Un homme de quarante-neuf ans, souffrant d'hémorrhoïdes enflammées, avait été atteint d'érysipèle gangréneux de la cuisse gauche ayant amené une perte de substance très étendue sur la face externe du membre. La cicatrisation s'opérant très lentement, on apposa sur la plaie, le 7 mars, 45 greffes dermo-épidémiques recueillies sur cinq personnes différentes; 33 greffes contractèrent adhérence. Le 18 mars, on pratiqua de nouveau 28 greffes prises sur la muquense buccale d'un lapin; presque toutes furent éliminées avec la suppuration; enfin, le 23 mars, 40 greffes nouvelles, fournies par sept personnes. Au 1er avril, la moitié externe de la plaie primitive était cicatrisée; mais le 5 avril apparut en ce point une ulcération gris-bleuâtre, creusée en godet, de la largeur d'une pièce de 1 franc; en trois jours la cicatrice récente fut détruite par de nouvelles ulcérations tout analogues. M. Deubel pensa d'abord à une inoculation de syphilis, mais l'apparition d'un érysipèle gangréneux de la face chez la femme du malade et d'une lymphangite du membre supérieur, sans cause bien évidente, chez un ouvrier habitant le même logis, lui firent admettre l'existence d'un foyer infectieux pouvant influer d'une façon fâcheuse sur la marche de la cicatrisation chez son premier malade. Les ulcérations cautérisées au nitrate d'argent prirent un aspect rosé favorable, mais il s'en produisit de nouvelles, et six semaines plus tardapparaissait une roséole syphilitique non douteuse accompagnée de lésions croûteuses du cuir chevelu. L'inoculation de la syphilis devenait évidente, et les recherches auxquelles se livra M. Deubel lui révélèrent qu'un fils du malade, âgé de vingt-cinq ans, et qui avait fourni plusieurs des greffes employées, avait eu dix-huit mois auparavant un chancre soigneusement dissimulé. L'hésitation n'était plus permise, et le traitement spécifique fut institué. Cet exemple de contamination par le sang d'un individu syphilitique depuis dix-huit mois fournit une preuve nouvelle du minutieux examen auquel il faut soumettre toute personne chez laquelle on recueille une greffe destinée à un sujet indemne de syphilis antérieure.

La seconde observation rapporte le fait suivant : un jeune homme de dix-neuf ans, pâle, maigre, mais d'une bonne santé habituelle, et exerçant la profession de mouleur dans une usine, sortit un jour pour aller dénicher des oiseaux dans un bois voisin ; il ne reparut pas, et les gens envoyés à sa recherche le trouvèrent mort dans un taillis. Il portait au cou quelques égratignures superficielles, dues sans doute aux épines au milieu desquelles il était tombé. L'autopsie fut pratiquée avec soin dans l'hypothèse d'un meurtre, et fit découvrir une hypertrophie énorme du ventricule gauche, avec végétations volumineuses et induration très marquée au niveau de l'orifice aortique, réduit au calibre d'une plume de corbeau; l'insuffisance valvulaire n'a pas été notée. Cette lésion suffisait à expliquer la mort; mais le docteur Tuefferd, auquel est due cette observation, fait remarquer avec raison l'intérêt qui s'attache à l'absence de toute cause d'une affection cardiaque aussi considérable : ni rhumatisme, ni syphilis, ni fièvre intermittente, aucun antécédent héréditaire. On ne peut, semble-t-il, rapporter cette endocardite végétante qu'aux efforts musculaires professionnels considérables et répétés.

— M. *Vidal* prend la parole au sujet de la communication de M. Ducastel sur l'*ecthyma épidémique chez les varioleux* (voy. le numéro du 21 octobre). M. Vidal avait depuis longtemps démontré que l'ecthyma était inoculable; si donc on admet la présence dans l'air de *germes* d'ecthyma, il est naturel que les varioleux, qui présentent, par suite de leur éruption, de nombreuses portes d'entrée au contage, soient atteints d'un grand nombre de pustules ecthymateuses. Le mode de propagation de l'affection signalé par M. Ducastel semble bien révéler d'ailleurs son caractère épidémique. Si M. Vidal emploie le terme de *germes*, c'est qu'il ne lui semble pas jusqu'ici démontré que les spores constatées dans les bulles et les pustules d'ecthyma soient les véritables agents du contage. Il faut user d'une grande réserve et d'une extrême circonspection relativement aux microbes; certes M. Ducastel a constaté des spores réunies, dans quelques cas, en chaînettes; mais on en trouve d'absolument semblables dans l'impétigo contagieux, dans l'impétigo simple, dans le pemphigus contagieux, dans le pemphigus aigu, dans la bulle même du vésicatoire, respectée jusqu'au début de la purulence, et parfois aussi au-dessous de simples squames épidermiques. Toutes ces spores sont surtout abondantes avant la formation du pus dans les bulles d'ecthyma ou de pemphigus, elles semblent ensuite disparaître avec la suppuration. En leur attribuant une trop grande valeur, ne serait-on pas entraîné à assimiler des affections bien différentes à tous les autres points de vue? Il faut le critérium de la culture du microbe et des inoculations successives pour pouvoir formuler un jugement dans une question aussi délicate.

M. *Ducastel* est entièrement de l'avis de M. Vidal; il n'a fait que signaler la présence des spores, sans vouloir en tirer aucune conclusion, certainement prématurée. Quant à la disparition des spores après la suppuration, il ne l'a constatée dans aucun cas; tout au contraire, les pustules lui ont semblé en renfermer un plus grand nombre que les bulles auxquelles elles avaient succédé.

— M. *Cornil* communique le résultat de ses recherches sur *la bactérie de la lèpre.* (Voy. le Compte rendu de l'Académie de médecine dans le numéro du 28 octobre.)

— M. *Debove* a obtenu quelques résultats inespérés d'un nouveau mode de traitement ou plutôt de nutrition des phthisiques. Il donnait ses soins à un individu atteint de tuberculose au troisième degré et qui présentait une anorexie totale et des vomissements répétés dès qu'il ingérait la plus petite quantité d'aliments. Dans le but d'arriver à nourrir ce malheureux, et pensant que ses vomissements résultaient peut-être du dégoût insurmontable qu'il éprouvait, M. Debove introduisit, au moyen du tube de Faucher, un litre de lait

dans l'estomac de son malade; aucun vomissement ne survint et la digestion s'opéra facilement. On ajouta progressivement au lait, des œufs, puis de la viande et aujourd'hui on introduit ainsi par la sonde 2 litres de lait, 10 œufs et 200 grammes de viande râpée. Les vomissements ont disparu, la toux, les sueurs ont diminué, les lésions pulmonaires semblent s'amender et les forces sont revenues à tel point que le malade peut se livrer à des exercices fatigants. Il a engraissé en moyenne de 100 grammes par jour. Le même moyen a également bien réussi chez des phthisiques non atteints de vomissements. Il ne faudrait pas cependant se hâter de conclure et ces faits ont besoin d'être confirmés par de nouvelles expériences.

M. *Dujardin-Beaumetz*, connaissant les succès obtenus par M. Debove, a soumis six malades tuberculeux au même procédé de *gavage* par la sonde de Faucher : ces malades qui vomissaient soit après le repas, soit pendant les quintes de toux, digèrent fort bien les aliments introduits directement dans leur estomac; l'amaigrissement disparaît et tous les symptômes de la tuberculose s'amendent d'une façon surprenante.

M. *Joffroy* a obtenu également de forts beaux résultats avec les lavements de peptone chez un individu atteint de cancer de l'estomac; mais l'amélioration fut de courte durée, la cachexie reprit son cours et dix jours plus tard le malade succomba. Chez un autre malade, réduit au marasme par un cancer du rein, les lavements de bouillon concentré et de sang défibriné ont également amené une étonnante amélioration : le malade a pu quitter le lit et a retrouvé l'appétit qui avait entièrement disparu. Il est soumis depuis un mois à ce régime, mais déjà les forces déclinent de nouveau, le facies devient moins bon et il est à craindre que la terminaison fatale ne soit pas éloignée.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

Séance du 26 octobre 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

Taille hypogastrique. — Kystes périostiques du maxillaire; sur un point de leur traitement. — Doigt à ressort. — Syndactylie.

M. *le Président* lit le discours qu'il a prononcé au nom de la Société de chirurgie sur la tombe de M. Houel.

— M. *Charles Monod* fait un rapport verbal sur une observation de taille hypogastrique adressée à la Société par M. *Bois* (d'Aurillac). Le malade avait une ankylose de la hanche, suite de coxalgie ancienne, ce qui a déterminé le choix du procédé. La pierre pesait 25 grammes. La plaie était complètement cicatrisée au bout de cinq semaines.

Dans une seconde observation, il s'agit d'un enfant de quinze ans; on rendit la vessie saillante en avant au moyen d'un ballon en caoutchouc introduit dans le rectum. Opération par la méthode hypogastrique. Guérison en trois semaines. M. Bois n'admet que deux manières d'extraire la pierre de la vessie : la lithotritie ou la taille hypogastrique; c'est entre les deux qu'il faut choisir, dit-il.

M. Monod a pratiqué trois fois la taille hypogastrique. D'abord, un homme de soixante-trois ans avait un calcul très volumineux (7 centimètres sur 5 centimètres); opération facile; suture de la vessie et suture de la plaie avec les précautions antiseptiques. Un drain est placé à la partie inférieure de l'incision, et une sonde reste dans le canal pendant trois jours. Le quinzième jour l'opéré se levait; mais il mourut d'érysipèle, qui avait pour point de départ la partie inférieure de la plaie.

Chez un autre malade, la vessie était très saignante et la pierre très dure. Opération facile. Mort cinq jours après. Pas de péritonite ni d'infiltration urineuse; mais on trouve du pus dans le tissu cellulaire, derrière le pubis.

Troisième malade : impossibilité de pénétrer dans la vessie, à cause du volume de la pierre, qui était énorme. Mort le cinquième jour avec un abcès gangréneux derrière le pubis.

Duns (en Amérique), M. Théophile Anger au Congrès de Londres, MM. Gosselin et Périer à l'Académie, proclament les succès de la taille hypogastrique; c'est une question qui mériterait l'attention de la Société de chirurgie.

M. *Després*. Giraldès disait que la taille hypogastrique avait été calomniée. M. Després a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* deux exemples de guérison par M. Devert (de Saint-Jean-d'Angely); il s'agissait de jeunes sujets. Tous les succès ont trait à de jeunes sujets. En France, nous n'avons l'habitude d'opérer par la taille hypogastrique que les malades qui ne peuvent être opérés par les autres méthodes. On ne peut pas établir en principe, pour tous les malades, la supériorité d'une méthode. Chez les vieillards, on fait ce que l'on peut; mais il ne faut pas espérer réussir avec la taille hypogastrique.

M. *Le Fort*. En France, on réserve la taille hypogastrique pour les mauvais cas; ce n'est donc pas avec des observations françaises qu'on pourra juger cette méthode.

— M. *Terrillon* lit un mémoire sur un point du traitement des kystes périostiques du maxillaire. Ces kystes sont le résultat de la lésion du sommet d'une racine. Quand la couronne de la dent malade est altérée, on arrache la dent; si la couronne est saine, s'il s'agit d'une dent incisive, le malade désire garder sa dent, et autrefois on laissait cette dent en place, malgré la suppuration prolongée qu'elle occasionnait.

Dans un cas, M. Terrillon s'est contenté de couper les racines malades, saillantes dans le kyste; il a pu guérir sa malade et lui conserver les deux incisives latérales supérieures droites. M. Magitot a publié de nombreux succès de réimplantation des dents après résection des racines malades. Un dentiste de Lyon a lu au Congrès d'Alger une communication où il disait qu'il suffisait, avec un petit trépan, de couper à travers l'alvéole la racine malade pour conserver la dent.

La malade de M. Terrillon avait vingt-quatre ans; huit ans auparavant, une dent incisive devient bleuâtre et douloureuse à la suite d'un choc; puis survient un abcès qui laissa une fistule; un kyste se forma peu à peu. M. Terrillon ouvrit le kyste, et avec une pince coupante fine réséqua les deux racines. La guérison se maintient depuis trois mois, et les incisives ont repris un peu de leur coloration normale.

M. *Magitot* a eu aussi l'occasion de faire la résection des racines sans arracher les dents; mais plus habituellement il pratique la greffe dentaire. Sur 108 greffes, il n'a eu que 8 insuccès. Les observations de M. Martin (de Lyon) se rapportent à des faits trop récents pour être concluants, et les faits sont trop peu nombreux; enfin, cette trépanation est un peu hasardeuse. M. Th. Anger et M. Péan ont aussi réséqué les racines malades sans extirper les dents.

— M. *Blum* lit deux observations relatives à la chirurgie de la main.

La première est un exemple du doigt à ressort. La deuxième a trait à la syndactylie.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Influence des affections de l'estomac sur le système nerveux : M. Leven. — Quelques recherches relatives à la mécanique du muscle : M. Mendelsohn. — Effets physiologiques et thérapeutiques de la napelline : M. Laborde.

M. *Leven* complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance sur la subordination du système nerveux à l'estomac. Il répète qu'il n'est pas douteux pour lui que tous les troubles observés chez le jeune homme dont il a rapporté l'observation : perte de connaissance, contracture, etc., doivent être mis sur le compte de la dilatation de l'estomac. Ce jeune homme avait jusqu'à 2 ou 3 crises par semaine, et cet état durait depuis quatre ans ; grâce à un traitement approprié et s'adressant exclusivement à l'estomac, il est aujourd'hui complètement guéri. Ce fait, et bien d'autres que M. Leven pourrait citer, sont des plus intéressants, puisque, d'après lui, ils permettent de ranger dans un seul groupe pathogénique les symptômes si nombreux et si variés des névroses. M. Leven tient à rappeler en terminant qu'il est le premier à avoir signalé cette relation existant entre les affections stomacales et les troubles du système nerveux.

M. *Dumontpallier* demande à M. Leven quel traitement il met en pratique près de ces malades.

M. *Leven* met l'estomac au repos, il pratique quelques sondages, prescrit l'usage du lait, des potages, du café au lait, de la viande, et ordonne quelques petits paquets de phosphate de chaux et de bismuth. Il faut bien se garder de permettre l'injection de légumes et l'emploi de l'eau de Vichy. Cette eau, en effet, irrite l'estomac puisqu'on voit la température locale s'élever de 9/10 de degré après son ingestion : il en est de même des purgatifs. Le phosphate de chaux, par contre, ne provoque aucune congestion du côté du viscère, on peut en administrer jusqu'à 4 grammes sans qu'on constate la moindre élévation de la colonne mercurielle.

M. *Laborde* pense qu'on peut voir dans le nerf pneumogastrique le trait d'union qui relie le système encéphalique à l'estomac.

— M. *Mendelsohn* communique à la Société quelques résultats auxquels l'ont conduit des recherches relatives aux rapports mécaniques du muscle : la hauteur du soulèvement, l'extensibilité élastique initiale et l'extensibilité supplémentaire.— *A*. La hauteur du soulèvement, c'est-à-dire la hauteur à laquelle un muscle est capable de soulever une charge dès qu'il est mis en activité, diminue à mesure que la charge augmente, mais cela n'a lieu qu'à partir d'une certaine charge, car cette hauteur est plus petite pour des charges très faibles que pour des charges un peu plus fortes, et ce fait est d'autant plus évident que la différence du poids des deux charges successives est plus petite, que l'intervalle entre l'application des deux charges est plus court et que les excitations du muscle se suivent plus rapidement. La hauteur du soulèvement augmente avec l'augmentation du courant jusqu'à un certain degré maximum, à partir duquel elle reste la même alors qu'on augmente encore l'intensité du courant; elle diminue dans le même ordre avec la diminution du courant, mais, dans ce cas, la hauteur pour de certaines forces du courant est plus petite que pendant l'augmentation du courant. Elle est plus grande pour la fermeture du courant que pour l'ouverture. Elle diminue sous l'influence de la fatigue, surtout à partir de la 100e excitation, mais elle est encore visible à 200 excitations. Elle augmente si on élève la température du muscle jusqu'à 24 degrés, mais si la température s'élève elle diminue. Toutes ces modifications sont d'autant plus évidentes que le poids est plus faible. — *B*. L'extensibilité élastique diminue sous l'influence de charges décroissantes et cette diminution est plus frappante pour de petites charges que pour de grandes charges. Pour chaque muscle, certaines charges successivement appliquées produisent le même allongement. L'extensibilité augmente sous l'influence de la fatigue, de l'arrêt de la circulation, de la section du nerf; elle augmente aussi dans un muscle tétanisé.— *C*. L'extensibilité supplémentaire, qui consiste en ce que l'allongement d'un muscle pour une charge donnée n'atteint pas immédiatement son maximum, mais continue encore quelques instants, augmente avec des charges croissantes, mais seulement pour des charges très faibles, au contraire elle diminue avec des charges considérables. Entre ces deux limites, elle reste toujours la même pour les différentes charges. Elle n'augmente ni ne diminue proportionnellement à l'augmentation et à la diminution de l'extensibilité. Pendant l'application d'une série de charges croissantes, tantôt elle est plus petite que cette dernière, tantôt elle la dépasse et lui est égale. La courbe de la secousse musculaire obtenue dans la période de l'extensibilité supplémentaire ne revient jamais à l'abscisse, sa descente est plus longue et plus inclinée vers l'abcisse.

Pour constater les différentes modifications dans l'extensibilité supplémentaire, il faut l'observer pendant cinq ou dix minutes. Enfin M. Mendelsohn arrive à la conclusion que l'élasticité du muscle est très imparfaite, et que déjà à de faibles charges le muscle reste un peu distendu après l'enlèvement de la charge, et ne revient à sa longueur primitive qu'à des charges extrêmement faibles. Cette distension ultérieure consécutive à l'allongement du muscle est en raison directe du poids de la charge et de la durée de son application.

— M. *Laborde* veut entretenir la Société des effets physiologiques et thérapeutiques, récemment découverts, d'un alcaloïde extrait des eaux mères dont on a retiré l'aconitine. On obtient, par des procédés sur lesquels M. Laborde ne veut pas insister, deux sortes de produits de ces eaux mères : l'un amorphe et insoluble, qui n'est pas intéressant pour le moment; l'autre amorphe également mais très soluble, auquel on a donné le nom de *napelline*. Cet alcaloïde se distingue de l'aconitine en ce qu'il est amorphe, très soluble dans l'eau, ce qui permet d'en faire des solutions très étendues, il est soluble aussi dans l'alcool, l'éther, etc. Son action physiologique est bien moins puissante que celle de l'aconitine; tandis que cette dernière substance, à la dose d'un demi-milligramme en injection sous-cutanée, produit sur les chiens d'un poids moyen des effets très rapides et bien connus de tristesse, ataxie des mouvements, vomissements très douloureux, et amène finalement la mort par asphyxie due à la constriction énergique des cordes vocales, la napelline, à la dose de 3 à 4 centigrammes, commence seulement à produire quelques effets. Ils consistent en un sommeil profond, calme, analogue à celui qu'on obtient avec la narcéine, substance si difficile à se procurer aujourd'hui. M. Laborde, en présence de ces résultats expérimentaux, a songé à employer la napelline chez l'homme, dans les cas où on voudrait déterminer le sommeil que des affections douloureuses, telles que névralgie faciale, sciatique, etc., empêchent. Le premier essai a été fait sur un homme névropathique atteint de névralgies erratiques qui avaient résisté à tous les narcotiques. La dose administrée a été de 3 centigrammes. Le résultat a été heureux, mais le malade, versatile comme tous les névropathes, y a renoncé, sous le prétexte que cette substance déterminait chez lui des troubles du côté de l'estomac. M. Dumontpallier a bien voulu expérimenter ce nouvel alcaloïde dans son service d'hôpital. Trois malades atteints de névralgie faciale, de sciatique et de névralgie intercostale ont été calmés par le médicament que M. Laborde propose aux cliniciens.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Compresse térébenthinée : M. Vidal. — De l'action hémostatique du perchlorure de fer par la voie stomacale : M. Lereboullet. — Traitement de la diphthérie par la pilocarpine : M. Archambault.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Vidal* rappelle qu'en 1871, dans une communication à la Société des hôpitaux, il avait préconisé contre la péritonite l'emploi d'une compresse de flanelle imbibée d'essence de térébenthine et recouverte d'un taffetas gommé. Si la compresse reste en place plus d'une demi-heure, on obtient en général la vésication; on peut d'ailleurs diminuer l'intensité de la révulsion en ne superposant pas un taffetas imperméable et en laissant l'essence s'évaporer librement. M. Vidal attribue les remarquables succès qu'il a obtenus dans les cas de péritonite non puerpérale, non seulement à l'action révulsive énergique, mais aussi à l'absorption de la térébenthine par la peau : on voit le pouls se relever, l'état général, le facies s'améliorer rapidement et la guérison être obtenue dans des cas qui paraissaient désespérés. Il a également retiré d'excellents effets du même procédé dans la broncho-pneumonie des enfants.

M. *Catillon* fait également connaître, à l'occasion du procès-verbal, un moyen d'enlever à l'iodoforme son odeur repoussante; il suffit d'ajouter à l'iodoforme dans le flacon où on le conserve des fragments de fève tonka. L'odeur devient alors méconnaissable et rappelle celle des amandes amères; elle persiste pendant plusieurs jours alors même que l'iodoforme retiré du flacon est exposé à l'air libre.

— M. *Lereboullet* fait hommage à la Société, au nom de l'auteur, M. Guestre, d'une thèse intitulée : *Essai sur l'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur contre les hémorrhagies*. M. Lereboullet rappelle qu'en février dernier, dans une revue concernant la médication ferrugineuse, il s'élevait contre l'emploi intempestif du perchlorure de fer à l'intérieur contre les hémorrhagies de toutes sortes. Il critiquait les assertions des médecins qui, usant et abusant de ce moyen, lui attribuaient sans réserves une puissance hémostatique certaine. Ayant rencontré quelques contradicteurs, parmi lesquels M. le docteur Morel (de Saint-Malo) qui se déclare le défenseur du perchlorure de fer administré comme hémostatique par la voie stomacale, il entreprit de nouvelles recherches sur cette question et engagea M. Guestre à en faire le sujet de sa thèse inaugurale. Il n'a pu rencontrer aucune observation absolument probante de l'arrêt d'une hémorrhagie par le chlorure ferrique administré à l'intérieur; M. N. Gueneau de Mussy dit qu'*il semble* que le perchlorure de fer ait dans ces conditions une action hémostatique, et la plupart des auteurs compétents ne sont pas plus affirmatifs. Dans un mémoire sur la matière, M. Cervello (de Palerme) a démontré par des expériences sur les animaux que le perchlorure de fer est absorbé par l'estomac à l'état de sel *ferreux*, c'est-à-dire de protochlorure et qu'il reste dissous dans le sang à la faveur des substances alb[illegible]ïdes, qu'en outre l'action physiologique produite [illegible] son absorption consiste dans un ralentissement des battements du cœur et dans une diminution d'amplitude des pulsations. Il a constaté les mêmes résultats en administrant le chlorure ferreux. M. Guestre a expérimenté sur lui-même en ingérant une certaine dose de perchlorure et en recueillant, avec le concours de M. François-Franck, une série de tracés sphygmographiques de son pouls radial, avant et après l'ingestion du médicament. Ayant pris tout d'abord, à une heure d'intervalle, deux doses de 50 centigrammes de perchlorure de fer, puis une troisième de 1 gramme, il a pu constater, d'une façon non douteuse, la diminution de l'amplitude et du dicrotisme de ses pulsations, en même temps que le ralentissement des battements cardiaques; il ingéra ensuite, de la même manière, un autre sel de fer, le tartrate ferrico-potassique, et put observer au bout d'une heure le ralentissement des pulsations; une heure après, le pouls devenait filiforme, mais assez rapide. Il semble donc résulter de toutes ces expériences que l'on obtient des effets analogues avec tous les sels de fer, et que l'action hémostatique attribuée au seul perchlorure de fer appartient à tous les ferrugineux. D'ailleurs, les recherches cliniques font voir que, pour le purpura en particulier, on a enregistré un bien plus grand nombre de guérisons sans l'emploi du chlorure ferrique, qu'après administration de ce médicament. Lorsqu'on sait les excellents effets de l'ipéca contre l'hémoptysie, de l'ergotine contre les métrorrhagies et, au contraire, l'action souvent nocive du perchlorure dans les gastrorrhagies, n'est-il pas logique de réagir contre l'emploi abusif de cette substance comme hémostatique, au moins par la voie stomacale.

M. *Vigier* rappelle qu'au point de vue chimique le perchlorure de fer a été longtemps préparé par l'action de l'acide chlorhydrique sur la pierre hématite, et que dans ces conditions la solution est toujours acide, d'autant mieux qu'il se dépose à la longue, dans le flacon où on la conserve, de l'oxychlorure jaune et qu'une plus grande quantité d'acide devient libre; c'est dans ces conditions un caustique énergique. On peut l'obtenir pur et rigoureusement neutre au moyen d'un courant de chlore dans une solution de protochlorure de fer. Le perchlorure forme avec le sang un chloro-albuminate de fer qui tend à se désagréger, si bien que le bouchon obtenu par ce moyen sur une plaie artérielle semble d'une efficacité problématique. Dans l'estomac, il s'unit aux substances albuminoïdes pour former un magma qui, attaqué par les acides gastriques, cède le persel de fer au sang à l'état de protosel; on n'observe, après ingestion du perchlorure, que les effets du protochlorure.

M. *Dujardin-Beaumetz* est d'avis que, si le perchlorure sur une plaie peut être dangereux à cause de son action caustique, l est cependant utile dans bien des cas, surtout lors d'hémorrhagies en nappe. Administré à l'intérieur, il ne peut, étant acide, passer en nature dans le sang qui est alcalin, mais, transformé en protochlorure, il rend de précieux services contre les hémorrhagies par anémie, telles que le purpura.

M. *C. Paul* croit l'efficacité du perchlorure de fer indiscutable dans la chlorose hémorrhagique. Dans les autres cas, son action dépressive sur le pouls ne peut être qu'utile pour l'hémostase. Il ne faut pas croire d'ailleurs que l'ingestion de ce médicament pendant deux ou trois jours puisse, ainsi qu'on le prétend, être une cause efficiente d'hémoptysies et de tuberculose, il ne pourrait jouer un tel rôle que s'il était administré d'une façon intempestive pendant une période beaucoup plus longue. M. C. Paul signale à ce propos que le meilleur signe pronostique de la cessation prochaine d'une hémoptysie chez un tuberculeux, c'est la disparition du pouls récurrent dans la radiale, ainsi que l'a signalé Récamier.

M. *Archambault* s'étonne des conclusions énoncées par M. Lereboullet, dont le travail semble prouver, au contraire, que non seulement le perchlorure, mais tous les sels de fer agissent comme hémostatiques par la voie stomacale. Peu importent d'ailleurs les transformations subies par le perchlorure avant son absorption, si le résultat définitif est une action hémostatique efficace.

M. *Lereboullet* pense qu'il a sans doute été mal compris; il a voulu simplement démontrer que le perchlorure n'était pas un spécifique contre les hémorrhagies qu'on dût employer à l'exclusion des autres sels de fer.

— M. *Archambault* donne lecture d'une note sur le *traitement de la diphthérie par la pilocarpine*. Il a expérimenté cette méthode sur vingt et un enfants, depuis le 20 mai dernier. Dans deux cas, il a employé les injections hypodermiques à la dose d'un demi-centigramme, trois fois par jour; il s'est montré une salivation très abondante, des vomissements

et une dépression marquée du système nerveux. Chez les autres malades, il a administré toutes les heures une cuillerée à soupe de la solution suivante : véhicule, 250 grammes; nitrate de pilocarpine, 10 centigrammes. Des vomissements étant survenus, il a diminué de moitié le titre de la solution. Tous les enfants ont d'ailleurs été soumis à une alimentation aussi tonique que possible. Dans la plupart des cas, il s'est produit une abondante salivation (7 cas, 2 douteux); cependant elle a fait parfois défaut (3 cas); les sueurs ont été très rares. Les fausses membranes ont paru se détacher facilement, mais dans les cas un peu intenses elles se sont rapidement reproduites, et la marche de l'affection n'a pas été modifiée. En résumé, sur 21 malades, 9 ont été guéris et 12 sont morts; résultat déplorable, si l'on tient compte de la bénignité des neuf cas suivis de guérison. L'expectative simple eût donné une mortalité moins élevée. Les douze cas mortels concernent des diphthéries graves, dont quelques-unes compliquées de croup, jetage et albuminurie. On pourrait objecter que la méthode des injections hypodermiques est préférable, cependant avec le procédé employé les effets physiologiques de la pilocarpine ont été obtenus. M. Archambault se propose d'ailleurs d'entreprendre une nouvelle série de recherches avec les injections sous-cutanées.

M. *Dumontpallier* trouve bien minimes les doses employées par M. Archambault. Pour sa part, il a pratiqué chez l'adulte des injections d'un centigramme, répétées plusieurs fois dans la journée. Les doses administrées par la voie stomacale doivent être plus considérables.

M. *Lereboullet* n'a injecté qu'un centigramme et demi par jour chez un enfant de douze ans dont il a récemment communiqué l'observation à la Société des hôpitaux; pour obtenir la salivation et l'élimination des fausses membranes, il n'est pas besoin de doses élevées. De nombreux cas de guérison sont publiés en Allemagne, mais les observations manquent de détails suffisants et de plus les pulvérisations phéniquées et les toniques ont toujours été employés concurremment à la pilocarpine; c'est ainsi du reste qu'il a lui-même soigné son petit malade.

M. *C. Paul* est d'avis que, chez l'adulte, on peut injecter 1 centigramme de pilocarpine trois fois par jour, et que chez l'enfant il ne faut pas pratiquer dans le même temps plus de trois injections de 5 milligrammes.

M. *Blondeau* est convaincu que la salivation abondante est une cause puissante d'affaiblissement des malades et qu'elle constitue une difficulté sérieuse à l'alimentation. Ne serait-ce pas une raison suffisante pour expliquer les résultats si peu satisfaisants du traitement de la diphthérie par la pilocarpine?

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Traitement des hernies gangrenées, par M. Beck. — Travail de pathologie expérimentale. Sur 21 résections de l'intestin, sur des animaux, 14 guérisons; sur 20 anus artificiels, 9 résultats seulement, dont 3 douteux. — L'auteur part de là pour recommander la première opération dans le cas de gangrène de l'intestin. (*Archiv für klin. Chirurgie*, t. XXV.)

De l'extension des nerfs, par M. E. Massing. — Nous avons déjà plusieurs fois, dans la *Gazette hebdomadaire*, appelé l'attention de nos lecteurs sur le procédé opératoire désigné par le nom d'extension des nerfs; nous croyons utile de rapporter encore les deux faits publiés par Massing et qui paraissent être très concluants en faveur d'une opération encore peu connue.

Dans le premier cas, il s'agit d'une névralgie des membres inférieurs, ayant atteint une intensité inouïe et datant de huit ans. Depuis deux ans, paralysie des muscles, anesthésie des parties postérieures depuis quelques mois; le sujet était âgé de 37 ans. La cause de ces douleurs était complètement inconnue. Massing, après avoir chloroformé le malade, découvrit le nerf sciatique gauche à la partie postérieure de la cuisse par une incision de 10 centimètres et lui fit subir une extension forcée. Pendant quelques heures il y eut une exaspération considérable des douleurs; puis, calme relatif. Vers le quatrième jour, il y eut une exacerbation suivie du calme. Cependant la névralgie persistait sur le trajet du saphène interne et du crural. On fit, au bout de six semaines environ, l'extension du saphène interne. Six mois plus tard, le malade quittait l'hôpital n'ayant plus ni douleur, ni paralysie, ni anesthésie.

Le second fait est relatif à une névralgie traumatique chez un enfant de 12 ans. Le pied gauche était varus équin, les orteils renversés, les muscles contracturés; toutes les articulations raides et à demi ankylosées. Anesthésie du pied et de la jambe. Douleurs extrêmement vives sur le trajet du sciatique. Massing reconnut une névrite sciatique ascendante consécutive à une névrite traumatique du pied. Il pratiqua l'extension du nerf sciatique. Ce n'est qu'au bout de huit mois que le malade put marcher et mouvoir les différents muscles. L'anesthésie, quoique diminuée, n'avait pas complètement disparu. (*Saint-Petersburger medicinische Wochenschrift*, n° 34, 1878.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Botanique cryptogamique pharmaco-médicale. Premier fascicule, avec 30 figures dans le texte, par M. Léon Marchand. — Paris, Gustave Doin, 1880.

La connaissance de la cryptogamie a fait dans ces derniers temps des progrès assez considérables pour qu'il soit devenu possible de la bien détacher de la phanérogamie et en faire une science à part. Mais l'enseignement officiel de cette science nouvelle, en France du moins, date d'hier; il a été installé à l'École de pharmacie, en 1877, sur la demande de M. Chatin. C'est ce cours que continue M. Léon Marchand, professeur agrégé. Les médecins qui voudront bien parcourir cette première partie des leçons reconnaîtront qu'ils ont bon parti à en tirer au point de vue de la physiologie, de l'hygiène, de la pathologie et de la thérapeutique. Ils y trouveront notamment exposé le rôle des cryptogames dans l'alimentation, dans les produits des liqueurs fermentées, dans certaines opérations industrielles, dans les expériences, dans les falsifications ou les détériorations des substances alimentaires ou médicamenteuses, etc.

The hunterian oration, by Luther Holden. — Londres, J. et A. Churchill, 1881.

L'honneur de prononcer, suivant le vieil usage anglais, le discours en l'honneur de Hunter était échu cette année à M. Luther Holden, ex-président du collège royal des chirurgiens d'Angleterre, qui a bien voulu nous en envoyer un exemplaire. Il a avec beaucoup de détails retracé la vie scientifique et apprécié l'œuvre du grand physiologiste, et a su trouver dans cette étude des vues ingénieuses et d'heureux rapprochements que nous devons néanmoins nous contenter de signaler à l'attention de ceux que ce sujet intéresse.

VARIÉTÉS

BOUILLAUD

M. le professeur Bouillaud nous a été subitement enlevé samedi dernier, 29 octobre. A peine quelques malaises avaient-ils annoncé ce brusque dénouement. Une affluence considérable de médecins se pressait le lundi suivant derrière les députations de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine et de la Faculté. Bouillaud n'avait point voulu qu'on prononçât aucun discours sur sa tombe. Mais, en lui rendant

les derniers honneurs, chacun de nous sentait qu'un grand vide venait de se produire dans le monde médical, et que cette tombe se fermait sur l'un des derniers représentants, le plus puissant peut-être, d'une génération qui avait élevé si haut l'influence de l'école française.

Né le 12 septembre 1796, Joseph Bouillaud venait d'entrer dans sa quatre-vingt-sixième année. Pendant cette longue carrière son activité scientifique ne s'était jamais démentie. La science était sa passion. Il s'y dévoua tout entier et l'on se sent pénétré d'un profond respect en présence de cette somme énorme de travail manifestée par une quantité de mémoires et d'ouvrages si considérable.

En 1823, Bouillaud, interne à l'hôpital Cochin, dans le service du docteur Bertin, publie son travail sur l'oblitération des veines et leur influence sur les hydropisies dont, le premier, il donne la théorie véritable. C'est là certainement une de ses plus belles œuvres, celle dans laquelle l'empreinte créatrice se trouve peut-être le plus nettement accusée.

A partir de ce moment, il ne s'arrêtera plus. Chaque année est marquée par quelque nouvel ouvrage. Reçu docteur, cette année même, il publie en 1824 le *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, sous le nom de son chef Bertin, qui lui fournit d'abondants matériaux qu'il coordonne et accroît de nombreuses observations.

Déjà son attention s'était fixée sur les maladies de l'encéphale. En 1825, il lit à l'Académie un premier travail sur la localisation de l'organe du langage dans les lobes antérieurs du cerveau; quelques mois après paraît son traité de l'*Encéphalite*. Toute sa vie, il fut préoccupé de cette question des localisations cérébrales auxquelles il consacra de nombreux travaux. L'un des plus remarquables est relatif aux fonctions du cervelet (1829), auquel il attribue la faculté de coordination des mouvements dans la progression et la station.

En 1826, il publie le traité clinique et expérimental des *fièvres dites essentielles*, dont il croit trouver la cause dans la phlogose de la membrane interne du cœur et des vaisseaux.

Nommé, en 1831, médecin du bureau central, il concourt cette année même à deux chaires : l'une de physiologie, l'autre de clinique médicale; en concurrence, pour la première avec Bérard et pour la seconde avec Husson. Le succès qui semblait lui être assuré pour la chaire de physiologie, récompense ses efforts au second concours et il conquiert de haute lutte, par des épreuves remarquables, la place que l'on croyait réservée à son très distingué concurrent.

En 1832, paraît son *Traité du choléra*. Vers cette époque, qui fut la plus brillante de sa carrière, il prépare son *Traité du rhumatisme*. Sa clinique attire la foule. Il s'y consacre avec ardeur. Les observations s'accumulent et en 1835 il publie ses *Recherches sur le rhumatisme et la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite*. Ce n'était en quelque sorte que l'annonce du *Traité clinique des maladies du cœur*, qui lui est tout à fait personnel, qui parut la même année et eut une deuxième édition en 1842. Bouillaud avait trouvé une mine nouvelle. Il y puisait à pleines mains avec l'entière conscience de l'importance de ses découvertes et des progrès qu'il imprimait à la science.

En 1840, il revient à ses recherches sur le rhumatisme, les complète et publie son grand *Traité du rhumatisme et de la loi de coïncidence des maladies du cœur*, un de ses plus beaux titres de gloire; à coup sûr, le moins contesté.

Sa clinique avait été publiée en 1839. C'est là qu'on trouve surtout formulés ces principes de thérapeutique qui furent si violemment attaqués.

Mais son activité n'est point affaiblie par cette incessante production. Chemin faisant, il publie de nouveaux travaux, communications et mémoires sur les sujets préférés de ses études : les *Localisations cérébrales en particulier*, sur l'*Albuminurie cantharidienne*, sur les *Causes du ralentissement du pouls dans l'ictère* (1849-1850).

En 1846, enfin, paraissent les cinq volumes de sa *Nosographie médicale*, où toutes ses recherches, toutes ses découvertes se trouvent réunies.

Ses grands travaux s'arrêtent à cette époque, mais l'infatigable travailleur ne peut rester inactif. Aucune discussion importante ne le trouve indifférent. En 1868, l'Institut lui ouvre ses portes. Cette haute distinction comblait toutes ses ambitions.

Tant d'énergie, tant de fécondité, une telle passion pour la science commandent l'admiration, et nous n'avons pas le courage de rechercher les ombres de cette brillante carrière. D'autres, étrangers au monde médical, ont pris le triste soin de relever quelques défaillances. Inclinons-nous avec respect devant cette grande figure médicale. Ceux qui ont eu l'insigne faveur de pénétrer dans son intimité savent quelle était sa tendresse ardente pour les siens, sa bienveillance pour les amis qui l'entouraient, son dédain pour l'intrigue et tout ce qui ne lui paraissait pas relever d'un noble sentiment. C'était une âme haute, passionnée pour toutes les grandes choses. Nul de ceux qui l'ont le plus vivement attaqué ne peut lui refuser le respect dû aux grandes convictions servies par une rare intelligence.

Blachez.

Programme des cours de la Faculté de médecine (année scolaire 1881-1882).

(Fin. — Voyez les numéros 41 et 43.)

COURS AUXILIAIRES

Cours auxiliaire de chimie médicale : M. Henninger, agrégé. — Chimie biologique. Biologie générale, principes immédiats de l'économie animale, phénomènes chimiques de la digestion, sang, lymphe, respiration, phénomènes d'assimilation, composition chimique des principaux tissus, phénomènes de désassimilation, sécrétion. Le mercredi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale : M. de Lanessan, agrégé. — Zoologie médicale. Le mardi, le jeudi et le samedi, à deux heures (grand amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie interne : M. Legroux, agrégé. — Maladies du tube digestif (rate et foie exceptés). Le lundi, le mercredi et le vendredi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie externe : M. Marchand, agrégé. — Généralités, maladies de la peau. Tissus cellulaires, etc. Le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures (salle Laennec).

Cours auxiliaire d'accouchements : M. Budin, agrégé. — Thérapeutique obstétricale et opérations. Le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de physiologie : M. Rémy, agrégé. — 1° De la reproduction; 2° du développement; 3° des organes des sens. Le lundi, le mercredi et le vendredi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'anatomie pathologique : M. Strauss, agrégé. — Inflammations. Inflammations spécifiques. Thrombose et embolie. Atrophies. Hypertrophies. Dégénérescence. Stéatose. Dégénérescence amyloïde. Athérose. Néoplasme. Classification des tumeurs. Le lundi, le mercredi et le vendredi, à trois heures (petit amphithéâtre).

TRAVAUX PRATIQUES

Anatomie : M. Farabeuf, agrégé, directeur des travaux anatomiques. — Enseignement de l'ostéologie. Dissection. Démonstrations quotidiennes d'anatomie par les prosecteurs. Tous les jours, étude et dissections, de midi à quatre heures. Démonstration dans chaque pavillon, de une à quatre heures.

Physiologie : M. Laborde, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations de physiologie.

Histologie : M. Cadiat, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'histologie.

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histoire naturelle. Le lundi et le jeudi, première série; le mardi et le samedi, deuxième série; de neuf à onze heures.

Chimie médicale : M. A. Gautier, agrégé, chef des travaux. — Manipulations chimiques. Le mardi et le jeudi, de une à trois heures; le mercredi et le vendredi, de huit à dix heures.

Physique médicale : M. Ch. Gay, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques de physique. Conférences de physique. Le mardi, le jeudi et le samedi, de quatre à six heures.

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'anatomie pathologique.

Nouveaux hôpitaux. — On a fait récemment l'inauguration de trois hôpitaux, dont deux français et un étranger, d'après les nouveaux systèmes. Nous en parlerons dans le prochain numéro.

Nouvelles du choléra. — D'après une dépêche du gouverneur général du Hedjaz, la mortalité serait, en moyenne, à la Mecque, de trois à six par jour; les pèlerins turcs auraient eu relativement peu à souffrir, et ce sont principalement les pèlerins de Java et du Soudan, c'est-à-dire ceux qui ont fait escale à Aden, qui en sont atteints. Le gouverneur général affirme d'ailleurs très nettement que la maladie a été importée par cette catégorie de pèlerins, et il confirme ce qui a été déjà dit de la négligence bien constatée du résident d'Aden. Cet agent ne constitue pas d'ailleurs une exception, comme exemple de négligence, parmi les autorités anglaises, car récemment le gouverneur général de Bombay ayant demandé que les provenances de sa province fussent exemptées de la quarantaine, il a dû reconnaître qu'il existait à Bombay et à Surate des cas sporadiques de choléra, et bien que, d'après lui, cette situation ne motivât pas le maintien de la quarantaine, le conseil de santé de Constantinople en a sagement jugé autrement.

L'essentiel pour l'Europe est de se prémunir contre la propagation du fléau par les pèlerins retournant du Hedjaz; aussi l'Égypte a-t-elle décidé que la quarantaine, au lieu d'avoir lieu à El-Tohr, au pied du Sinaï, serait subie par les pèlerins sur la côte arabique même, au lieu dit El-Wech ou El-Ouach; il existe en ce point une assez belle rade, mais il n'y a pas d'eau en quantité suffisante. On a dû y installer des appareils de distillation en même temps qu'on y transportait du matériel pour campement et de grandes quantités de vivres. Tous les pèlerins subiront ces rigueurs nécessaires, et si quelques-uns parviennent à s'y soustraire, ils seront inexorablement repoussés des ports de la Méditerranée. Le gouvernement vient d'envoyer à la Mecque un renfort de cinq médecins, bien entendu, musulmans, l'entrée du Hedjaz étant interdite aux chrétiens.

Service de santé militaire. — Sont nommés dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

1° *Au grade de médecin-major de* 1re *classe.* — MM. Minzior (15e régiment de dragons); Evrard (9e régiment de hussards); Mabboux (hôpital militaire de Lille); Raimond (86e régiment d'infanterie); Annequin (hôpitaux de la division d'Oran); Salomon (18e régiment de chasseurs); Rouflay (hôpital militaire de Maubeuge); Landrin (40e régiment d'infanterie).

2° *Au grade de pharmacien-major de* 1re *classe.* — M. Burcker, agrégé à l'École de médecine et de pharmacie militaires.

Viandes trichinées. — Une conférence a eu lieu rue de Lancry, à l'hôtel des chambres syndicales; elle avait pour but de démontrer que le décret du 18 février dernier, prohibant les viandes salées d'Amérique, au profit des viandes salées d'Allemagne, d'Autriche, d'Italie, sous le prétexte de trichine, a été une faute économique.

Hôpital Saint-Louis. — Sur un rapport de M. Bourneville au *conseil municipal*, d'importantes améliorations vont être apportées dans le service de l'hôpital Saint-Louis. On va construire un nouvel amphithéâtre et établir un conduit des eaux de la Vanne. Jusqu'ici l'hôpital n'avait été alimenté que par les eaux de l'Ourcq.

L'Allaitement artificiel. — Le vœu émis l'année dernière par le conseil général de la Seine, de voir expérimenter l'allaitement artificiel des enfants atteints de maladies contagieuses, se réalise en ce moment à l'hospice dépositaire. L'installation intérieure de la nourricerie modèle est terminée, et les expériences ont commencé dans les premiers jours de juin 1881, sous la direction de M. le professeur Parrot.

Assistance publique. Secours individuels. — L'année dernière, le conseil municipal avait émis le vœu que les secours individuels et les secours aux ménages chargés d'enfants, délivrés jusqu'ici par l'administration centrale de l'Assistance publique, fussent distribués par les bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements de Paris. Cette mesure va être mise à exécution au commencement de l'année prochaine.

Cours clinique des maladies mentales. Asile Sainte-Anne. — M. le professeur Ball commencera son cours le dimanche 6 novembre, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

Clinique ophthalmologique. — M. Ch. Abadie commencera ses conférences cliniques d'ophthalmologie vendredi 4 novembre, à deux heures, à sa clinique, boulevard Saint-Germain, 172, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Mortalité a Paris (43e semaine, du vendredi 21 au jeudi 27 octobre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1034, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 47. — Variole, 10. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 52. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 11. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 39. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 55. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 34. — Pneumonie, 70. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 57; au sein et mixte, 26; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 93; de l'appareil circulatoire, 70; de l'appareil respiratoire, 68; de l'appareil digestif, 47; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 4. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 43e semaine. — Cette 43e semaine présente une augmentation de 114 décès; l'augmentation porte principalement sur les décès par bronchite et pneumonie (104 au lieu de 57). En outre, deux maladies zymotiques importantes ont accru leurs sévices : 1° la fièvre typhoïde (47 décès au lieu de 28), et la diphthérie (52 décès au lieu de 44).

Dans la répartition des décès par diphthérie nous remarquons trois quartiers qui, chacun, comptent 3 décès, à savoir : le 70e ou *Clignancourt*; le 23e ou *Montparnasse* et le 19e ou *Val-de-Grâce*, et il importe de noter que ce dernier en comptait déjà 3 la semaine précédente; en outre, il y a 5 décès provenant d'individus domiciliés hors Paris. Les 4 autres sont des enfants admis aux Enfants malades ou à l'hôpital Trousseau.

La fièvre typhoïde, qui s'est si brusquement accrue (de 28 à 47 décès), a occasionné 3 décès dans chacun des quartiers contigus des *Batignolles* et des *Epinettes*, et 4 dans la garnison de Paris.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des opérations obstétricales, cours professé à l'Université de Liège, par M. le professeur Wasseige. 1 vol. in-8 avec 165 figures intercalées dans le texte, cartonné. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 10 fr.

Contribution à la pathologie de l'enfance, par M. le docteur Charon. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte et cinq planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 6 fr.

Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (pathogénie), par M. le docteur Bar. In-8 avec figures dans le texte et 5 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie, par Mlle Skwartzoff, docteur en médecine. In-8 avec figures dans le texte et 2 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 10 novembre 1881.

LE PLOMB DANS NOTRE ALIMENTATION JOURNALIÈRE. — LE SERVICE DE SANTÉ EN TUNISIE.

Académie de médecine : Le plomb dans notre alimentation journalière.

La communication faite par M. Armand Gautier à l'Académie, et qui a occupé la plus grande partie de la séance, mérite une sérieuse attention; en faisant sévèrement et avec rigueur le procès au plomb et en montrant combien sont nombreuses les circonstances dans lesquelles ce poison s'introduit dans l'économie par notre alimentation journalière, il n'aura pas seulement fourni à l'analyse chimique de nouvelles méthodes d'une extrême précision et d'une facilité ingénieuse, mais il aura encore rendu un signalé service tant à l'alimentation publique qu'à la prophylaxie administrative. Il n'est pas douteux, comme M. Gautier l'a nettement établi, « que le plomb nous assiège, nous enveloppe et nous pénètre » ; on trouvera plus loin au compte rendu l'énumération des produits alimentaires et des objets usuels dans lesquelles il en a fréquemment rencontré de notables proportions; le danger est constant et flagrant. Beaucoup de bons esprits pensent néanmoins, comme l'ont aussitôt fait remarquer MM. Le Roy de Méricourt et Rochard, que les craintes que ce danger autorise sont hors de proportion avec les résultats cliniques constatés; c'est ainsi qu'il est fait un très grand usage des conserves de poissons dans la marine et que les phénomènes d'intoxication saturnine y seraient devenus rares, sinon complètement inconnus. Mais n'en faut-il pas attribuer le mérite aux rigoureuses prescriptions que M. Rochard a su précisément obtenir dans la réglementation de la soudure des boîtes de conserves; car, aux termes des arrêtés pris en 1879, à la suite de ses rapports au Comité consultatif d'hygiène publique, toutes les soudures de ces boîtes et même le *cordon* doivent être pratiqués à l'extérieur et avec du ferblanc, étamé à l'étain fin. Bien d'autres mesures ont été édictées, sur lesquelles nous ne pouvons revenir, en ce qui concerne les précautions à prendre contre l'intoxication saturnine dans l'armée de mer depuis les travaux du docteur Lefèvre (de Rochefort), et nous pensons que leurs heureux résultats ont justement une signification toute particulière.

Nous ne saurions donc partager les craintes exprimées par M. Larrey, lorsqu'il redoute la panique que pourrait soulever la connaissance des faits signalés par M. Gautier; cette panique nous paraîtrait, au contraire, des plus salutaires. En matière d'hygiène publique, il faut prévoir ; les composés plombiques introduits dans notre alimentation sont-ils toxiques? Personne ne peut le nier. Que leurs effets s'exercent à longue échéance, ou, comme on l'a constaté quelquefois, d'une manière aiguë, qu'ils soient insidieux ou éclatants, il n'en est pas moins indispensable d'en réglementer l'introduction dans l'alimentation ; en agissant ainsi, on ne porte préjudice qu'à une fabrication dont les procédés peuvent être transformés aisément; MM. Würtz, Arnould, Layet, etc., l'ont maintes fois prouvé, et l'on prémunit une population ouvrière tout particulièrement éprouvée par un terrible danger professionnel, si l'on en juge par les 630 cas consignés dans les travaux de MM. Hillairet et Proust, que les hôpitaux de Paris ont chaque année à traiter. Cette considération, oubliée dans la discussion de l'Académie, a bien aussi sa valeur.

Le service de santé en Tunisie.

L'enquête ordonnée par M. le ministre de la guerre « pour vérifier l'exactitude des faits signalés par la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* » (*Journal officiel* du 12 octobre) a été faite. On nous a, en effet, communiqué plusieurs dépêches ou rapports transmis d'urgence au ministère par le commandement, l'intendance ou les médecins en chef des hôpitaux ou ambulances. Nous avons reçu, de plus, un très grand nombre de lettres nouvelles et de documents statistiques qui ne laissent aucun doute sur l'exactitude des premiers renseignements qui nous avaient été fournis. Enfin, quelques lignes que nous avions écrites, au sujet du service des évacuations, nous ont valu une rectification dont nous devons tenir compte.

Il nous faut, en conséquence, revenir une dernière fois sur ce sujet en répondant, d'après les éléments d'information que nous avons reçus, au discours prononcé devant la Chambre par M. le ministre de la guerre.

M. le général Farre a cru devoir affirmer que, durant toute la campagne de Tunisie, aucune faute n'avait été commise. Il a voulu mettre le commandement et l'administration à l'abri de toute critique, et avec un parfait optimisme, il a pu dire : « C'est par une hygiène bien entendue, par une nourriture saine et abondante, par des soins assidus, que l'on a pu préserver cette armée-là des atteintes du climat et des maladies qui ont décimé tant d'autres armées en Algérie. Si nous avons réussi cette fois-ci, c'est grâce aux précautions que nous avons prises. » Ces paroles, que nous devions citer textuellement, sont en contradiction formelle avec ce que nous avons écrit nous-même. Voyons par quels arguments le ministre de la guerre a pensé pouvoir les justifier.

Nous ne dirons plus rien au sujet de l'approvisionnement des ambulances ou de l'installation des hôpitaux. Nous nous sommes suffisamment expliqué à ce sujet, et, bien que les renseignements nouveaux que nous avons reçus, en particulier sur les hôpitaux et ambulances récemment installés dans le Sud, ne soient rien moins que satisfaisants, nous nous abstiendrons de les résumer.

Mais nous ne pouvons laisser sans réponse quelques-unes des affirmations de M. le général Farre. Chaque bataillon, dit-il, est parti accompagné d'un médecin, soit trois médecins par régiment. Mais les médecins blessés ou malades ont-ils été remplacés? Dans les hôpitaux où l'on n'avait laissé qu'un ou deux médecins, a-t-on pris les mesures nécessaires pour en augmenter le nombre à l'instant où l'encombrement commençait? N'a-t-on pas su au ministère de la guerre que le colonel Brunetière étant tombé malade et ayant emmené son médecin à Blida, un seul aide-major de 2e classe a été chef de l'ambulance de toute la colonne? A-t-on oublié qu'à la colonne de Raz-el-Mina il n'y avait également qu'un seul aide-major de 2e classe pour 1100 hommes? N'a-t-on reçu aucun avis concernant le 9e régiment de chasseurs de France qui resta campé pendant deux mois à Tiaret sans médecin-major ni aide-major?

M. le ministre, qui paraît ignorer tous ces détails, affirme aussi que les ambulances et les hôpitaux n'ont jamais été encombrés. Il serait trop long de faire l'énumération des ambulances qui n'ont pas eu assez de tentes pour abriter leurs blessés. Il déclare que les évacuations ont été faites partout dans les meilleurs conditions possibles et trois fois par semaine. Il nie l'utilité des évacuations sur le continent et l'opportunité qu'il y aurait eu à organiser des bâtiments-hôpitaux. Point ne nous semble utile de répondre à ces affirmations que contredisent, non seulement les lettres des médecins, mais encore les avis des intendants eux-mêmes. Nous serions en mesure d'en fournir les preuves les plus authentiques; mais nous ne voulons insister que sur un point, le seul qui puisse intéresser nos lecteurs.

M. le général Farre, paraphrasant le rapport de M. le docteur Baudoin, a déclaré que la fièvre typhoïde sévissait sur tous les régiments de France, qu'elle régnait en Algérie avant l'expédition tunisienne et que, par conséquent, les assertions de ceux qui affirmaient quelle avait été importée en Algérie étaient dénuées de fondement. Or, il est prouvé que le 142e régiment d'infanterie a détaché un de ses bataillons en Algérie le 14 avril, au moment même de la recrudescence très accentuée de la fièvre typhoïde qui sévissait depuis très longtemps à Perpignan. Pendant le mois d'avril, ce régiment avait fait entrer à l'hôpital 11 hommes atteints de cette maladie, et 4 d'entre eux avaient succombé. Il est démontré, M. le docteur Baudoin lui-même l'a reconnu, que le 27e bataillon de chasseurs à pied n'avait gagné la maladie que *par la contagion venant du 142e*. Il est prouvé que le 9e chasseurs de France n'était arrivé à Tiaret qu'après avoir laissé 9 typhoïdiques à Marseille, 19 à Oran et 5 à Relizane. Et ce régiment, le même qui resta deux mois sans médecin, fit entrer aux hôpitaux 158 hommes, c'est-à-dire un tiers de son effectif, et perdit 21 malades, alors que le 1er chasseurs d'Afrique ne comptait que 6 malades et 1 seul décès. On ne niera point non plus que le 68e de ligne étant infecté par la maladie, on lui envoya un fort contingent de recrues et que l'on fit camper près de lui le 139e régiment qui, jusqu'alors indemne, eut bientôt 94 malades dont 8 succombèrent.

Ces exemples, qui ne sont pas les seuls que nous pourrions citer, ne démontrent-ils pas que, comme nous l'avons déjà dit, l'épidémie de fièvre typhoïde qui a si cruellement frappé le corps expéditionnaire algérien a été d'importation continentale, et qu'elle a été aggravée par des imprudences nombreuses. Pourquoi, dès lors, M. le ministre de la guerre s'obstine-t-il à nier que ces fautes aient été commises? Pourquoi ne reconnaît-il pas qu'elles auraient pu être évitées si, au lieu de condamner au silence tous les médecins de l'armée, au lieu de leur interdire d'envoyer directement des rapports médicaux au Conseil de santé, on les avait encouragés à indiquer les mesures nécessaires pour prévenir l'extension de la maladie?

Tous ceux qui sont un peu au courant des rapports qui, depuis de si longues années existent entre le commandement, l'intendance et le corps de santé, ne comprendront-ils pas aussi, en lisant le discours de M. le général Farre, que celui-ci n'a pas dû prendre connaissance des rapports des médecins et que, par conséquent, les chiffres qu'il a fournis et qui ne sont que des moyennes, impossibles à vérifier et par conséquent à discuter, n'ont pas plus de valeur que ceux qui ont été insérés au *Journal officiel* du 6 octobre. Nous avons démontré que ces derniers chiffres étaient inexacts et qu'ils n'avaient pas été approuvés par le Conseil de santé. Le *Bulletin de l'intendance* avoue qu'ils ont été fournis par les bureaux de la guerre. Il en a été de même sans doute pour les statistiques que l'on prétend donner aujourd'hui comme représentant la morbidité et la mortalité de l'armée pendant toute la campagne.

Pour bien prouver d'ailleurs comment a été faite l'enquête prescrite, et comment il a pu y être répondu, nous ne citerons que le fait suivant. A la date du 31 octobre, le ministre envoyait au général commandant le 17e corps, et à M. le colonel de Coulange, commandant le 83e régiment d'infanterie, la dépêche télégraphique suivante : « On a prétendu que médicaments auraient manqué à la garnison du Kef quand vous commandiez cette place, où une souscription aurait été faite entre les officiers *pour acheter sulfate de quinine;* qu'à défaut d'autre tisane on aurait dû donner du *coco* aux malades.... » Or, si l'on se reporte à notre premier article, on y verra que cette dépêche réunit deux ou trois citations se rapportant à des époques et à des localités différentes. Nous avions dit que la souscription ouverte au Kef entre les officiers avait servi à acheter « des médicaments, des vivres et des objets de literie pour les malades. C'est à Souk-Ahras, ajoutions-nous, qu'ils envoyaient chercher les objets et les vivres dont leurs malades avaient besoin ». Il n'était pas question de sul-

fate de quinine, et c'est à propos d'une ambulance oubliée à Ghardimaou que nous avions écrit : « La thérapeutique se bornait à du *coco*. » Nous ne sommes point autorisé à reproduire la réponse de M. le colonel de Coulange; mais nous pouvons déclarer qu'il ne nie pas qu'une collecte ait été faite entre les officiers et sur leur demande. Ce qui s'est passé au Kef est d'ailleurs connu de tous les officiers d'Algérie, et voici la seule observation que nous ait adressée à ce sujet un sous-intendant militaire, tout particulièrement autorisé : « Il eût été naturel, nous écrit-il, que le gouverneur du Kef ou le médecin le plus ancien, *se trouvant en présence d'une situation aussi pénible*, s'adressassent soit au commandant supérieur, soit au sous-intendant de la place d'Algérie la plus voisine (Souk-Ahras), pour obtenir les médicaments ou le matériel qui faisaient défaut. Or ni le commandant supérieur, ni le sous-intendant militaire n'ont jamais été informés de rien. »

Une seule rectification nous a été demandée. Au sujet des évacuations, nous avions émis un avis tout personnel : « Il eût fallu, disions-nous, concentrer à Ghardimaou des cacolets, des litières, des moyens de transport de toute nature, établir sur la route un ou deux postes intermédiaires... » Or, on nous affirme que des mulets, des cacolets et des litières ont été, en quantité suffisante, réunis à Ghardimaou pour assurer le service d'évacuation de cette ambulance sur Souk-Ahras et qu'un poste intermédiaire a été établi à Boumesram. Cette rectification, qui se rapporte à un état de choses postérieur au 8 mai, car avant cette époque il n'existait rien ou presque rien à Ghardimaou, ne suffit pas à infirmer les déclarations qui nous ont été faites par des correspondants en qui nous avons toute confiance. Or, ces correspondants nous ont déclaré *avoir vu* des malades atteints de fièvre typhoïde évacués à dos de mulet, les litières faisant défaut, et les mulets de réquisition, fournis par les Arabes, n'ayant point de bâts. Ils affirment que les malades avaient préféré « faire la route à pied » plutôt que de subir le supplice de ce mode de transport, etc. Il y a donc assurément entre les déclarations de nos correspondants des divergences d'appréciation tenant à ce que les faits signalés correspondent à des dates différentes. Répétons d'ailleurs, à ce propos, que nous n'avons jamais voulu contester ni les difficultés d'organisation qu'a eu à surmonter l'administration militaire, ni les efforts qui ont été faits sur bien des points pour mieux assurer la répartition du matériel, des médicaments et des vivres par des fonctionnaires dont le zèle, l'intelligence et le dévouement restent incontestés.

Ce que nous avons prétendu démontrer, ce que nous maintenons encore, c'est que les critiques adressées au ministre de la guerre et à l'administration se justifient par un très grand nombre de documents non démentis jusqu'à ce jour, et que M. le colonel Langlois, qui a cependant fait, dans les bureaux du ministère de la guerre, une enquête si complète, n'a pu contester lui-même. Ce que nous avons tenu à prouver, c'est que l'organisation régionale créée par la loi de 1872 est incompatible avec la nécessité de maintenir, en Algérie, une armée d'occupation et de faire des conquêtes lointaines; c'est que nos jeunes soldats ne peuvent être impunément enlevés aux garnisons du Nord ou de l'Est, pour être brusquement jetés en Algérie et exposés, sans acclimatement préalable, à toutes les fatigues d'une laborieuse campagne; c'est que l'importation en Algérie et la propagation d'une épidémie de fièvre typhoïde auraient été évitées, si l'on avait consulté les médecins militaires au moment de la mobilisation des troupes, ou bien alors que l'on installait en Algérie des campements permanents; c'est, enfin, que les retards apportés au vote de la loi sur l'administration de l'armée ont été la cause principale des dissentiments et des difficultés qui ont rendu impossible l'accomplissement des devoirs qui incombent, dans des sphères diverses, au commandement, à l'administration et au corps de santé. Nous n'aurions point songé à faire connaître les fautes commises, soit par le ministère, soit par l'intendance, si nous n'avions été, comme tous nos anciens camarades de l'armée, péniblement émus en lisant les dénégations du ministère, toutes les fois qu'on lui signalait ce qui se passait en Algérie et son obstination dans l'optimisme. Comment aurions-nous pu garder le silence, alors que l'un des médecins les plus éminents et les plus autorisés de l'armée annotait la lettre d'un de ses subordonnés par les lignes suivantes : « Il est de mon devoir de vous avertir que la faute capitale dans toutes ces tristes épidémies de fièvre typhoïde de Tunisie et d'Algérie, doit être imputée à l'administration centrale qui n'a rien su prévoir et qui a eu la cruauté de faire faire campagne d'été à des troupes jeunes, avec le même équipement, le même vêtement, les mêmes bagages, qu'en France ou en Allemagne? »

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Les paralysies toxiques, par le docteur Lancereaux, membre de l'Académie de médecine. (Extrait de leçons recueillies par M. L. Gautier, interne des hôpitaux.)

L'alcool n'est pas le seul agent toxique qui puisse produire des paralysies (1). D'autres poisons jouissent de la même propriété sur la motricité et la sensibilité. C'est de l'action de ces diverses substances que je vais m'occuper ici.

Le plomb ne nous arrêtera pas. La paralysie saturnine est, en effet, bien connue; elle a donné lieu à de nombreux travaux. D'ailleurs elle se distingue par des caractères si tranchés de la paralysie alcoolique et de celles qui nous restent à décrire, que son diagnostic sera toujours des plus aisés, même chez les sujets qui, comme cela arrive trop souvent dans nos hôpitaux, s'adonnent aux liqueurs fortes tout en exerçant une profession qui les expose à l'intoxication saturnine.

D'autres paralysies, produites par des agents toxiques d'origine minérale ou végétale présentent, au contraire, une ressemblance pour ainsi dire complète avec celles auxquelles donne lieu l'alcool, à savoir : symétrie et marche ascendante des accidents, désordres subjectifs et objectifs de la sensibilité, troubles vaso-moteurs, intégrité des centres nerveux.

L'arsenic mérite le premier rang parmi ces poisons, tant au point de vue de la fréquence que de la connaissance que nous avons des accidents paralytiques qu'il détermine.

En France, R. Leroy d'Etiolles (*Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 141) et Imbert-Gourbeyre (*Gazette médicale de Paris*, 1858, n° 1 et suivants) ont, il y a plus de vingt ans, rassemblé chacun de leur côté un certain nombre d'observations de paralysies arsenicales. D'autres auteurs ont étudié ce sujet, et tout dernièrement le docteur Scolozuboff et notre distingué confrère le docteur Arm. Gautier (2).

(1) Voy. notre mémoire sur la *paralysie alcoolique* (*Gazette hebdomadaire*, 1881, nos 8 et suiv.).

(2) Scolozuboff et Arm. Gautier, *Sur la localisation de l'arsenic dans les tissus à la suite de l'usage des arsenicaux* (*Archiv. de physiol. norm. et pathol.*, 1875,

Ce dernier s'est appliqué à rechercher l'arsenic dans l'organisme, et il est parvenu à retrouver ce poison dans le cerveau et la moelle épinière des animaux qui avaient été soumis à une intoxication lente, par doses répétées. Chez un lapin, il survint une paralysie des quatre membres, plus marquée aux membres postérieurs.

L'empoisonnement par l'arsenic a lieu tantôt à la suite de l'ingestion d'une seule dose, tantôt après l'absorption plus ou moins longtemps continuée de cette substance. Les accidents, dans le premier cas, sont aigus, et consistent en vomissements, diarrhée, douleurs abdominales plus ou moins vives, etc. Cependant il peut se faire que, même dans ces circonstances, il se produise, soit peu de temps après l'ingestion, soit au bout de quelques jours et à la suite de la disparition des symptômes gastro-intestinaux du début, des paralysies arsenicales parfaitement caractérisées, comme semblent le prouver plusieurs observations rapportées par Scolozuboff et Leroy d'Étiolles. Dans deux cas publiés par ce dernier auteur, la paralysie est survenue à la suite d'une seule application sur des plaies, d'une pommade contenant une proportion considérable d'arsenic. La plupart des faits de paralysie arsenicale rassemblés par Imbert-Gourbeyre, dont quelques-uns sont fort anciens, se rapportent aussi à des cas d'absorption brusque de l'arsenic.

Les accidents qui succèdent à l'absorption répétée de préparations arsenicales ne sont pas moins fréquents; ils constituent l'intoxication chronique. Vous savez tous que chez les habitants du sud de la Bavière et de la Styrie, l'habitude de manger de l'arsenic est très répandue, et que, par une accoutumance graduelle, il est possible d'arriver à consommer des doses effrayantes de ce poison. Mais, fait digne de remarque, nous n'avons trouvé dans les auteurs aucune observation de paralysie survenant chez les montagnards arsenicophages. Il n'en est pas de même chez les individus qui, par profession, sont exposés à respirer des poussières arsenicales provenant des tentures et des papiers d'appartement colorés par le vert de Scheele et le vert de Schweinfurt. Ces tentures, qui parfois contiennent jusqu'à 30 pour 100 d'arsenic, deviennent dangereuses, surtout quand elles sont vieilles et tombent en poussière.

Les accidents de ce genre ne sont pas très rares dans les centres manufacturiers, et surtout dans quelques villes d'Allemagne, puisque Kirchgässer (de Cologne) (*Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin*, juillet 1868) a pu, dans l'espace de quelques années, réunir 21 observations d'intoxication arsenicale. Dans 9 de ces cas, la paralysie ou du moins un affaiblissement marqué des membres est signalé. Si nous éliminons un cas où l'arsenic avait produit une hémiplégie, un autre où il avait donné lieu à l'affaiblissement et à l'atrophie du deltoïde, il nous reste, dans le seul mémoire de cet auteur, 7 observations où les accidents paralytiques étaient semblables à ceux de l'intoxication par l'alcool, en ce sens qu'ils étaient généralisés aux quatre membres, et plus marqués aux membres inférieurs.

Pour qu'on juge bien de la ressemblance de ces diverses manifestations toxiques, je reproduirai ici un fait emprunté au mémoire du docteur Scolozuboff.

Pauline P..., paysanne, âgée de quarante-huit ans, prend par erreur, le 26 février 1875, au lieu de craie qu'elle employait contre la pyrosis, de l'arsenic blanc. Peu après, il survint des vomissements qui durèrent près de quarante-huit heures.

Quatre ou cinq jours plus tard, la malade éprouvait une sensation de froid et d'engourdissement aux extrémités des doigts des pieds et des mains. Le froid gagna ensuite les avant-bras et les jambes; en même temps il se produisit une grande faiblesse dans les mains et dans les pieds, de telle sorte que, le dixième jour après l'empoisonnement, la malade ne pouvait marcher sans être soutenue, et que, vers le 13 mars, elle dut définitivement garder le lit. Depuis cette date jusqu'au milieu d'avril, époque à laquelle je la visitai, la malade n'a pu tenir sur ses jambes. Ayant procédé à son examen, le 19 avril, je constatai ce qui suit :

Les muscles extenseurs et fléchisseurs des extrémités sont atrophiés au plus haut degré, et plus ces muscles se trouvent rapprochés de la périphérie, plus l'atrophie est prononcée. Ce sont les muscles des mollets et des avant-bras, ainsi que les interosseux et les éminences thénar et hypothénar, qui sont le plus affectées. L'atrophie est cependant manifeste, mais à un degré moindre dans les muscles des cuisses et des bras, surtout du côté des extenseurs.

Etant au lit la malade jouit de presque tous ses mouvements, toutefois elle ne les exécute que lentement et avec maladresse. Chaque mouvement est suivi de douleurs dans les muscles qui viennent de fonctionner. La force musculaire est notablement affaiblie. La malade peut serrer la main qu'on lui présente, mais faiblement.

La sensibilité de la peau est fortement diminuée, principalement dans les parties des extrémités les plus rapprochées de la périphérie : ainsi la sensibilité tactile de la paume des mains, de la plante des pieds et des doigts a entièrement disparu; aux côtés extenseurs des pieds et des mains, des jambes et des avant-bras, elle a diminué considérablement; il en est de même, mais avec moins d'intensité, dans la moitié inférieure des cuisses, dans la moitié supérieure des avant-bras et dans le tiers inférieur des bras.

La sensibilité à la pesanteur est affaiblie profondément aux jambes et aux avant-bras, aux mains et aux pieds : ainsi un poids de 150 grammes mis sur les mollets et puis sur l'avant-bras de la malade n'a point été senti par elle. Il lui est impossible de coudre, de palper un petit objet quelconque ou de le prendre dans ses doigts, même lorsqu'elle le voit, par exemple une allumette; pour porter une cuiller à sa bouche, elle la met dans le creux de sa main fermée. Elle ne sent pas mieux l'attouchement d'objets qui ont la même température que son corps; l'eau chaude lui paraît bouillante, l'eau tiède lui semble glacée (hyperesthésie à la température).

La *sensibilité à la douleur* est exagérée dans les endroits où il y a le moins de sensibilité tactile, c'est-à-dire aux pieds, aux mains et aux doigts. Une légère piqûre au doigt fait pousser des cris à la malade et produit un mouvement réflexe intense.

La peau des extrémités est normale à la vue; au toucher, elle est constamment froide. Même dans un état complet de tranquillité, la malade ressent dans les jambes des douleurs qui deviennent plus fortes si elle remue; la nuit, à ces douleurs vient se joindre une sensation de froid, de sorte que la malade, quoique couchée dans une chambre bien chauffée, est obligée de couvrir constamment ses jambes avec une pelisse.

Les organes de la respiration, de la circulation et abdominaux, ainsi que les facultés intellectuelles, sont normaux. Pendant la maladie on n'a remarqué ni incontinence d'urine, ni constipation, ni incoordination des mouvements.

S'il est impossible à la malade de se tenir sur ses jambes et de faire des mouvements normaux, cela provient incontestablement de la grande faiblesse des muscles atrophiés, des douleurs musculaires, de l'hyperalgésie, et enfin de l'altération du sens de la pesanteur.

Une autre observation du même auteur, qui se rapporte à un homme, est semblable à la précédente. Nous n'y trouvons notés comme symptômes particuliers que l'abolition de la contractilité faradique des muscles paralysés et des troubles vaso-moteurs du côté des extrémités inférieures (œdème du dos des pieds, léger épaississement des ongles et dilatation permanente des veines de la peau de la jambe et du pied).

Il serait facile de multiplier les exemples de paralysie arsenicale en reproduisant les faits rapportés par Leroy d'Etiolles et par Kirchgässer et d'autres; mais il nous paraît préférable de résumer synthétiquement les symptômes observés par ces auteurs, de montrer leur ressemblance presque parfaite, et de faire ressortir les différences qu'ils présentent avec la paralysie alcoolique.

Les fonctions intellectuelles sont, en général, peu modifiées dans l'empoisonnement arsenical. Nous n'avons trouvé dans aucun cas ni hallucinations ni délire aigu qu'il fût possible de rattacher à cet empoisonnement. Ces fonctions et la mémoire en particulier ne paraissent donc pas subir ici la déchéance progressive que nous voyons si fréquemment survenir chez les alcooliques.

p. 653. Voy. encore : *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1876 t. XLV, p. 164).

Kirchgässer signale cependant, dans quelques cas, un certain degré d'amnésie portant spécialement sur le souvenir des événements récents. Il insiste aussi sur l'irritabilité maladive du caractère de ses malades, dont quelques-uns allaient jusqu'à présenter un véritable état d'hypochondrie. Fait digne de remarque, cet observateur donne comme un phénomène fréquent au début de l'intoxication arsenicale des cauchemars réveillant le malade en sursaut peu de temps après qu'il s'est endormi.

La paralysie a, dans la plupart des observations, une physionomie tout à fait spéciale. Elle débute symétriquement par les extrémités pour gagner en s'affaiblissant la racine des membres. Les jambes sont toujours les parties les plus affectées, au point que dans un grand nombre de cas la marche était impossible.

L'impotence des membres supérieurs s'accuse soit par une diminution de la force musculaire, soit par l'impossibilité où se trouvent les malades d'exécuter certains mouvements de précision (coudre, boutonner leur habit). Ce dernier symptôme toutefois tient peut-être autant aux troubles de la sensibilité tactile qu'à l'affaiblissement musculaire. Dans quelques cas on a constaté que la paralysie affectait de préférence les muscles extenseurs (Scolozuboff). Leroy d'Etiolles (obs. I) insiste sur l'attitude constamment fléchie des mains de son malade, qui pouvait à grand'peine mettre sa main dans l'axe de l'avant-bras. Le pied était constamment dans l'extension forcée, au point que la face dorsale continuait presque la direction du tibia.

L'état de la contractilité faradique des muscles paralysés a été trouvé fortement diminué (examen de Duchenne, de Boulogne, cité par Leroy d'Etiolles) ou même complètement aboli (Scolozuboff). Kirchgässer signale comme un signe pour ainsi dire constant, même dans les cas légers, un tremblement limité aux doigts, augmentant, comme le tremblement alcoolique, quand le malade cherche à les étendre et à les écarter. Dans quelques cas graves, il a vu le tremblement gagner la langue et les muscles de la face. J'attache depuis longtemps, comme vous le savez, une grande importance au tremblement de ces parties dans le diagnostic de l'alcoolisme. Il suffit, en effet, quand l'œil a acquis une expérience suffisante, de faire prononcer au malade que l'on soupçonne deux ou trois phrases pour qu'il se trahisse par un tremblement absolument caractéristique de la lèvre supérieure pendant l'élocution.

Ajoutons que Kirchgässer a encore observé chez ses malades des contractions fibrillaires partielles et spontanées des muscles des extrémités; par contre, il est muet sur les crampes nocturnes qui tourmentent si souvent les buveurs. Leroy d'Etiolles cite, sans y insister autrement, l'existence de crampes et de secousses douloureuses survenant la nuit dans les membres paralysés.

L'examen objectif de la sensibilité n'a pas donné les mêmes résultats dans tous les cas. Kirchgässer a constaté l'intégrité de cette fonction ou seulement une légère diminution du tact, et la présence de plaques limitées d'anesthésie sur le dos des pieds et des mains. Leroy d'Etiolles, Imbert-Gourbeyre et Scolozuboff insistent, au contraire, sur la diminution allant parfois jusqu'à l'abolition du tact dans les extrémités paralysées. Ce dernier auteur a trouvé que le sens de la pesanteur était presque détruit chez deux malades, et que la sensibilité à la température, exagérée dans un cas (voy. l'observation plus haut), était diminuée dans l'autre; il insiste sur l'augmentation extrême de la sensibilité à la piqûre des membres malades. Enfin ces observateurs ont donné une même description des désordres de la sensibilité subjective. Dans presque tous les cas, les malades se plaignaient de fourmillements douloureux, revenant surtout la nuit, occupant d'abord les doigts et les orteils, pour remonter, en même temps que la paralysie, vers la racine des membres. Ces fourmillements ne paraissent cependant pas acquérir l'intensité qu'ils ont parfois chez les buveurs, qui éprouvent constamment aux extrémités la sensation de piqûres d'épingles, de morsures d'animaux. Avec ou sans ces formications il existait très souvent une sensation d'engourdissement des membres, et le plus souvent une *sensation permanente de froid* aux extrémités, et principalement aux pieds; mais, disons qu'il ne s'agissait pas toujours d'un phénomène purement subjectif, car l'observateur pouvait lui-même constater le refroidissement. Ainsi, il survient, dans ces conditions, des désordres de la circulation périphérique et parfois aussi des troubles trophiques dont il nous reste à parler.

L'*œdème* est, après le refroidissement, le symptôme le plus fréquemment noté. Habituellement limité aux pieds, et surtout à la face dorsale, il peut cependant gagner les jambes. Le gonflement œdémateux du dos des mains est cité dans plusieurs cas; Kirchgässer l'a vu une fois accompagné d'une éruption purpurique des jambes et des pieds. L'exagération de la sueur des pieds et des mains n'est notée dans aucune observation; chez les alcooliques ce signe est pour ainsi dire constant: à l'occasion de la moindre émotion, de l'examen du médecin, par exemple, on voit chez ces malades les extrémités, et surtout les pieds, se couvrir d'une sueur froide. En ce qui concerne la nutrition des muscles paralysés, nous trouvons que les auteurs les plus récents en ont noté la diminution et l'atrophie.

L'usage prolongé de l'arsenic agit, comme on sait, sur la nutrition générale. Le teint frais et l'embonpoint des montagnards arsenicophages est bien connu. Kirchgässer rapporte que plusieurs de ses malades présentaient un épaississement et une surcharge adipeuse considérable du tissu cellulaire sous-cutané, avec teinte blafarde de la peau du tronc et des membres; rappelons à ce propos que la femme de notre première observation avait un embonpoint excessif et une pâleur mate généralisée des téguments. Le même auteur a constaté plusieurs fois chez l'homme la diminution ou même l'abolition complète du sens génésique; chez la femme, l'irrégularité de la menstruation, et même de véritables métrorrhagies. Il pense même que l'arsenic peut être un obstacle à la fécondation et une cause d'avortement dans les premiers mois de la grossesse. Le fonctionnement de la vessie et du rectum n'est généralement pas influencé dans la paralysie arsenicale, pas plus que dans la paralysie alcoolique, à moins de troubles cérébraux.

En somme, l'intoxication arsenicale détermine du côté du système nerveux, et particulièrement à la périphérie de ce système, des troubles très analogues à ceux que produit, dans certains cas, l'alcoolisme chronique. Les différences cliniques que nous vous avons signalées étant surtout des différences de degré et de nuance, il y avait lieu de rapprocher ces désordres.

D'autres corps appartenant toujours au monde inorganique peuvent encore donner lieu à des accidents paralytiques.

L'oxyde et le sulfure de carbone doivent être rangés parmi ces poisons paralysants. Ces deux composés présentent cette particularité qu'étant l'un gazeux et l'autre très volatil, l'absorption du poison se fait presque uniquement par la surface respiratoire.

L'oxyde de carbone, dans la plupart des cas où il produit des accidents paralytiques, est absorbé en une seule fois par accident ou dans une tentative de suicide. C'est du moins ce qu'a signalé, dans sa thèse inaugurale, notre savant maître le docteur H. Bourdon (*Des paralysies consécutives à l'empoisonnement par le gaz oxyde de carbone*, thèse de Paris, 1843). Ces accidents sont, en général, limités à un membre ou à un groupe de muscles, ou même à une moitié du corps. J'ai observé deux fois leur généralisation à tous les membres. Ils diffèrent des désordres paralytiques produits par l'alcool et l'arsenic, tant par leur siège que par la diminution ou l'abolition de la sensibilité, l'absence de sensations douloureuses et spontanées, et s'ils méritent d'en être rapprochés, c'est

uniquement parce que les nerfs ou les extrémités nerveuses sont encore vraisemblablement le siège de leur localisation (voy. E. Leudet, *Troubles des nerfs périphériques et surtout des nerfs vaso-moteurs consécutifs à l'asphyxie par la vapeur de charbon*, in *Archives générales de médecine*, 1865, t. I, p. 513).

Le sulfure de carbone, employé autrefois à dissoudre le caoutchouc, était une cause assez commune d'empoisonnement professionnel. Les accidents qu'il détermine, fort bien décrits par A. Delpech (1), ont avec ceux qui résultent des intoxications alcoolique et arsenicale une ressemblance des plus frappantes, comme il est possible d'en juger par le fait suivant que nous empruntons au médecin précité :

V. D..., âgé de vingt-sept ans, n'a jamais eu de maladie grave. Il était d'une constitution moyenne, assez vigoureux et d'une santé parfaite quand, dans l'année 1853, il abandonna sa profession de cordonnier pour travailler le caoutchouc. Ce travail consiste à dissoudre la gomme élastique dans du sulfure de carbone, pour souder des plaques ou réparer des objets altérés, et surtout des chaussures déchirées. Dans la chambre où il passe sa journée, une grande quantité de sulfure de carbone existe constamment en vapeur.

Pendant trois mois il ne ressentit que de violents maux de tête; mais, à cette époque, il fut pris de courbature générale, de vertiges intenses, et sa vue s'affaiblit à ce point qu'au bout de quelques heures de travail il était obligé de cesser. L'ouïe fut prise à son tour, et la surdité devint telle en moins de huit jours qu'il fallait crier à ses oreilles pour se faire entendre. Elle se dissipa d'ailleurs, et disparut spontanément au bout d'un certain temps. Sa mémoire subit un affaiblissement assez considérable pour qu'il oubliât à chaque instant où il avait placé les outils dont il venait de se servir. Son caractère était devenu très mobile : tantôt il avait des accès de gaieté exagérée, tantôt il s'emportait à l'occasion des causes les plus futiles, et, dans des accès de rage inexpliquée, il brisait ce qui se trouvait auprès de lui.

Il était tourmenté par des insomnies fréquentes; il s'endormait difficilement, et se réveillait tout à coup sous l'influence de rêves pénibles ou de soubresauts nerveux. Des frissons, suivis de chaleur et de sueurs profuses, se mêlaient à ces agitations. Même dans la journée, un froid glacial s'emparait de D... pendant des heures entières, et le laissait dans un état de courbature aussi grand, dit-il, que s'il eût été frappé ou qu'il eût fait une marche forcée.

Ses forces déclinèrent rapidement; il pouvait à peine marcher et ne travaillait plus qu'assis. Il ne marchait qu'en se soutenant sur une canne, et pour monter un escalier il était obligé de s'arrêter à chaque étage. Cet affaiblissement portait sur les membres supérieurs comme sur les membres inférieurs. Il s'y joignit, dans l'origine, des espèces de crampes ou de contractures passagères siégeant dans les muscles extenseurs des mains, et qui empêchaient complètement, pour un temps toujours assez court d'ailleurs, les mouvements de flexion des doigts. Les désirs vénériens et les érections étaient abolis.

Ce fut au mois de mars 1854 que D..., à bout de forces, se décida à abandonner son travail et à entrer à Bicêtre, dans le service temporaire dont j'étais chargé.

Les accidents signalés plus haut persistaient; le malade était considérablement amaigri, très pâle; son haleine exhalait l'odeur du sulfure de carbone. Il ne marchait qu'appuyé sur un bâton; ses membres étaient le siège de douleurs vives; ils étaient fort diminués de volume. L'amaigrissement portait surtout sur les masses musculaires. Le malade se présentait comme les individus atteints de paralysie saturnine, les mains en pronation et pendantes, en raison d'une faiblesse plus marquée des extenseurs. Les fléchisseurs cependant étaient eux-mêmes affaiblis. La contraction musculaire était inefficace, tremblante; la main ne pouvait serrer avec quelque énergie; lorsque le bras était étendu pendant quelques secondes, les muscles étaient pris d'un tremblement fibrillaire très marqué.

La sensibilité était conservée aussi bien d'ailleurs que la contractilité électrique des masses musculaires. On n'a pas constaté, pendant son court séjour à l'hôpital, que son intelligence fût altérée; elle était seulement un peu vague. Après quelques jours de traitement par l'électricité, les bains sulfureux, le fer et la noix vomique, le malade demanda à sortir de l'hôpital. Il était notablement amélioré, et la faiblesse musculaire en particulier avait diminué.

(1) *Mémoire sur les accidents que développe, chez les ouvriers en caoutchouc, l'exhalation du sulfure de carbone en vapeur* (lu à l'Académie de médecine le 15 janvier 1856).

Quoique l'intelligence fût peu modifiée dans le cas particulier, cependant la mémoire est souvent altérée et surtout diminuée dans l'intoxication chronique par le sulfure de carbone; le caractère est, en outre, quelquefois violent et emporté. De l'insomnie, une agitation nocturne plus ou moins vive, des rêves fatigants, des réveils en sursaut sont autant de phénomènes notés dans la plupart des faits connus.

Les troubles de la sensibilité sont ceux qui, en général, frappent tout d'abord l'attention des ouvriers. Quelques-uns se plaignaient de douleurs occupant les membres, et que Delpech compare à celles du rhumatisme chronique; d'autres accusaient des sensations de *fourmillements*, de *picotements* généraux. La sensibilité objective est quelquefois diminuée, d'autres fois exaltée, au point que, dans un cas, le moindre choc déterminait de vives souffrances.

Les troubles de la motilité, si on excepte un petit nombre de cas, où des crampes et de la contracture ont été notées, s'accusent généralement par une diminution plus ou moins grande. Ils ont leur siège habituel aux membres inférieurs, qui fléchissent sous le poids du corps et rendent la marche difficile et chancelante. Aussi la force musculaire est diminuée dans les membres supérieurs. Les malades ne peuvent serrer avec énergie la main qu'on leur présente. Ils laissent rapidement échapper un corps d'un poids peu considérable, un livre, par exemple, qu'on leur ordonne de tenir quelque temps le bras étendu; la contraction musculaire est tremblotante, et l'on constate dans le muscle des palpitations fibrillaires. Un des malades observés par Delpech présentait une *paralysie des extenseurs des doigts* tellement prédominante que cet auteur crut devoir rechercher si le plomb ne jouait pas un rôle dans la genèse de cette affection. Un certain degré d'atrophie musculaire s'ajoute parfois à la paralysie des bras et des avant-bras. La contractilité électrique était conservée chez deux malades examinés à ce point de vue par Delpech; mais il est probable qu'elle finit par s'abolir. En somme, les accidents nerveux produits par le sulfure de carbone ne manquent pas de ressemblance avec ceux qui se développent sous l'influence de l'alcool et de l'arsenic.

Les symptômes qui appartiennent en propre à l'intoxication par le sulfure de carbone sont l'affaiblissement marqué des sens de la vue et de l'ouïe, l'action rapide du poison sur l'intelligence et particulièrement sur la mémoire.

Il est digne de remarque qu'une amélioration manifeste se produit peu de temps après la cessation de l'exposition aux vapeurs de sulfure de carbone. Kirchgässer a noté ce même fait dans les cas d'empoisonnement par l'arsenic. Malheureusement, dans l'intoxication alcoolique, on voit, même longtemps après l'abandon des habitudes, le buveur présenter des accidents toxiques.

Un certain nombre de produits d'origine végétale peuvent donner lieu à des symptômes analogues à ceux que nous venons de décrire. L'opium est de ce nombre; les accidents qu'il détermine ont la plus grande ressemblance avec ceux de l'alcoolisme chronique. L'abus de cette substance, depuis longtemps commun en Turquie et en Chine, tend à s'étendre chaque jour, notamment aux Etats-Unis, et plus particulièrement dans le Michigan. Disons en passant que l'emploi des injections de morphine, si répandu en Europe, a encore augmenté le nombre des personnes narcotisées. Quelle que soit la manière dont on use de l'opium, les symptômes de l'intoxication varient peu, ce sont : de l'insomnie, des rêves, des cauchemars, des sensations de fourmillements, de picotements aux extrémités, des crampes, du tremblement des membres, l'impuissance génésique, etc.

Les fumeurs d'opium invétérés sont amaigris, défaits; leur

dos est voûté, leur démarche chancelante; ils présentent, tous les signes d'une vieillesse prématurée.

Ce tableau symptomatique diffère peu de celui de l'empoisonnement par l'alcool, et, comme les désordres de la sensibilité ont dans chacune de ces intoxications, le même siège, à savoir les extrémités, il y a lieu de supposer que, dans certains cas, ces désordres pourront s'accompagner de paralysie; mais d'ailleurs ce symptôme est signalé dans un cas rapporté par le docteur Libermann (*Les fumeurs d'opium en Chine*, p. 26, Paris, 1862). Toutefois les paralysies narcotiques, indiquées seulement par quelques auteurs, ont été peu étudiées, et il nous a été difficile d'en trouver des exemples.

Diverses essences, et en particulier l'essence de térébenthine, aux vapeurs de laquelle exposent certaines professions, peuvent déterminer non seulement des vertiges, des étourdissements, mais encore des désordres de la sensibilité des extrémités et même des troubles du mouvement.

Le docteur Maestre (*Gazetta med. ital. Lombard.*, 9 novembre 1857, et *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 775) a rapporté le cas curieux d'un homme de trente-sept ans qui, ayant pris du copahu à dose considérable pour se traiter d'une blennorrhagie légère, éprouva au bout de onze jours de traitement de la céphalée, de l'insomnie, des vertiges, des étourdissements, une sensation de constriction pharyngienne et des fourmillements aux extrémités. Les muscles du cou, de la mâchoire, du thorax et de l'abdomen étaient le siège d'une rigidité douloureuse. Les mouvements des quatre membres étaient très affaiblis, la marche presque impossible; les membres supérieurs retombaient inertes le long du corps après le plus léger effort. La sensibilité à la douleur était notablement diminuée au niveau des extrémités inférieures, qui présentaient un refroidissement considérable.

Enfin, au bout de quinze jours il y avait atrophie assez marquée des masses musculaires paralysées. Le malade fut progressivement et rapidement amélioré, puis guéri par l'électricité. Les membres inférieurs furent les derniers à recouvrer leurs forces. Il est facile de juger de la ressemblance existant entre ce fait et les précédents.

D'autres substances toxiques donnent lieu à des désordres paralytiques se rapprochant plus ou moins de ceux que nous venons d'étudier; mais nous devons nous arrêter. La conclusion de notre travail, c'est que les paralysies toxiques forment un groupe clinique naturel, méritant une description à part. Nous avons pensé qu'il y avait avantage à rapprocher ces désordres du mouvement, non seulement au point de vue du diagnostic, mais encore au point de vue des indications pronostiques et thérapeutiques. Si ces paralysies ne compromettent pas toujours l'existence par elles-mêmes, il faut reconnaître que, chez les buveurs notamment, elles sont parfois accompagnées de désordres cérébraux ou pulmonaires graves et même mortels. Le traitement est général et local : général, il s'adresse aux nombreuses modifications produites dans l'organisme par la substance toxique; local, il a pour but de combattre la paralysie; c'est alors que l'hydrothérapie et l'électricité peuvent rendre des services réels.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

La peste en Mésopotamie et l'administration sanitaire ottomane.

La peste a cessé en Mésopotamie ; le moment est donc venu de se rendre compte de ce qui a été fait au point de vue prophylactique. Malheureusement les renseignements publiés sur ce sujet sont rares et surtout peu détaillés. Néanmoins, je pense que, de ce qui est connu, on peut dégager des indications certaines dont il serait bien de tenir compte à l'avenir.

L'impression générale que l'on garde de la lecture des diverses informations publiées par les journaux me paraît pouvoir être résumée ainsi : L'administration sanitaire ottomane s'est montrée à la hauteur de sa mission, et les mesures qu'elle a ordonnées et mises à exécution ont été de nature à inspirer l'assurance que l'Europe a été bien défendue. Comme je crois cette opinion exagérée, on me permettra de donner en quelques mots les motifs qui me font penser que l'on a été fort loin de faire ce qui était nécessaire. En pareille matière, on ne saurait craindre de trop insister; car si les idées que je soutiens sont vraies, il y aura lieu de se préoccuper activement d'améliorer ce qui existe.

Tout en circonscrivant le débat à ce qui me paraît avoir la plus grande importance, je me propose d'examiner : en premier lieu, ce qui a été fait; en second lieu, ce qu'on devrait faire.

I. Pour que la critique d'une administration sanitaire soit équitable, il est indispensable de se rendre tout d'abord un compte exact des nécessités principales qui s'imposent à son attention dans sa lutte contre une épidémie. Ces nécessités peuvent se réduire aux deux suivantes, qui ne sauraient être contestées.

1° Prendre les meilleures dispositions pour être averti de la présence de la maladie *dès son apparition*. L'utilité de ce point ne saurait être exagérée : il est bien clair que l'on ne pourra connaître la valeur des mesures sanitaires qu'en les appliquant au début du mal; que peut-on savoir de leur efficacité si on les emploie au déclin naturel de l'épidémie ?

2° S'efforcer, en appréciant les résultats des mesures prises, de distinguer ceux qui peuvent être attribués à ces mesures de ceux qui n'appartiennent qu'aux influences cosmiques. Ceci est une obligation stricte imposée par l'esprit de toute la science moderne. Il est inutile de chercher à démontrer que, si l'on n'emploie pas, dans l'examen des mesures sanitaires, les procédés inquisiteurs des laboratoires, on ne saurait imprimer aucune impulsion aux progrès de l'hygiène internationale.

Étudions maintenant les actes de l'administration sanitaire ottomane à ces deux points de vue.

Sur le premier point, l'enquête n'offre aucune obscurité. Il est avéré que la peste de 1881 a commencé en septembre 1880; que l'administration n'a eu connaissance de la maladie qu'à la fin de février 1881, c'est-à-dire environ six mois après son début; que les mesures sanitaires n'ont été ordonnées qu'en mars 1881, soit sept mois après l'invasion de l'épidémie.

Tout commentaire affaiblirait l'éloquence de ces faits. On peut déjà en tirer la conséquence que l'administration n'a pas montré la prévoyance qu'il est permis d'exiger d'elle.

Sur le second point, les choses ne sont pas aussi nettes. L'administration n'ayant pas exprimé officiellement son opinion, je ne saurais affirmer qu'elle veuille soutenir que les mesures prises ont été la cause de la disparition de la maladie. Toutefois il est certain qu'elle n'a pas protesté contre les articles de journaux qui contenaient des éloges mêlés de fort peu de réserves. J'espère qu'elle le fera, car il me semble incontestable que les faits connus ne plaident aucunement en faveur de l'opinion qui attribue une grande influence à ces mesures.

En effet, il est admis par tous les loïmographes que la peste disparaît devant un certain degré de chaleur. Il est connu d'ailleurs que ce degré de chaleur se présente en Mésopotamie en mai ou en juin. Or, dans l'épidémie de 1881, qu'a-t-on vu? Est-ce que la maladie n'a pas suivi son cours ascendant jusqu'au mois de juin? N'a-t-elle pas commencé de diminuer, n'a-t-elle pas disparu complètement lorsque le thermomètre est arrivé au degré voulu? D'autre part, est-ce que les mesures ordonnées n'ont pas été en pleine exécution précisément à ce moment? Est-il possible alors de leur attribuer une influence quelconque? Pour mon compte, je n'en vois pas scientifiquement la nécessité, et je n'aperçois aucun bon motif de penser autrement.

Je conviens qu'il reste un doute, qu'on peut dire que l'action des mesures sanitaires s'est ajoutée à l'action de la température, et que, sans cette aide nécessaire, le mal aurait peut-être triomphé de son ennemi naturel. Mais je répondrai qu'un pareil argument est contraire à l'esprit scientifique qui doit animer des médecins, qu'il n'est pas digne d'une grande administration de se placer dans une situation aussi ambiguë, et qu'elle devrait faire tous ses efforts pour qu'on ne puisse supposer qu'elle profite de phénomènes naturels pour s'accorder un mérite auquel elle n'aurait pas droit. Ah! si elle ne pouvait faire autrement, je serais le premier à m'incliner : à l'impossible nul n'est tenu; mais qui pourrait croire que les mesures ordonnées en mars 1881 n'auraient pas pu l'être dans l'automne de 1880?

Dans la lutte contre une maladie pestilentielle, que se propose-t-on? Evidemment l'une et l'autre des choses suivantes : 1° d'empêcher son extension, et même de la détruire dans le lieu même de sa naissance; 2° de prévenir son transport dans les pays éloignés. Ce qui précède fait bien voir, jusqu'à preuve du contraire, et nul plus que moi ne serait satisfait d'apprendre que cette preuve a été donnée, que l'administration sanitaire ottomane ne peut se flatter d'avoir obtenu ces deux résultats. Elle n'a pas empêché l'extension de l'épidémie dans son lieu de naissance; car la peste n'a disparu qu'à l'époque où l'on savait que la chaleur réduirait ses germes à l'inactivité. Elle ne peut dire qu'elle a empêché son transport; car on ne voit pas pourquoi la peste aurait été portée à l'étranger de février à juin 1881, si elle ne l'avait pas été de septembre 1880 à février 1881. Je sais bien qu'ici on ne peut être aussi affirmatif, et, cette réserve faite, j'en laisse le bénéfice à l'administration. Mais, je le répète, un doute ne saurait suffire à la justifier d'avoir continué en 1881 les errements des années précédentes. Chacun sait, en effet, que la peste s'était montrée en Mésopotamie presque chaque année depuis 1867, et qu'à chaque réapparition du mal l'administration sanitaire ottomane n'a jamais réussi à mettre en présence la mesure qu'elle prescrivait et la maladie *à son début*.

N'a-t-on pas le droit d'être surpris en constatant une pareille négligence? Et les critiques peuvent-elles être trop sévères en présence d'un tel manque de prévoyance?

II. J'arrive à la seconde partie de cette courte étude. Que devrait-on faire? La réponse se présente d'elle-même. Avant tout, on doit se préparer de telle façon qu'à l'avenir on puisse être sûr de surprendre la maladie à son début. Tout est là. Quand on aura réussi dans cette tâche, on pourra se flatter d'obtenir une idée un peu plus nette du degré d'influence des mesures sanitaires; car ces mesures seront appliquées aux premières manifestations du mal, et elles devront l'arrêter net si elles en ont le pouvoir. Si elles n'y parviennent pas, si la maladie continue à parcourir ses périodes pour ne s'arrêter que dans la saison chaude, il sera bien prouvé qu'il faut changer de tactique et chercher de nouvelles armes mieux adaptées à la nature des choses.

Je ne demande rien de plus à l'administration sanitaire ottomane, du moins pour le moment. Les plans de combat ou plutôt d'études proposés par M. Rochard et M. Zuber sont certainement excellents; mais ils ont le défaut de tout ce qui avoisine la perfection; ils ne sont pas pratiques, surtout en Orient, et je doute qu'on les voie jamais mis à exécution, à moins qu'une nation occidentale ne s'en charge. Nous n'en sommes pas là : c'est pourquoi je m'en tiens à la proposition très modeste que je viens de faire, et que l'administration sanitaire ottomane peut parfaitement réaliser, si elle en a le désir. Il serait outrecuidant à moi de lui en indiquer les moyens.

Je m'arrête ici, bien que la matière ne manque pas. Je ne crois pas d'ailleurs qu'il soit nécessaire de rien ajouter pour que l'on admette avec moi : 1° que l'administration sanitaire ottomane n'a pas rempli suffisamment sa mission dans la peste de Mésopotamie; 2° qu'il serait temps de réussir à attaquer la maladie dans les premiers jours de sa naissance, afin de savoir si les moyens connus et employés jusqu'à présent ont quelque valeur; 3° enfin, et ceci doit être le *delenda Carthago* de tous ceux qui écrivent sur l'hygiène internationale, que les progrès seront toujours désirés et jamais atteints si l'on ne se décide à une publicité *rapide* et *détaillée*, ainsi que je l'ai déjà demandé dans la *Gazette hebdomadaire* du 29 avril 1881.

Valentin Vignard,

Médecin de la commission européenne du Danube, directeur du service sanitaire des Bouches du Danube.

Sulina, le 5 octobre 1881.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

La séance a été levée après l'annonce de la mort de M. Bouillaud, et quelques paroles d'hommage à la mémoire de l'illustre défunt prononcées par M. Würtz, président de l'Académie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

Se portent candidats aux places déclarées vacantes : M. le docteur *Laborde* dans la section d'anatomie et de physiologie; MM. les docteurs *Bucquoy* et *Lecorché* dans la section de pathologie médicale; MM. les docteurs *Worms* et *Decaisne* dans la section des associés libres. M. le docteur *Paulet* (de Lyon) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

M. *Van den Abeele* adresse un *pli cacheté* dont le dépôt est accepté.

M. *Onimus* transmet quelques observations sur le rapport de M. *Du Bois-Reymond* au Congrès international d'électricité concernant les unités électriques; il montre qu'on ne peut rattacher à celles-ci la mesure des courants continus dont on fait usage dans les applications médicales.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Mathelin* un *Rapport sur les spécialités pharmaceutiques*; 2° de la part de M. le docteur *Maurin* (de Marseille) un *Formulaire magistral pour les maladies des enfants*; 3° au nom de M. le docteur *Bertherand* (d'Alger) le *Rapport sur les travaux du Conseil d'hygiène d'Alger de 1852 à 1881*; 4° de la part de M. le docteur *Pechedimaldji* (de Constantinople) une brochure intitulée : *Les eaux du lac de Darkos et la Société impériale de médecine de Constantinople*; 5° au nom de M. le docteur *Warfriage* (de Stockholm) un mémoire sous le titre de : *On typhus exanthematicus*.

M. *Brouardel* présente : 1° un volume intitulé : *Études de thérapeutique générale et spéciale avec applications aux maladies les plus usuelles*, par M. le docteur *Luton* (de Reims); 2° une brochure de M. le docteur *Tommasi-Crudeli* (de Rome) sur *La malaria de Rome et l'ancien drainage*.

M. *Fournier* offre la 2e édition de ses *Leçons cliniques sur la syphilis*, et présente un mémoire de M. *Leloir* intitulé : *Contribution à l'étude de la formation des pustules et des vésicules de la peau et des muqueuses*; ce mémoire est inscrit sous le n° 1 pour le concours du prix Saint-Paul en 1882.

M. *Noel Gueneau de Mussy* fait hommage : 1° au nom de M. le docteur *Carlos Valdès* d'une brochure sur *Les eaux de Luchon*; 2° de la part de Mme le docteur *Hart* (de Londres) deux mémoires intitulés : *Norris, on the discovery of an invisible or third corpuscular element in the blood* et *On the micometric numeration of the glood-corpuscles and the estimation of their hæmoglobin*.

M. *Verneuil* présente un écraseur linéaire modifié par M. le docteur *Desprès* (de Saint-Quentin), ainsi qu'une observation d'ablation de polype utérin pratiquée avec cet instrument.

Élection. — L'Académie élit MM. Pasteur, Le Roy de Méricourt, Dujardin-Beaumetz, Briquet, Larrey, Duplay et Bourgoin, membres de la commission chargée de dresser la liste de présentation des candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres.

Eaux minérales. — Sur les rapports de M. *Jules Lefort*, l'Académie : 1° autorise l'exploitation, pour l'usage médical, d'une source dite Source du Sondage à Lamalou-le-Centre (Hérault); 2° refuse l'autorisation pour une source située à La Chaussée (Oise) et 3° ajourne, jusqu'à l'achèvement des travaux réclamés, l'autorisation pour la source de Sainte-Marguerite à Juvinas (Ardèche).

Traitement de la diphthérie. — Un vénérable médecin de province, M. le docteur Symorre (de Contres, Loir-et-Cher), reçu docteur en 1816, donne lecture d'un mémoire dans lequel il préconise, pour le traitement de la diphthérie, les saignées coup sur coup (quatre dans la journée et une dans la nuit pendant deux jours consécutifs) et la diète prolongée; il fait l'énumération de 63 guérisons ainsi obtenues sur 67 cas. — Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Roger, Hérard et Germain Sée.

Le plomb dans l'alimentation. — « L'influence exercée sur l'économie par des doses faibles mais continues d'un poison difficile à éliminer et agissant notoirement sur le système nerveux central ne saurait être considérée comme inoffensive et négligeable, par cela seul que les effets du toxique pourraient n'être ni immédiats ni éclatants. Or, je pense démontrer dans ce travail que, s'il est des poisons plus redoutables que le plomb, il n'en est pas qui ait des modes d'absorption plus insidieux et qui s'introduise aujourd'hui par des voies plus diverses dans nos organes. » Telles sont les déclarations par lesquelles M. *Armand Gautier* commence son mémoire sur l'absorption continue du plomb par notre alimentation journalière, et de fait il ne tarde pas à montrer que ce métal toxique existe dans les conserves d'aliments végétaux, dans les conserves de poissons, de crustacés, dans

les foies gras, les viandes conservées, comme dans nos boissons, dans l'eau potable et les eaux artificielles chargées d'acide carbonique, aussi bien que dans les boissons et condiments acides conservés dans le cristal, dans les vases et ustensiles d'étain, et enfin dans les enduits de nos murailles et de nos meubles, les laines et les soies de nos habits, le cuir de nos chaussures, notre vaisselle, les toiles vernies, etc. Assurément ces diverses constatations ont déjà été faites et depuis longtemps, mais c'est grâce à des procédés d'analyse infiniment supérieurs aux précédents, suivant la remarque de M. Rochard, que M. Gautier a pu appeler de nouveau l'attention sur cette grave question; parmi ces nouvelles méthodes pour rechercher et doser le plomb, dont les longs détails techniques ne peuvent trouver place ici, il en est une cependant qui offre un intérêt pratique, considérable, c'est celle qui a été imaginée par M. Gautier pour constater la présence du plomb dans une soudure, un fer-blanc, un étamage, un vase de métal, procédé fort sensible et qui permet d'apprécier jusqu'à un certain point la proportion du métal toxique; elle consiste à verser 2 gouttes d'acide acétique au 10e sur la surface de l'objet métallique, à laisser évaporer à l'air, puis à toucher avec une solution de chromate de potasse au 100e, à laisser sécher et laver à l'eau; le chromate jaune de plomb ainsi obtenu est adhérent au métal, il ne change pas de teinte au bout de plusieurs jours et la touche peut être conservée comme témoin; dès qu'un fer-blanc traité ainsi donne une tache jaune nette, il doit être rejeté et s'il sert d'enveloppe à une conserve d'aliments, ceux-ci doivent être tenus pour suspects, la soudure fût-elle à l'extérieur.

Ces derniers mots se rapportent à la partie principale du mémoire de M. Gautier, la constatation du plomb contenu dans les conserves alimentaires; d'après l'auteur, l'usage aujourd'hui si répandu de ces conserves renfermées dans des boîtes métalliques soudées au moyen d'un alliage plombifère a pour résultat l'introduction d'une petite quantité de plomb dans l'économie; les doses de plomb ainsi absorbées, faibles en général avec les légumas (de 0 à 5 milligrammes de métal par kilogr.), sont beaucoup plus fortes avec les aliments riches en graisses et spécialement avec les poissons conservés dans l'huile qui contiennent, en moyenne, 36 milligrammes de plomb par kilogr.; les huiles qui les baignent en sont encore plus chargées; quand aux conserves de viandes, elle peuvent contenir le plomb à des doses très variables et l'on y trouve de 0 à 1^{gr},480 de plomb par kilogr. C'est à l'état d'albuminate, soluble dans les acides de l'estomac, que le métal paraît exister dans les légumes et les viandes, à l'état d'oléate dans les corps gras et de palmitate dissous dans les graisses et absorbable avec elles lors de leur émulsionnement dans le tube digestif.

Une autre question non moins intéressante, soulevée par M. Gautier, est celle du plomb dans les eaux potables, dissolvant, suivant lui, une quantité de plomb qui paraît très variable lorsqu'elles séjournent dans des tuyaux de ce métal; mais leur simple écoulement à travers des branchements de 20 à 30 mètres, conditions habituelles de leur distribution dans nos demeures, n'en introduit dans ces eaux aucune quantité appréciable; la quantité de plomb empruntée aux tuyaux de plomb augmente d'ailleurs avec des eaux de plus en plus pures, avec l'aération de l'eau et elle peut devenir surtout dangereuse avec les eaux de pluie et l'eau distillée.

M. Gautier en conclut, bien qu'on ne signale pas d'accidents aigus et mortels, qu'il y a un danger réel à prolonger un tel état de choses et qu'on ne saurait trop éviter l'usage d'un métal aussi toxique, dont les effets insidieux sont susceptibles d'amener à la longue une perturbation profonde de l'économie.

Ces conclusions paraissent trop rigoureuses à M. *Larrey* qui serait bien aise de les voir atténuer, dans la crainte de la panique qu'elles pourraient jeter dans le public. Tel est aussi l'avis de MM. *Le Roy de Méricourt* et *Rochard* qui invoquent surtout l'exemple de l'alimentation de la marine où il se fait un usage si considérable et si fréquent des conserves alimentaires sans qu'on puisse y trouver des inconvénients; ils rappellent les arrêtés récemment pris et en cours d'exécution pour obliger les fabricants à pratiquer extérieurement toutes les soudures des boîtes de conserves, notamment pour celles des sardines, et ils expriment la conviction qu'avec ces précautions il sera impossible de voir se reproduire les quelques intoxications qu'on avait autrefois constatées. En résumé, les craintes que pourraient faire concevoir les recherches de M. Gautier sont plutôt théoriques et rassurantes, puisque la base clinique leur fait défaut, et que, malgré le très grand et très fréquent danger qu'elles semblent révéler, les cas d'intoxication saturnine par l'alimentation journalière sont infiniment rares.

M. *Gautier* ne nie pas que les intoxications soient en petit nombre et que l'immunité même pour ce métal toxique soit assez fréquente dans les limites de l'alimentation habituelle, mais le danger n'en est pas moins réel et constant : aussi importe-t-il d'assurer aux règlements trop souvent violés, ainsi qu'il en fournit des exemples, une sanction rigoureuse, d'autant plus qu'il est, en bien des circonstances, possible de faire disparaître le plomb et de le remplacer très avantageusement.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Effets de l'atropine et de l'émétine sur le cœur : MM. Grasset et Amblard. — Véritable signification des phénomènes d'hyperesthésie observée chez les hystéro-épileptiques : M. Féré. — Epreuves photographiques dans les laboratoires : M. Gayet. — Tumeur myxomateuse du nerf optique : M. Poncet. — Disparition des effets cardiaques de l'excitation des pneumogastriques élongés : M. Laborde.

M. *Strauss*, au nom de MM. *Grasset* et *Amblard* (de Montpellier) fait hommage à la Société d'un travail sur les effets de l'atropine et de l'émétine sur le cœur. Au nombre des conclusions que les auteurs ont tirées de leurs expériences se trouve celle-ci : que l'atropine accélère les mouvements du cœur ralenti par l'émétine.

M. *Laborde*, sans avoir eu connaissance de ce travail, fait remarquer à la Société que la dose d'atropine employée a dû être très minime, car la moindre dose paralyse le cœur; il faut donc pour obtenir les effets d'accélération qui précèdent les effets de paralysie n'agir qu'avec une quantité d'atropine presque infinitésimale.

— M. *Féré* pense que les phénomènes d'hyperesthésie que l'on trouve chez les hystéro-épileptiques ne sont pas une exagération de la sensibilité normale, un perfectionnement de cette sensibilité, c'est une perturbation, un état morbide de la sensibilité physiologique, c'est de la *dysesthésie*. Chez les hémihyperesthésiques atteints de lésions des centres qui succombent on trouve à l'autopsie les mêmes lésions que chez les hémianesthésiques.

— M. *Gayet* présente un certain nombre de photographies qui ont été obtenues dans le laboratoire de la clinique ophthalmique de Lyon avec un dispositif d'appareils non pas nouveau, mais sur lequel il croit cependant bon d'attirer l'attention des micrographes et des anatomo-pathologistes à cause de la promptitude d'action et de l'exactitude des clichés. S'agit-il de photographier une préparation microscopique, on prend un microscope de Vérick à bascule muni ou non de son oculaire et qui est disposé comme l'objectif d'une chambre noire;

après la mise au point, on recueille sur l'écran une image parfaitement nette de la préparation placée sur le porte-objet; il suffit de remplacer l'écran par une plaque au gélatino-bromure d'argent pour avoir le cliché que l'on désire. On peut obtenir ainsi des images avec un grossissement considérable; celles que M. Gayet fait passer devant les yeux de la Société reproduisent les unes des coupes de la rétine, d'autres les cellules à pied de l'épithélium de la cornée. Veut-on photographier, non plus des objets microscopiques, mais des pièces anatomiques ou anatomo-pathologiques d'une certaine grosseur, on éclaire la pièce immergée dans un bain et la photographie s'obtient par le procédé ordinaire. M. Gayet a obtenu ainsi avec une admirable fidélité les images d'yeux coupés par le milieu suivant les différents diamètres.

M. Gayet tient beaucoup à faire remarquer que, dans cette opération, il vaut beaucoup mieux se servir de rayons lumineux réfléchis que de la lumière directe, l'image y gagne beaucoup en netteté.

M. *Regnard* estime que, pour toutes ces opérations de photographie dans les laboratoires, le gélatino-bromure d'argent a sur toutes les autres substances une supériorité considérable. On peut d'abord opérer avec très peu de lumière, et l'année dernière M. Regnard a présenté à la Société des photographies obtenues par la lumière électrique, depuis il a pu obtenir des images très nettes avec un simple bec de gaz et même une bougie. Le second avantage du gélatino-bromure est la rapidité d'opération, grâce au temps de pose extrêmement court et à la facilité avec laquelle s'obtiennent les développements.

— M. *Poncet* a fait l'examen microscopique d'une tumeur développée sur le nerf optique chez une jeune fille et ayant déterminé un exorbitisme avec atrophie du globe oculaire. L'énucléation a été faite par M. Wecker. Le néoplasme formait un renflement volumineux commençant à environ 1 centimètre du bulbe; à la coupe, il avait l'apparence fibrillaire et tout d'abord on aurait été porté à le considérer comme un névrome; mais par la dissociation, on n'obtenait aucun élément fibrillaire ou même fusiforme, on ne séparait que des globules blancs, des cellules muqueuses et des éléments en raquettes; à la coupe, la préparation présentait de gros trousseaux fibreux entre-croisés et renfermant dans leurs mailles des éléments muqueux. En réalité, la tumeur enlevée est un myxome. Ces tumeurs du nerf optique sont très rares, mais elles existent et aujourd'hui tout le monde est d'accord pour dire que tous les néoplasmes sont susceptibles de se montrer sur le nerf optique. En avant de la tumeur, les fibres nerveuses étaient atteintes de névrite. Quant à la coque oculaire, elle était remplie par une énorme masse caséeuse.

— M. *Laborde* poursuit en ce moment, dans le laboratoire de la Faculté, une série de recherches sur les effets de l'élongation des pneumogastriques : il vient faire part à la Société d'un fait qui lui paraît intéressant. Si, chez un animal (chien, lapin), on élonge le pneumogastrique, on voit qu'immédiatement les mouvements du cœur s'accélèrent; vient-on alors à exciter le nerf élongé, les battements du cœur ne s'arrêtent ni même ne se ralentissent. Il semble donc que le nerf ait été paralysé, et on est en droit de se demander si les filets nerveux n'ont pas été ébranlés dans leurs terminaisons intracardiaques, quelques précautions qu'on ait prises pour ne faire porter la traction que sur le bout central du côté du bulbe.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude du mal de Bright chronique, par E. Wagner.

Doctrines éclectiques : Wagner est en même temps dualiste et unitaire. Il admet l'existence anatomique et clinique des trois périodes de Bright; il admet aussi que « des cas moins fréquents répondent à la néphrite parenchymateuse (de Bartels) », avec cette réserve « qu'il y a toujours une participation du tissu interstitiel, et que cette forme peut se terminer par l'atrophie vulgaire ».

Sa classification, un peu arbitraire, comprend :

1° Reins hypertrophiés; lésions diffuses s'étendant sur la totalité de l'organe;

2° Reins normaux ou à peine augmentés de volume, lisses ou vaguement granuleux, présentant des places atrophiques anciennes et enflammées récentes;

3° Reins granuleux vulgaires.

La *première* catégorie, la plus rare, correspond au gros rein blanc. Les lésions histologiques sont généralisées, plus évidentes dans les glomérules et les épithéliums, moins marquées dans le stroma. Prolifération remarquable de l'épithélium capsulaire, dégénérescence graisseuse des épithéliums, dilatation des canalicules urinaires, surabondance de cylindres hyalins, œdème et infiltration cellulaire du stroma. Urines rares, denses, sédimenteuses, très albumineuses. Symptômes connus, sauf l'hypertrophie du ventricule gauche.

Le détail des observations est intéressant. « La prolifération glomérulaire est telle, que l'on trouve jusqu'à quinze couches de cellules » (p. 222)...., les épithéliums sont gros, irréguliers, très graisseux. Dans leur intérieur, cylindres hyalins très nombreux, avec épithélium conservé » (p. 221).

Dans la *seconde* classe, on peut ranger des formes mixtes. « Tandis que dans l'atrophie granuleuse type, le tissu restant est normal ou même le siège d'une hypertrophie compensatrice, dans la forme en question ce tissu est le siège de lésions inflammatoires récentes et très diverses. Ce sont ces lésions récentes qui seules, ou combinées avec les altérations anciennes, caractérisent l'urine et une grande partie du tableau symptomatique. »

Les lésions récentes sont parenchymateuses et frappent les vaisseaux, les glomérules et l'épithélium des canalicules. Du côté des épithéliums, dégénérescence graisseuse; les canalicules ont souvent une largeur normale; souvent aussi ils sont dilatés.

Catégorie nombreuse et qui ne correspond exactement à aucune des formes admises par les auteurs (excepté le rein tacheté de Rindfleisch).

Le tableau symptomatique se ressent de ce mélange de lésions anatomiques; l'urine spécialement est alternativement abondante ou rare, très chargée d'albumine ou peu albumineuse. Sédiment médiocre, beaucoup de granulations graisseuses.

Hydropisies externes et internes modérées; hypertrophie constante, généralement à un haut degré, du ventricule gauche, symptômes gastro-intestinaux, rétinite. Pas de fièvre.

« Une partie des reins, surtout au-dessous de la surface, montre des canalicules très dilatés avec des épithéliums petits et graisseux. Quelques cylindres hyalins. Dans les glomérules, épithéliums proliférés en masses d'une forme en croissant. (p. 230).

Dans la *troisième* catégorie se rangent les reins sclérosés sans complication de dégénérescence amyloïde, de lésion des valvules du cœur ou des voies urinaires : les reins séniles, syphilitiques, goutteux ne doivent pas davantage y figurer. Rien de nouveau dans cette description. (*Deutsches Archiv. für klin. Med.*, t. XXVII, p. 218).

De l'origine et de la signification clinique des cristaux du sperme, par P. Furbringer (d'Iéna).

Des recherches sur les éléments du sperme de l'homme, spécialement sur l'humeur prostatique et le contenu des vésicules séminales provenant de cinquante-six cadavres, ainsi que sur la sécrétion de la prostate provenant de vingt personnes vivantes, ont conduit l'auteur aux résultats suivants :

1° Les cristaux du sperme, découverts par Bœttcher, identiques avec les cristaux dits « de Charcot », cristaux qui sont constitués par le phosphate d'une base nouvellement découverte (Schreiner), proviennent de l'humeur prostatique.

2° Ces cristaux se déposent presque constamment lors du desséchement de l'humeur prostatique du cadavre, ou du sperme éjaculé. Mais pour les obtenir, comme produit isolé, de la glande vivante qui contient cette base organique sous une autre combinaison que le phosphate, il est nécessaire d'ajouter de l'acide phosphorique. Cet acide est fourni, dans le sperme éjaculé par les autres composés du sperme, dans le cadavre par les altérations cadavériques des humeurs.

3° L'odeur caractéristique du sperme lui est communiquée par le suc prostatique, grâce à sa richesse en dérivés de la base de Schreiner à l'état de solution. Lorsque ces dérivés sont transformés en phosphates et éliminés à l'état cristallin, toute odeur disparaît. Pour la même raison, l'odeur du sperme éjaculé dépend de même de la présence des phosphates à l'état soluble, et n'a donc pas de signification médico-légale sérieuse.

4° La richesse du sperme éjaculé en cristaux ne démontre nullement qu'il soit inactif.

5° Au point de vue clinique, la découverte des cristaux spermatiques dans les écoulements pathologiques de l'urèthre est importante pour le diagnostic de la prostatorrhée. (*Cent. für med. Wiss.*, 1881, n° 2).

Le traitement actuel des hernies abdominales, par M. V. Nussbaum.

Exposé très simple du traitement moderne des hernies. « Aucune partie de la chirurgie, dit l'auteur, n'est exclue de la réforme actuelle, mais les hernies y ont peut être gagné plus qu'aucune autre. Même pour les hernies ordinaires, les indications de l'opération radicale sont très élargies : nous sommes autorisés à pratiquer cette opération sur la simple demande du malade, d'autant mieux que la méthode est devenue en même temps plus rationnelle et plus sûre (occlusion du col du sac, excision du sac et suture des piliers). De plus, la dissection et la reposition des hernies irréductibles, autrefois un *noli me tangere* de la chirurgie, est devenue possible. Dans les hernies étranglées, la herniotomie étant devenue une opération anodine, il n'est plus permis d'employer le taxis autrement que sous forme d'une légère pression. La kélotomie externe ne répond plus qu'à des indications fort rares. Enfin, l'opération de la kélotomie interne a été très profondément modifiée par la méthode antiseptique, qui permet dans tous les cas les moyens radicaux, y compris l'excision même en grande proportion des portions gangrenées de l'intestin. » Ces citations caractérisent suffisamment l'esprit du mémoire (*Arztl. Intell.-Blatt*, 1881).

De la carnification du poumon à la suite de pneumonie, par M. Marchand.

La pneumonie franche peut-elle se terminer par le passage à l'état chronique et la carnification? Autrefois tous les auteurs répondaient affirmativement : aujourd'hui l'on est réservé, peut-être parce que les doctrines courantes il y a une trentaine d'années admettaient trop facilement le passage de la pneumonie à la chronicité.

L'auteur nous apprend que Virchow a toujours enseigné la possibilité de cette terminaison, à laquelle il donne avec les auteurs français le nom de *carnification*. Le poumon carnifié ressemble au poumon hépatisé, seulement il est plutôt diminué qu'augmenté de volume : le tissu cellulaire de nouvelle formation présente une légère teinte rougeâtre à cause des nombreux vaisseaux qu'il contient ; cette teinte n'existe qu'au début. Plus tard, le tissu en s'épaississant devient blanchâtre. Il se fait en somme une véritable organisation de l'exsudat lui-même. C'est à cette même conclusion qu'arrive Marchand, après avoir étudié attentivement trois cas qu'il a eu l'occasion d'observer : le premier de ces faits peut être considéré comme un cas type de carnification consécutive à une pneumonie franche. On trouve dans le poumon malade tous les états intermédiaires entre l'exsudation fibrineuse simple ou à peine vascularisé et la masse fibreuse qui a pris la place de l'alvéole pulmonaire. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXII.)

Fibrome multiple du poumon, par M. Rindfleisch.

Un enfant souffrant depuis longtemps d'une maladie chronique des voies respiratoires présentait un symptôme qui avait beaucoup intrigué tous ceux qui avaient été à même de le constater. L'expectoration, très abondante, était jaunâtre, transparente comme l'expectoration albumineuse, et de plus, elle se coagulait presque immédiatement à l'air libre. Rindfleisch lui donnait le nom de *lymphorrhagie pulmonaire*.

L'autopsie donna des résultats bizarres. Entre les poumons et le thorax se trouvait interposé un tissu fibreux assez épais qui soudait absolument le parenchyme aux parois. Cette masse était traversée par une quantité de vaisseaux lymphatiques énormément dilatés. L'auteur pense qu'il y a eu dans la cavité pleurale un afflux *hétérotopique* de lymphe, qui s'est peu à peu organisé en tissu cellulaire.

Du côté du poumon, absence complète de lésions tuberculeuses. Le parenchyme était cependant parsemé de nodosités plus ou moins volumineuses, d'une blancheur éclatante, d'une consistance assez ferme, composées uniquement de tissu fibreux mou, développé autour d'une bronche ou dans les nids lymphatiques qui, suivant Arnold, sont dispersés dans le tissu pulmonaire. La lymphe s'était donc aussi porté du côté du parenchyme pulmonaire et s'épanchait au dehors par la surface libre des bronches.

Il est permis de supposer que le petit malade est mort simplement d'épuisement, car il n'y a rien dans cette altération extraordinaire qui ait été immédiatement dangereux pour lui. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXI.)

BIBLIOGRAPHIE

La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies, par E. J. Marey, membre de l'Institut, professeur au Collège de France. — Paris, G. Masson, 1881.

Le titre seul du nouveau livre que M. le professeur Marey vient de publier : *La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies*, indique suffisamment le but que s'est proposé l'auteur : il a voulu, comme il le dit dans la préface, « développer ce qu'on pourrait appeler la physiologie du médecin, en recherchant les applications que l'on peut faire de la physiologie à la médecine pratique ». Cette tendance qui, malheureusement, se fait de plus en plus rare à mesure que la physiologie élargit son champ d'études, ce désir de

faire bénéficier la médecine des progrès accomplis dan le laboratoire, s'accusent à chaque page du livre de M. Marey.

Si la partie scientifique proprement dite est beaucoup plus largement traitée que dans le premier ouvrage publié en 1863, c'est que, depuis cette époque, l'étude de la circulation a fait des progrès considérables ; les physiologistes, mieux outillés pour les expériences relatives aux phénomènes mécaniques de la circulation, ont enrichi la science d'un grand nombre de faits importants : nous pouvons dire ici (ce que chacun sait à l'étranger aussi bien qu'en France) que les travaux de M. Marey et les méthodes qu'il s'est appliqué à perfectionner ont largement contribué à ces progrès. Mais il faut bien reconnaître que l'application médicale des données nouvelles est restée fort en arrière ; la raison en est facile à donner : jusqu'ici la plupart des médecins n'ont pas introduit dans l'exploration du malade les procédés qui ont permis l'analyse détaillée des phénomènes normaux de la circulation. La complication des appareils, la difficulté de leur emploi, leur prix élevé, la durée même des examens de ce genre sont autant de motifs qui expliquent cette exclusion. M. Marey l'a bien compris ; aussi s'est-il appliqué à simplifier les appareils et leur maniement ; il semble y avoir pleinement réussi en faisant construire ce qu'il appelle un polygraphe clinique, instrument de petit volume, portatif, contenant tout ce qui est nécessaire à l'examen de l'appareil circulatoire.

Il y avait une autre raison pour que l'étude pathologique de la circulation n'arrivât pas à la hauteur de l'analyse physiologique : les procédés employés dans les laboratoires n'étaient pas applicables à l'homme. Nouvelle difficulté que M. Marey a voulu vaincre : restreignant autant que possible les recherches qui s'appuient sur la vivisection, il a cherché dans les manifestations extérieures des actes circulatoires, dans la pulsation du cœur, dans le pouls artériel, dans les changements de volume des organes, etc., des renseignements sur ce qui se produit à l'intérieur du cœur, des vaisseaux et des tissus ; ces expériences ont pu être faites avec des appareils appliqués à la surface du corps, sans mutilation. Il a été facile dès lors d'employer, pour l'examen de l'homme sain ou malade, les mêmes procédés qui avaient servi aux recherches sur les animaux et ainsi ont pu être effacées « les différences qui existaient entre les procédés expérimentaux applicables seulement dans les laboratoires et les moyens d'investigation que les médecins peuvent employer ».

Aujourd'hui la complication a donc disparu ; quelques exercices manuels permettent à chacun d'employer les appareils au plus grand profit de la clinique.

Il n'est jamais entré dans l'esprit de celui-là même qui s'en est toute sa vie occupé, de vouloir substituer l'exploration de l'appareil circulatoire par les procédés graphiques à l'auscultation, à la percussion et aux autres moyens d'étude si précieux dont dispose le médecin. C'est un reproche que lui ont fait ceux qui n'ont saisi qu'un côté de son œuvre. M. Marey a dit souvent et répète encore dans son nouvel ouvrage que le médecin doit associer pour fixer son diagnostic et diriger son traitement tous les procédés que lui fournit la science actuelle : l'étude des modifications pathologiques de la circulation par la méthode graphique est un de ces procédés ; elle peut fournir des renseignements de premier ordre ; elle complétera souvent un diagnostic, le rectifiera même, mais il serait évidemment illusoire de préconiser cette méthode à l'exclusion des autres.

Nous avons essayé de caractériser le sens général de l'œuvre de M. Marey ; cherchons maintenant à donner une idée du livre lui-même.

Dans son premier ouvrage sur la physiologie médicale de la circulation du sang, M. Marey s'était presque exclusivement occupé du pouls artériel et de la fonction cardiaque étudiée au moyen de la cardiographie sur les grands animaux. Quelques chapitres étaient consacrés à l'étude des bruits de souffle et des variations de la température dans leurs rapports avec les modifications de la circulation. C'était en définitive plutôt l'exposé des recherches personnelles de l'auteur qu'un traité d'ensemble sur la circulation du sang.

Ce livre, publié il y a vingt ans, a servi de base à l'ouvrage actuel ; mais la différence est considérable entre les deux publications. La dernière ne constitue pas une seconde édition de la première : c'est une œuvre entièrement nouvelle et beaucoup plus complète.

Avant d'aborder l'étude détaillée de la fonction cardiaque, M. Marey expose les lois physiques qui président à la circulation ; il rappelle les principes d'hydrodynamique indispensables à connaître pour quiconque veut comprendre les phénomènes mécaniques de la circulation. Ici trouvait naturellement sa place l'exposé des procédés à l'aide desquels on peut reproduire, dans des conditions schématiques, les actes mécaniques de la circulation : M. Marey n'y insiste pas au début de son ouvrage, renvoyant au chapitre de technique qui termine le livre tous les détails relatifs au mode de fonctionnement de ces appareils connus depuis Weber sous le nom de *schémas*.

Le cœur est envisagé successivement comme muscle et comme moteur ; on compare tout d'abord les propriétés physiologiques du tissu musculaire du cœur à celles des autres muscles de l'économie ; on étudie son excitabilité, sa fonction rhythmique, ses variations électriques, ses réactions sous l'influence des changements de température, etc. Les particularités fonctionnelles relatives au muscle cardiaque étant connues, ce muscle est ensuite considéré comme organe impulsif : tout un chapitre des plus originaux et des mieux conçus est consacré à l'examen de la force et du travail du cœur. L'exposé des résultats fournis par la cardiographie sur les grands animaux, dans les expériences restées célèbres que Marey fit avec Chauveau en 1862, vient compléter cette étude de l'action mécanique du cœur : l'auteur expose, avec moins de détails peut-être que dans son premier ouvrage, mais d'une manière beaucoup plus synthétique, tout ce qui a trait à ce sujet. Après avoir ainsi initié ses lecteurs à la nature des actes accomplis par le cœur considéré comme moteur circulatoire, M. Marey aborde le point qui deviendra plus tard la base de toutes ses études de pathologie cardiaque : il examine la signification du choc ou pulsation du cœur, en insistant sur ce fait essentiel qu'il ne s'agit point là d'un acte instantané, mais bien d'un phénomène présentant une série de phases successives dont chacune correspond à un acte différent de la fonction du cœur. L'inscription de ce phénomène, obtenue en même temps que celle des variations de la pression à l'intérieur du cœur, a permis de fixer d'une manière définitive les rapports qui existent entre telle ou telle partie de la courbe d'une pulsation, et telle ou telle modification de la circulation intra-cardiaque. Aussi M. Marey considère-t-il comme préparatoires, pour ainsi dire, toutes les expériences de cardiographie faites à l'aide de la vivisection et retient-il comme essentiel ce résultat qu'étant donnée une courbe de pulsation cardiaque, on doit pouvoir déterminer d'après ses inflexions, l'état de la circulation à l'intérieur du cœur. En combinant comme il l'indique les signes fournis par l'auscultation à ceux qu'on retire des courbes cardiographiques, on obtient les renseignements les plus détaillés sur l'état de la fonction cardiaque.

Mais ce muscle cœur dont on connaît les propriétés, dont on a étudié à fond l'action mécanique, n'est lui-même qu'une sorte d'instrument soumis à l'influence incessante du système nerveux. Il porte en lui des organes nerveux régulateurs, il est relié aux centres par des nerfs dont les uns lui transmettent les influences modératrices, les autres les influences accélératrices des appareils nerveux centraux ; il possède des nerfs sensibles qui avertissent à tout instant les régions actives du système nerveux des conditions de plénitude, de vacuité relative, de fatigue, etc., dans lesquelles il se

trouve. Toutes ces influences sont étudiées dans un chapitre spécial qui résume l'état de la science sur la question.

Cette étude de la fonction cardiaque a pour suite et pour pendant une étude de la circulation du sang dans les artères. Procédant comme dans l'examen du cœur, M. Marey passe en revue les propriétés physiques et physiologiques des vaisseaux artériels en insistant surtout sur le rôle de l'élasticité des artères comme moyen de régulariser le cours du sang et de favoriser le travail du cœur; puis il aborde l'étude de la pression artérielle et de ses variations et arrive, enfin, à la question du pouls qu'il a rendue un peu sienne, grâce aux travaux considérables exécutés par lui sur ce sujet. Le pouls est aux artères ce que la pulsation est au cœur lui-même : il traduit à l'extérieur les variations de la circulation à l'intérieur du vaisseau. Fidèle à son programme, M. Marey devait donc insister sur cette manifestation tangible, inscriptible de la circulation artérielle : le pouls constitue, en effet, étant connu tout ce qui est relatif à la pression sanguine, le signe par excellence des modifications physiologiques ou morbides de la circulation.

C'est à l'aide des appareils sphygmographiques, dont on a, comme à plaisir, multiplié les formes sans y apporter de modifications réellement avantageuses, que le pouls peut être soumis à une étude détaillée : aussi, sans négliger les renseignements fournis par la simple exploration tactile, M. Marey développe-t-il spécialement tout ce qui a trait aux formes, à la force, au retard, au dicrotisme du pouls. Ce dernier point fait l'objet d'une mention spéciale, en raison même des théories nombreuses et des recherches expérimentales qu'il a provoquées dans ces dernières années ; c'est à son sujet que sont réunies les expériences sur les oscillations des liquides dans les tubes élastiques, expériences décrites en détail dans le tome II des *Comptes rendus du laboratoire*.

Ayant étudié la pression du sang dans les artères, M. Marey passe à l'exposé des notions acquises sur la vitesse du sang et ses variations : il rappelle, à ce sujet, les travaux de l'école allemande et ceux de M. Chauveau et de ses élèves, compare les méthodes employées et insiste sur les renseignements précieux que fournit la comparaison de la vitesse et de la pression du sang quand il s'agit de déterminer la provenance cardiaque ou vasculaire des variations circulatoires.

Cette étude des phénomènes de la circulation du sang dans les artères est complétée par l'analyse des rapports qui existent entre la fréquence des battements du cœur et la valeur de la pression artérielle. Ici, M. Marey n'avait point à défendre la formule connue sous le nom de « loi de Marey » et d'après laquelle le nombre des battements du cœur est en raison inverse de la valeur de la pression du sang dans les artères. Les faits démontraient suffisamment la justesse de cette loi bien comprise; il fallait seulement, pour répondre aux critiques dont elle a été l'objet, préciser davantage les conditions auxquelles elle s'applique. C'est ce qu'a fait M. Marey : il montre que dans les cas où la pression s'élève par suite d'un resserrement initial des vaisseaux périphériques, ou, d'une manière plus générale, par suite d'un obstacle à l'écoulement du sang des artères dans les veines, le cœur ralentit ses battements. En d'autres termes, la « loi du rapport inverse » s'applique seulement aux cas où le cœur n'entre pas primitivement en jeu pour faire varier la pression. Mais cette subordination du rythme du cœur à la pression artérielle est elle-même la conséquence d'une intervention du système nerveux modérateur du cœur, intervention sollicitée par l'excès même de la pression intra-cardiaque : c'est ce que reconnaît volontiers M. Marey, complétant sur ce point, mais sans la modifier dans ce qu'elle a d'essentiel, la formule à laquelle il a attaché son nom.

La circulation du sang dans les vaisseaux capillaires, envisagés surtout au point de vue physiologique comme vaisseaux contractiles, fait l'objet de deux importants chapitres : dans l'un nous trouvons à signaler particulièrement l'exposé des travaux récents sur les changements de volume des organes, dans l'autre l'étude de la contractilité des capillaires munis ou non de fibres musculaires. Enfin vient l'examen critique des influences vaso-motrices auxquelles obéissent les petits vaisseaux et qui règlent le débit du sang des artères dans les veines.

Nous ne pouvons insister davantage sur l'étude des phénomènes physiologiques de la circulation, et nous nous bornons à rappeler que M. Marey a résumé l'histoire de la circulation veineuse et celle de la circulation pulmonaire qu'il avait laissées de côté dans son premier ouvrage consacré surtout à l'examen de la circulation artérielle ; il a, de plus, passé en revue les caractères particuliers que présente la circulation dans certains organes, comme le cerveau, l'œil, le foie, et envisagé, dans une étude d'ensemble, l'influence du système nerveux sur les organes circulatoires, cœur et vaisseaux contractiles, ainsi que l'action des principaux poisons.

L'application des lois physiologiques aux troubles pathologiques de la circulation, sert de base à toute la partie de l'ouvrage consacrée à l'étude de la circulation du sang dans les maladies. Sans doute, M. Marey ne s'est point proposé d'écrire l'histoire clinique complète des anévrysmes, de l'altération sénile des artères, des lésions valvulaires du cœur ; il a voulu seulement montrer que l'interprétation des signes physiques de ces diverses affections repose tout entière sur une connaissance approfondie des conditions physiologiques. Il a tracé la voie que pourront suivre ceux qui tenteront après lui d'appliquer les méthodes et les donnée physiologiques à l'étude de la pathologie circulatoire. Dans le cadre qu'il nous donne, il indique les résultats déjà obtenus en ajoutant aux faits indiqués dans son premier ouvrage ceux qu'il a observés lui-même ou qui ont été constatés par d'autres depuis une vingtaine d'années. Le plus remarquable des chapitres consacrés à ces études est certainement celui qui est relatif aux bruits de souffle envisagés d'une manière générale, soit au niveau des orifices du cœur, soit sur le trajet des gros vaisseaux : la théorie que défendait déjà M. Marey en 1863, à savoir qu'un souffle cardiaque ou vasculaire est la conséquence immédiate d'une différence brusque de pression, entre deux points voisins l'un de l'autre, qu'il y ait ou non rétrécissement entre ces deux points, est reprise aujourd'hui et développée à nouveau. La seule addition importante consiste dans l'examen des bruits de souffle veineux.

Un pareil ouvrage n'eût point été complet si l'étude des phénomènes circulatoires n'avait été suivie de celle de la température et de ses variations : ces deux ordres de phénomènes sont, en effet, si intimement liés l'un à l'autre, ils s'influencent si bien d'une manière réciproque, que leur rapprochement dans un ouvrage sur la circulation du sang était tout naturellement indiqué. Ce parallèle entre les variations circulatoires et les variations de la température est présenté au double point de vue physiologique et pathologique. Ici encore, M. Marey s'est attaché à montrer que des lois communes régissent les phénomènes normaux et leurs déviations morbides. Les importantes notions acquises dans ces dernières années sur les rapports des températures superficielle et profonde, sur la production du calorique, sur les variations de la température générale dans les maladies, font l'objet de développements d'un grand intérêt pratique.

Ce livre résume les travaux personnels de M. Marey sur la circulation. Cela suffirait déjà pour en faire un ouvrage de haute valeur. L'auteur a voulu l'enrichir encore des recherches d'autrui ; mais il a fait son choix : citer, analyser, critiquer les mille travaux publiés depuis trente ans ne pouvait entrer dans son programme ; les ouvrages de compilation ne sont point son fait.

Il a donc été sobre de citations tout en rendant justice aux travaux qui lui ont paru le plus dignes d'être mentionnés.

L'ouvrage de 1881 a conservé le cachet d'originalité si frappant dans celui de 1863; il en diffère par l'étendue plus vaste du programme embrassé et par une étude plus approfondie des questions.

FRANÇOIS-FRANCK.

VARIÉTÉS

Trois constructions hospitalières nouvelles.

Les architectes et les administrateurs sacrifieraient-ils enfin leurs anciennes prétentions et daigneraient-ils abandonner les constructions hospitalières monumentales pour tenir compte des enseignements de la science sanitaire? L'on serait tenté de le croire en visitant le nouvel hôpital-hospice, ouvert à Saint-Denis depuis quelques semaines, l'hôpital-hospice de Saint-Germain, inauguré il y a près d'un mois, et en examinant aussi quelques-unes des parties de l'Institut pour les enfants rachitiques inauguré depuis dix jours à Milan. A divers titres, ces trois établissements présentent un grand intérêt, car ils caractérisent plus ou moins complètement les idées paraissant dominer aujourd'hui pour l'édification des constructions hospitalières, et ils ne sont pas sans fournir d'abondantes preuves des progrès enfin obtenus dans les applications de l'hygiène à la science architecturale.

Le plus grand ennemi de l'hygiène urbaine est assurément l'encombrement, l'accumulation des habitants dans un espace restreint, d'où résultent forcément l'insalubrité de l'atmosphère ambiante et le voisinage de foyers contagieux. A plus forte raison, les constructions hospitalières ne sauraient-elles satisfaire aux prescriptions de l'hygiène qu'autant qu'elles sont soustraites à ces dangers. Est-il permis d'espérer y parvenir avec des bâtiments étagés et étroitement reliés entre eux? Aucun hygiéniste ne l'a jamais pensé. Aussi s'est-on efforcé, surtout à la suite des exemples si remarquables et si concluants donnés par les Américains pendant la guerre de sécession, de rechercher des modèles de petits pavillons sans étages, isolés les uns des autres, et n'offrant dans leurs aménagements intérieurs que le minimum strictement nécessaire de murailles et de cloisons, ces éponges miasmatiques, comme les a appelées M. Emile Trélat. A l'hôpital-hospice de Saint-Denis, l'architecte, M. Laynaud, s'est inspiré du système de pavillon imaginé par M. l'ingénieur Tollet, appliqué depuis quelques années à Cosne, à Clamecy et à Bourges, et qui le sera bientôt à Montpellier. Ce système a, en effet, grâce à la forme ogivale de la voûte, le très grand mérite de réaliser au maximum la ventilation et l'aération des salles; à Saint-Denis, il est habilement modifié dans quelques-unes de ses parties, notamment à l'union des parois verticales avec la toiture courbe.

Les petits pavillons de l'hôpital de Saint-Denis ont toute l'apparence de ces cottages qu'on a plus ou moins imités dans un grand nombre de constructions hospitalières d'Angleterre et des pays du nord de l'Europe; ils sont disséminés sur une surface de 26000 mètres, donnant, pour un maximum de 200 malades (en ce moment 130 pour l'hôpital et 36 pour l'hospice), une capacité superficielle de 130 mètres carrés par lit (1). Les pavillons sont disposés sur deux rangées parallèles dans le sens de la direction générale ouest-est de l'hôpital, et séparées par un promenoir et des parterres ayant au total 34 mètres de largeur; la première rangée comprend deux pavillons destinés à des vieillards âgés au moins de soixante-dix ans ou à des incurables, l'un à droite pour les hommes, l'autre à gauche pour les femmes; la seconde rangée constitue l'hôpital proprement dit, et se compose de cinq pavillons: les deux extrêmes, qui sont les services de médecine, sont doubles et communiquent entre eux par un réfectoire commun; les trois autres pavillons, centraux et simples, sont réservés à la chirurgie. En arrière, sur une troisième ligne, à 30 mètres environ, on trouve deux pavillons d'isolement destinés aux contagieux; plus loin encore la chapelle, et à l'angle extrême du terrain un petit pavillon comprenant l'amphithéâtre d'autopsies et de dissection. Les bâtiments de l'administration et des services généraux, cuisine, pharmacie, etc., forment façade en avant de l'hôpital, et le service des bains et de l'hydrothérapie est installé dans des pavillons perpendiculaires au côté postérieur des pavillons de fiévreux; la buanderie, les machines, etc., sont plus en arrière, sur le côté d'un des pavillons consacrés au service des bains.

Ces indications sommaires, qu'on saisira mieux en consultant le plan reproduit par le *Progrès médical*, dans sa livraison du 29 octobre, suffisent pour comprendre l'économie générale de l'hôpital: réunion des malades dans des pavillons séparés, isolement des contagieux, dissémination aussi grande que le terrain le permettait des divers services, afin de n'avoir que des logements peu encombrés et baignés d'air sur toutes les faces. Chaque pavillon proprement dit a 34 mètres de long, 8 à 9 mètres de large, et un peu plus de 8 mètres de hauteur au sommet de l'ogive; il comprend une salle centrale contenant seize lits et possédant sur chaque façade huit grandes fenêtres avec impostes à carreaux mobiles; de plus, à chaque extrémité une sorte d'antichambre vitrée et close renferme des cuvettes de toilette à bascule; et enfin, de l'autre côté de ces antichambres, sont disposés à chacune des extrémités, d'un côté, un réfectoire et la chambre de l'infirmier, de l'autre côté une salle d'opération, remplacée par une chambre réservée à un ou deux enfants dans le pavillon de médecine. Les cabinets d'aisances sont établis dans de petits édicules reliés à ces extrémités du pavillon par des couloirs aux parois vitrées et mobiles; ils sont munis de sièges avec cuvette à l'anglaise et de fosses mobiles avec système diviseur.

Ajoutons que les pavillons sont comme suspendus au-dessus du sol par des piliers de maçonnerie de 3 mètres environ de hauteur, de telle sorte que la face inférieure des voûtes sur lesquelles les salles sont construites forme le plafond de vastes promenoirs, comme en plein air, et que, dans ces sous-sols, peut se faire tout le service extérieur, chauffage, ventilation, enlèvement du linge, etc. C'est ainsi que le chauffage est représenté dans chacun de ces sous-sols par deux calorifères distincts, avec foyers à étage, du système Michel Perret, envoyant l'air chaud dans les salles par de très larges bouches de calorifère placées à la tête de chaque lit; en outre, un poêle à feu nu s'élève verticalement au centre des salles et établit un appel d'air considérable en s'engageant au centre d'une cheminée circulaire ventilatrice surmontant la voûte de plus d'un mètre; quant à la ventilation, nous venons de voir qu'elle est, en outre, complètement assurée par les trente-deux carreaux mobiles des impostes, par les fenêtres, en nombre suffisant pour que chaque lit en ait une à sa droite et à sa gauche, et par la forme elle-même, sur laquelle nous ne voulons pas revenir, des voûtes ogivales, sans aucun angle rentrant, et ne permettant que des surfaces arrondies.

Cet hôpital de Saint-Denis mérite, on le voit, une attention toute particulière, non pas qu'il réalise encore complètement tous les détails dont l'hygiène a établi la signification et l'importance; mais son ensemble général est assurément des plus satisfaisants. S'il convient de louer cette disposition en pavillons séparés offrant sur la façade du midi un vaste balcon où les lits des malades peuvent être roulés; si l'on doit louer l'installation de pavillons d'isolement à chambres rigoureusement séparées, et pour lesquels le personnel est logé dans une sorte de maisonnette distincte ainsi que les cabinets disposés dans des édicules auxquels on accède par un passage vitré, mais complètement ouvert latéralement, il ne faut pas trop

(1) A l'Hôtel-Dieu de Paris il n'y a que 27 mètres par lit; à l'hôpital Tenon, 83 mètres. Le minimum, considéré aujourd'hui comme beaucoup trop faible, recommandé en 1861 par la Société de chirurgie, était de 50 mètres.

s'émerveiller de toutes ces améliorations qui semblent si nouvelles en France. Car il faut aussi remarquer que l'orientation est-ouest de l'établissement laisse une des façades des pavillons exposée au nord et l'on ne peut s'empêcher de trouver singulier que chaque pavillon, très heureusement établi sur des piliers isolés, s'élève au-dessus d'une sorte de jardin, de seize à dix-huit mètres de largeur sur trente-quatre mètres de longueur, en contre-bas d'au moins trois mètres de l'allée qui sépare les deux rangées de pavillons, de telle sorte que les pavillons sont comme suspendus sur une série de cuvettes, où l'air restera nécessairement stagnant. La situation de cet hôpital, assez rapproché d'une ville industrielle et ayant à ses côtés des usines, était déjà assez défectueuse pour qu'il eût fallu éviter d'établir, comme à plaisir, des inégalités nombreuses et profondes dans le sol sur lequel il devait être construit.

A Saint-Germain, le problème, nous devons le reconnaître, était tout particulièrement difficile à résoudre pour l'architecte, M. Normand; car ainsi que cela se fait le plus ordinairement, on ne lui a laissé que le choix d'installer 400 lits sur une surface totale de terrain de 19700 mètres devant, en outre, contenir une véritable église, destinée non seulement à l'hôpital, mais à desservir le quartier avoisinant. Il était donc impossible de songer à élever des pavillons et il n'y avait plus qu'à modifier le type des constructions monumentales de telle sorte qu'il soit aussi conforme que possible aux nécessités sanitaires. Ces efforts ont été en grande partie couronnés de succès, nous aimons à le reconnaître, notamment en ce qui concerne l'éloignement des bâtiments et la disposition intérieure des salles sous le rapport du cubage et du chauffage, et surtout l'économie dans les dépenses a été assurée, sans rien négliger du confortable et de la solidité nécessaires, par des artifices architecturaux dignes d'une sérieuse attention. Mais en fin de compte et au point de vue sanitaire, faut-il préférer un hôpital dont les salles renferment 24 ou 28 lits à 1 mètre de distance les uns des autres, et 1m,60 devant les fenêtres, dans lesquelles les lits ne sont pas tous par conséquent au voisinage de celles-ci, bien que cependant la moyenne du cube d'air par lit de malade soit de 57 mètres, et alors que les bâtiments à un rez-de-chaussée élevé sur sous-sol et à un étage possèdent des salles superposées dont les communications sont nombreuses. Aussi, sans entrer dans l'examen des détails de l'hôpital-hospice de Saint-Germain, en nous bornant aux principes généraux de l'hygiène hospitalière, qui seuls nous occupent ici, nous ne pouvons qu'exprimer l'espoir de voir les administrations, non plus imposer une forme de construction pour un hôpital dans un terrain donné avec un nombre de lits déterminé sans tenir compte de la grandeur de ce terrain, mais chercher plutôt le terrain nécessaire pour réaliser le plan d'un établissement hospitalier offrant toute les garanties de salubrité désirables.

Le nouvel Institut pour les enfants rachitiques qui vient d'être inauguré à Milan n'offre que des points de comparaison assez éloignés avec les deux hôpitaux dont nous venons de parler, en raison du but auquel il est destiné; mais si l'on veut négliger diverses particularités nécessitées par son organisation intérieure, il n'en forme pas moins dans quelques-unes de ses parties un modèle de petit hôpital non sans mérite. C'est ainsi qu'on peut remarquer la disposition de ses salles d'infirmerie à trois et quatre lits en communication avec un vaste promenoir, et surtout l'aménagement des cabinets d'aisances dans des pavillons isolés et reliés à l'édifice central par des galeries garnies de vitres mobiles; l'installation des sièges est surtout des plus remarquables, avec leur abondante provision d'eau permettant un lavage fréquent et une chasse immédiate des matières. Ce détail est d'une très grande importance, si l'on en juge par le mauvais état et la malpropreté que nous avons constatés dans les hôpitaux de Saint-Denis et de Saint-Germain, bien qu'ils ne soient ouverts que depuis très peu de temps. Il faudrait aussi s'arrêter sur l'intelligente disposition des locaux de l'Institut de Milan, tant pour les salles d'écoles que pour la consultation externe, le gymnase et l'infirmerie de cet établissement pour lequel aucun des enseignements de l'hygiène n'a été négligé par son architecte, M. Giacchi, et son directeur, M. le docteur Gaetano Pini, qui a su faire de l'assistance aux enfants rachitiques une habitude pour les Milanais; nous avons dit ailleurs tous les avantages de ce remarquable Institut et nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir lorsque les projets de MM. Bourneville et Thulié pour en doter de semblables la Ville de Paris viendront prochainement en discussion devant le Conseil municipal.

En résumé, les nouvelles constructions hospitalières dont nous venons de parler montrent quel souci les architectes commencent à prendre des enseignements de l'hygiène; ces préoccupations nouvelles sont d'autant plus heureuses qu'elles sont en opposition avec des exemples assez récents. On comprend enfin, en France, que les malades ne doivent pas être entassés dans des bâtiments magnifiques, dont l'ostentation ne saurait répondre qu'à d'orgueilleuses conceptions et que c'est uniquement la santé des malades et la salubrité de leurs habitations qu'il importe d'assurer. De l'air, de l'espace, un isolement aussi parfait que possible, telles sont les inéluctables nécessités auxquelles il faut satisfaire; les questions de détail n'offriront plus alors de difficultés. Bientôt s'ouvriront, dans de semblables conditions, l'hôpital Saint-Eloi, à Montpellier, et l'hôpital Bichat, à Paris, par suite de la transformation du poste-caserne du bastion de Saint-Ouen; celui-ci ne sera sans doute que la première transformation du régime hospitalier d'une capitale où l'on s'étonne de voir, dans les quartiers les plus insalubres, de vastes et coûteuses constructions destinées à recevoir les victimes de cette même insalubrité.

A.-J. M.

UNE ENQUÊTE A L'ASILE SAINTE-ANNE

Sous ce titre, notre honorable confrère de l'asile Sainte-Anne, M. Dagonet, publie un court mémoire relatif à des faits déjà signalés dans un article du *Progrès médical* du 18 juin 1881; faits sur lesquels il est indispensable d'attirer avec insistance l'attention du corps médical. — Nous les résumons en quelques mots.

Le 17 mai 1881, M. le procureur de la République reçut une lettre signée de M. Manier, conseiller municipal, dans laquelle celui-ci révélait au magistrat le meurtre d'un aliéné tué l'année précédente par un gardien. Ce meurtre avait été dénoncé par un autre aliéné, D..., audit M. Manier et au directeur de l'hôpital, M. Prieur. Au moment du crime, M. le docteur Dagonet faisait le service de directeur intérimaire. L'aliéné D... déclarait que la malheureuse victime avait été *étranglée* et promettait un mémoire.

Une enquête eut lieu. M. Macé, directeur de la sûreté, commit deux agents, qui, pendant trois jours, furent attachés à la personne de D... et le pressèrent de terminer la rédaction de son mémoire.

Sans entrer dans tous les détails pour lesquels nous renvoyons à l'article du *Progrès médical*, voici en deux mots le résultat de l'enquête.

Le 16 juillet 1880, un aliéné ambitieux, Bacci, à la suite d'une copieuse ingestion de jambon, fut pris d'accident d'indigestion. Deux jours après, les signes d'une obstruction intestinale se déclarèrent et le malade succomba le 19 avec tous les symptômes d'un étranglement interne. L'autopsie fut faite par l'interne de service. L'intestin perforé fut conservé.

L'aliéné D..., atteint également de folie ambitieuse, entendit parler d'*étranglement* et fit sa dénonciation, accueillie, comme on l'a vu, par le directeur et M. Manier, et bientôt suivie de la lettre adressée au procureur de la République et de l'enquête.

Que faut-il penser de cette singulière histoire? Au premier abord, on serait tenté de hausser les épaules et de passer; mais, on voit bientôt qu'il y a là des faits d'une haute gravité. Une simple explication demandée à M. le docteur Dagonet arrêtait dès le début cette ridicule affaire. Mais cette explication n'est pas demandée. Une enquête est faite mystérieusement. Qui va fournir les renseignements? un aliéné, persécuteur persécuté, ancien institu-

teur, orgueilleux, processif, entré au service, sur le rapport de M. Legrand du Saule, le 25 avril 1880.

On accueille comme vérité tous les racontars de ce malheureux dont l'état mental n'aurait pas trompé un sergent de ville et une dénonciation est lancée.

Sur qui retombait en définitive la responsabilité de ce prétendu crime ? Sur l'un de nos collègues les plus honorés pour son caractère et son talent, exerçant depuis plus de trente ans les fonctions si délicates de médecin des asiles d'aliénés, et qui se trouvait par le fait même soupçonné de négligence grave ou d'une sorte de complaisance, plus grave encore. Et toute cette enquête préliminaire est faite à son insu, alors qu'il suffisait d'une démarche toute naturelle et de pure convenance, d'un renseignement demandé au médecin chef de service pour tout éclaircir.

La nécessité de restituer au médecin qui la réclame, l'autorité prédominante en tout ce qui concerne le traitement des malades. s'impose devant de pareils abus. Ces interrogatoires d'aliénés faits sans aucun mandat et par des personnes incompétentes, cette intrusion d'étrangers dans les asiles doivent être sévèrement interdits en dehors du contrôle médical. On voit à quels ridicules résultats ces errements peuvent conduire.

Nécrologie. — Lundi dernier, à Versailles, une grande affluence d'amis, parmi lesquels on comptait un groupe de médecins venus exprès de Paris, rendait les derniers devoirs au docteur Linas, un de nos collaborateurs des premiers jours, un de ceux qui ont le mieux préparé le succès de la *Gazette hebdomadaire* par la justesse de sa critique, la variété de ses connaissances et un notable talent d'écrivain. Il avait aussi publié dans le *Dictionnaire encyclopédique* plusieurs articles remarqués, principalement sur des questions d'aliénation mentale, et avait publié de 1869 à 1871, en collaboration avec M. Nonat, la seconde édition d'un *Traité pratique des maladies de l'utérus*, quand la maladie l'obligea à suspendre tout travail de cabinet. A partir de ce moment, l'activité de son esprit s'épuisa dans les Sociétés savantes dont il faisait partie : la Société *médico-psychologique* et celle du *VIII*e *arrondissement*, dont il fut d'abord le secrétaire, et ensuite le président.

Linas avait subi, au début de sa carrière, les plus dures nécessités de la vie. C'est uniquement à une activité incessante, à un travail opiniâtre, aux qualités de cœur et d'esprit qu'il déployait dans l'exercice de sa profession qu'il dut d'occuper, dans sa clientèle, la position honorable que nous lui avons connue. Un cours d'hygiène qu'il avait institué à la mairie de son arrondissement le désigna pour une place de médecin de l'état civil lors de la réorganisation de cette partie de la médecine publique, comme son ancienne position d'interne à l'hospice de Charenton lui valut un peu plus tard de figurer parmi les inspecteurs des asiles d'aliénés.

Après de longues souffrances énergiquement supportées, qu'adoucissait d'ailleurs la tendre vigilance d'une compagne dévouée, Linas s'est éteint presque à l'improviste, sans qu'il ait eu à subir les angoisses de l'agonie. Les derniers adieux lui ont été adressés sur sa tombe dans deux touchantes allocutions par M. Mottet, au nom de la Société médico-psychologique, et par M. Dally, au nom de la Société du VIIIe arrondissement.

Climat d'Algérie. — Presque chaque année, au commencement de la saison d'hiver, se produisent des bruits défavorables sur le climat de l'Algérie ou sur des épidémies dont elle serait le théâtre. Cette année, on présente l'insurrection oranaise comme étant de nature à mettre en péril la sécurité d'Alger. Une lettre de M. le maire de cette ville, que nous avons sous les yeux, fait appel à la presse médicale de la métropole pour l'aider à détruire ces faux bruits et à établir que l'état sanitaire d'Alger est aussi parfait que sa sécurité.

École d'anthropologie. — L'ouverture des cours aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine le 14 novembre. Anthropologie préhistorique : M. de Mortillet, lundi, à quatre heures. — Anthropologie zoologique : M. Duval (Mathias), mardi, à cinq heures. — Anthropologie anatomique : M. Topinard, mercredi, à quatre heures. — Ethnologie : M. Dally, vendredi, à quatre heures. — Démographie : M. Bertillon, vendredi, à cinq heures. — Géographie médicale : M. Bordier, samedi, à quatre heures.

Faculté de médecine de Paris (année scolaire 1881-1882, semestre d'hiver). — *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 10 novembre 1881, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Le professeur exposera dans la première leçon l'histoire des livres hippocratiques.

Clinique de l'hôpital des Enfants (149, rue de Sèvres). — M. Bouchut reprendra ses leçons cliniques le mardi 15 novembre, à huit heures du matin, et les continuera les mardis suivants, à la même heure. — La première séance sera consacrée à la cérébroscopie, au moyen de projections lumineuses des lésions intra-oculaires en rapport avec les maladies cérébrales.

Hopital Saint-Louis. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur A. Fournier reprendra ce cours le vendredi 18 novembre 1881, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — Vendredi, leçon à l'amphithéâtre. Mardi, leçon au lit des malades.

Hotel-Dieu. — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, commencera son cours de clinique des maladies des femmes le samedi 19 novembre 1881, et le continuera les mardis et samedis suivants, dans l'Amphithéâtre Desault. Les jeudis, consultation avec examen au spéculum.

Cours d'accouchements. — Le docteur Thévenot recommencera son cours public d'accouchements le lundi 21 novembre, à cinq heures, et le continuera les mercredis et vendredis. — Manœuvres obstétricales. — 172, boulevard Saint-Germain.

Écoles vétérinaires. — Le *Journal officiel* du 6 novembre dernier, publie un décret d'organisation des écoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse. Les dispositions de ce décret en 33 articles avec de nombreux paragraphes ne sont pas de nature à intéresser nos lecteurs habituels.

Fièvre jaune. — Un décès de fièvre jaune a eu lieu à Dakar le 17 octobre, trois ont eu lieu à Gorée du 13 au 25. Au nombre de ces morts on compte un lieutenant de vaisseau, M. Piloux, et une sœur des écoles. Deux décès ont eu lieu à Saint-Louis, le 12 et le 15 octobre, un soldat et un lieutenant.

L'existence du fléau à Gorée-Dakar est, certes, de nature à préoccuper ; mais il faut remarquer que le nombre des Européens y est très faible. Les négociants sont partis pour la France ; les troupes sont disséminées : les chaleurs diminuent sensiblement.

— Pauillac, 4 novembre. Le *Castor*, qui revient du Sénégal, suspect, de fièvre jaune a été dirigé sur Rochefort au lieu de Toulon.

Phthisie pulmonaire. — Depuis plusieurs années, il est inscrit au budget de l'assistance publique un crédit de 250 000 francs, pour secours aux malades atteints de phthisie et d'affections chroniques. L'administration s'est mise en relations avec les commissions hospitalières de certaines villes du Midi (départements des Landes, des Basses et Hautes-Pyrénées) et leur a demandé si elles consentiraient dans le cas où tous les lits de leurs établissements ne seraient pas occupés, à recevoir, pendant l'hiver, moyennant le paiement d'un prix de journée, un certain nombre de malades parisiens. Malheureusement, les ressources de ces établissements sont fort restreintes, il faudra donc se résoudre à construire un établissement spécial. Des négociations sont engagées avec le ministère de l'agriculture et du commerce pour la cession des terrains dans les environs d'Arcachon. On a écarté les stations du sud-est de la France comme trop exposées au mistral.

Laboratoire de zoologie de Concarneau. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, MM. Robin et Pouchet sont nommés directeurs du laboratoire de zoologie et de physiologie maritimes institué à Concarneau.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 17 novembre 1881.

HYGIÈNE DES OUVRIERS DES GRANDS CHANTIERS, ATAXIE LOCOMOTRICE FRUSTE ; NÉPHRECTOMIE. — DE L'ÉRYSIPÈLE DU POUMON. — GASTROSCOPIE.

Académie de médecine : Hygiène des ouvriers des grands chantiers. — Ataxie locomotrice fruste. — Néphrectomie.

En écoutant le très remarquable rapport de M. Léon Colin, dont l'Académie a accueilli la lecture par ses applaudissements unanimes, nous ne pouvions nous empêcher de regretter que les conseils si autorisés que M. le ministre des travaux publics vient ainsi de solliciter, en ce qui concerne les ouvriers travaillant dans les terrains marécageux, n'aient pas été également demandés par l'administration de la guerre pendant les campagnes d'Afrique et plus particulièrement au début de la campagne de Tunisie. Les mesures et les précautions dont M. Léon Colin recommande l'adoption à l'égard des ouvriers appelés à exécuter des travaux « au milieu de terrains marécageux ou dans des alluvions maritimes de formation récente », pour rester dans les limites de la demande ministérielle, conviennent en effet à toutes les agglomérations d'hommes momentanément introduites dans les pays à malaria. Ces conseils trouveront aussi leur application dans les travaux de terrassement exécutés si fréquemment de nos jours dans les villes et les campagnes.

M. Léon Colin fait remarquer avec raison que, si on les considère sur l'ensemble du globe, les fièvres dépendent bien plus du miasme tellurique que du miasme palustre proprement dit, et ses recherches si connues sur la malaria de la Campagne romaine lui ont permis de montrer qu'elle ne se produit pas par le simple fait de la putréfaction des matières organiques, mais que le sol intervient en cette élaboration morbifique d'une manière aussi active peut-être que dans la végétation : les exemples sont nombreux des épidémies de fièvre intermittente consécutives aux travaux de creusement. Les premières pages du rapport résument ce que la science sait aujourd'hui de la pathogénie de l'impaludisme et des agents pathogéniques des foyers palustres ; on en trouvera l'analyse au compte rendu. Mais si, comme le constate M. Colin, la notion de la cause intime de la malaria est encore inconnue, elle n'est pas indispensable à sa prophylaxie, et dans les travaux pour lesquels le ministre demande les conseils de l'Académie, « la fièvre est surtout faisable par l'incurie de l'homme comme elle est surtout justiciable de son industrie ».

Les conditions sanitaires des ouvriers des grands chantiers acquièrent une importance d'autant plus grande aujourd'hui en France, qu'on s'efforce, dans tous nos départements, de réaliser le programme de travaux publics tracé par M. de Freycinet; on s'en est préoccupé tout récemment à la Société de médecine publique, où M. Léon Colin présenta également un rapport sur une demande adressée par l'ingénieur en chef du canal de Tancarville au Havre et par le Bureau d'hygiène de cette ville.

M. le docteur Drouineau, qui a été appelé depuis plusieurs années à diriger le service médical de chantiers très importants aux environs de la Rochelle, vient de montrer qu'il faut admettre, en moyenne, qu'un chantier de 1000 ouvriers fournit par mois : 32 hommes blessés légèrement, 2 blessés gravement, 41 maladies légères, 0,4 maladies graves, et 3,7 fièvres intermittentes. On voit l'importance des mesures qu'il convient de prendre pour garantir la salubrité de ces populations nomades, pour lesquelles l'hygiène individuelle est lettre morte, et combien il est nécessaire que, dans des pays insalubres par eux-mêmes, dont les habitants portent tous les stigmates de l'impaludisme, les nouveau-venus ne viennent pas ajouter momentanément au danger existant. Nous aimons à penser que les instructions concernant les ouvriers de ces chantiers, les soins à donner aux malades, les dispositions à prendre pour le drainage, l'amendement et l'ensemencement du sol, prendront dorénavant place dans les cahiers des charges imposés aux entrepreneurs. Ainsi que l'a fait également remarquer M. Drouineau, il serait indispensable que l'administration prît, en pareil cas, l'avis des Conseils d'hygiène, si compétents pour apprécier les différences que doivent subir les conditions à imposer, suivant les lieux, la nature des terrains, l'âge ancien ou récent des vases ou des alluvions maritimes, la présence ou l'absence d'égouts, la plus ou moins grande quantité de matières animales qu'ils charrient, et suivant les chances de contamination des populations avoisinantes.

Le rapport, approuvé par l'Académie, fixe désormais les lois de l'hygiène dans les grands chantiers; il fait également honneur à l'Académie et à son auteur.

— Deux autres communications ont occupé l'attention de l'Académie : l'une de M. Marrotte, sur une malade présentant une forme « fruste » d'ataxie locomotrice; le diagnostic, qui se base sur des crises bulbaires à forme épileptique et de nature diabétique, n'est pas encore complet, au dire même de l'observateur. M. Le Dentu est venu ensuite donner lecture d'une observation de fistule urinaire de l'aine gauche consécutive à l'incision d'une volumineuse hydronéphrose; il dut, à la suite, pratiquer l'extirpation du rein correspondant. Cette opération a été suivie d'un plein succès; la première néphrectomie qui ait été faite en France avait été pratiquée par M. Le Fort; le malade avait succombé. L'opération de M. Le Dentu est donc le premier cas de guérison que la chirurgie française ait à enregistrer.

De l'érysipèle du poumon.

I

Longtemps battue en brèche et repoussée, surtout par l'école physiologique, la doctrine hippocratique de l'érysipèle interne a enfin trouvé dans les travaux de Gubler sa consécration définitive, et des recherches multipliées, celles de Cornil surtout, ont mis en pleine lumière les caractères distinctifs de l'angine érysipélateuse. Mais les efforts des cliniciens et des anatomo-pathologistes n'ont pas été couronnés du même succès, lorsqu'on voulut généraliser cette conception et démontrer l'existence de déterminations, de localisations érysipélateuses sur les autres organes ou systèmes anatomiques, même sur les muqueuses qui ont, avec la peau, ce siège d'élection de l'érysipèle, une si étroite parenté anatomique et embryogénique. Tel est, notamment, le cas pour les voies digestives, malgré l'autorité de Gubler; de même la véritable signification, en nosologie, des affections cardiaques observées dans le cours de l'érysipèle demeure indécise après les travaux de M. Jaccoud et de M. Sevestre; il en est surtout ainsi pour les manifestations cérébrales qui constituent le danger principal dans cette maladie.

La question est restée tout aussi obscure pour les voies respiratoires, qu'*a priori* on ne devait pas considérer comme réfractaires à ce genre d'infection, à cause de la fréquence du coryza érysipélateux. On a bien vu dans quelques cas exceptionnels l'inflammation se propager au larynx, pour y déterminer l'œdème de la glotte (Gubler) et même aux bronches (Ed. Labbé, J. Simon) pour se compliquer d'atélectasie ou de congestion pulmonaire. Mais, en ce qui concerne les poumons, les observations réellement démonstratives nous faisaient défaut jusque dans ces derniers temps, comme en témoignent diverses monographies et notamment la thèse de Schlumberger (Paris, 1872). Nos traités classiques, les articles des Dictionnaires sont à peu près muets sur ce point, ou leurs descriptions de la pneumonie érysipélateuse semblent plutôt établies d'après des vues théoriques que basées sur l'investigation clinique.

C'est dans le court et substantiel mémoire de M. Straus (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879) qu'est rapportée la première observation qu'on puisse considérer comme un exemple d'érysipèle du poumon. Depuis cette époque, plusieurs faits de cet ordre, plus ou moins probants, ont été publiés. C'est d'après ces documents auxquels il a ajouté quelques cas inédits, que M. Stackler, dans une excellente thèse (Paris, 1881), a essayé de démontrer l'existence, et d'édifier l'histoire de la localisation pulmonaire de l'érysipèle. Il lui a donné le nom de broncho-pneumonie érysipélateuse, dénomination évidemment défectueuse, qui, prêtant à confusion, devrait faire place à celle plus précise d'érysipèle du poumon.

Une rapide incursion dans la littérature allemande suffit à prouver jusqu'à quel point cette terminologie vicieuse a pu obscurcir la question. Nos voisins confondent, en effet, sous la dénomination de pneumonie érysipélateuse deux processus absolument distincts au point de vue nosologique : d'une part, la détermination de l'érysipèle sur le poumon; d'autre part, des phlegmasies pulmonaires qui par leur marche ambulante seule rappellent à certains égards les allures habituelles de l'érysipèle cutané, sans avoir avec lui aucune parenté étiologique. C'est de ce terme que se servent Waldenburg, Fischl, Friedreich, pour désigner une variété de pneumonie dont ils font une forme spéciale parce qu'elle se caractérise soit par l'envahissement progressif de divers départements du poumon, soit par la production de foyers inflammatoires successifs; c'est la pneumonie érysipélato-phlegmoneuse de Trousseau, plus judicieusement appelée pneumonie erratique par Wunderlich ou migratrice par divers auteurs allemands, en particulier par Homburger, élève de Kussmaul, qui, dans sa dissertation inaugurale (*Ueber croupöse Pneumonie*, Strasbourg, 1879) en a donné une bonne description.

La confusion résultant de cette dénomination s'est encore aggravée par un litige de doctrine. En effet, tandis que la plupart des auteurs allemands l'emploient sans lui donner une portée théorique, pour Friedreich elle serait justifiée, commandée en quelque sorte par les données étiologiques. D'après cet éminent clinicien, la pneumonie migratrice et l'érysipèle ont la même origine, relèvent de la même intoxication. La *Wanderpneumonie* aurait des caractères cliniques spéciaux, rappelant ceux des maladies infectieuses, état général grave, sub-ictère, tuméfaction de la rate, etc., et de plus se montrerait sous forme épidémique au moment ou immédiatement après les épidémies d'érysipèle. Ce serait une fièvre érysipélateuse limitée au poumon; vue de l'esprit fort hardie, qui du reste avait déjà été émise avant Friedreich, mais aussi fort hasardée; car, il faut le dire, elle ne repose sur aucune preuve. Il résulte, en effet, du travail de Homburger que toutes ces assertions de Friedreich sont loin d'être établies; souvent la pneumonie migratrice est des plus bénignes et d'ordinaire il n'existe aucune relation entre les épidémies d'érysipèle cutané et celles de cette variété, d'ailleurs assez rare, de phlegmasie pulmonaire.

La question se pose d'ailleurs ici dans les mêmes termes que pour la pneumonie typhoïde sans lésions intestinales et, comme pour cette affection, demeure au moins indécise.

Restons donc sur le terrain où se sont placés MM. Straus et Stackler, et cherchons, en discutant les faits où la coexistence de l'érysipèle externe avec une pneumonie a été constatée, s'il est dès à présent acquis que les poumons, comme les voies respiratoires, peuvent être le siège d'une localisation érysipélateuse, s'il faut faire à l'érysipèle du poumon une place dans la nosographie.

II

Les observations qui témoignent de l'apparition simultanée ou successive d'un érysipèle cutané et d'une phlegmasie pulmonaire sont fort peu nombreuses ; tout au plus en trouvons-nous une quinzaine d'observations, et encore dans plusieurs cas ne s'agit-il que d'un processus fugitif du côté des poumons, où l'on a pu songer aussi bien à une congestion bronchique qu'à une véritable pneumonie.

Presque toujours c'est la lésion cutanée qui s'est manifestée en premier lieu; cependant, nous connaissons trois observations au moins (Gueneau de Mussy, Friedreich, Cuffer) où l'érysipèle facial n'a apparu qu'après les accidents pulmonaires. Si l'on écarte le fait très obscur de Friedreich où, en dehors d'une pneumonie maligne, on voit se produire une pleurésie et une péricardite suppurées et finalement une inflammation érysipélato-phlegmoneuse d'un des membres supérieurs, il ne reste que deux cas seulement. Peut-on dès lors écarter l'idée d'une simple coïncidence, et cela d'autant plus que, contrairement aux habitudes de l'érysipèle qui s'étend généralement de proche en proche, les parties intermédiaires entre le poumon et le tégument cutané étaient demeurées indemnes de tout processus irritatif?

Comme nous avons éliminé au préalable les faits d'érysipèle soi-disant limité au poumon, de pneumonie érysipélateuse au sens de Friedreich, nous n'avons plus qu'à discuter la valeur des observations d'érysipèle cutané propagé aux voies respiratoires. Cette pneumonie, survenue chez un érysipélateux, a-t-elle une physionomie qui lui soit propre? Mérite-t-elle son autonomie; doit-elle, pour me servir de l'expression de M. Straus, être considérée comme spéciale, en vertu soit des données étiologiques, soit de ses allures cliniques, ou enfin de ses caractères anatomiques?

Ce n'est pas, en tous cas, sur l'*étiologie* que la doctrine de l'érysipèle du poumon peut s'étayer ; car l'extrême rareté de cette soi-disant modalité clinique distincte, rapprochée de la fréquence des phlegmasies pulmonaires, d'une part, de l'érysipèle cutané d'autre part, semble, au contraire, pouvoir être invoquée en faveur de l'idée d'une coïncidence fortuite.

Quant aux arguments empruntés *à la clinique*, tirés de la symptomatologie, ils ne nous paraissent guère plus probants. Le tableau clinique est loin d'être le même dans tous les cas. Tantôt la pneumonie, fidèle en quelque sorte au génie de l'érysipèle, se montre ambulante ou serpigineuse, envahit les deux poumons; tantôt, au contraire, elle se cantonne dans un territoire plus ou moins circonscrit d'un des poumons, sans envahir les régions avoisinantes. Mêmes divergences en ce qui concerne les phénomènes locaux ou les manifestations générales.

Le seul trait commun qu'offre ces diverses observations, c'est la rapidité d'allures du processus qui en quelques jours se juge d'une façon ou de l'autre (Stackler). D'ordinaire il présente dès le début la physionomie la plus abondante, les caractères d'une réelle malignité et se termine, en quelques jours, par la mort; d'autres fois, au contraire, il ne s'agit que d'un processus très bénin, aboutissant promptement à la guérison.

D'ailleurs, s'il est vrai que cette forme de pneumonie est habituellement fort grave, sommes-nous en droit de voir dans cette malignité la preuve de son origine infectieuse? Ne l'expliquerait-on pas aussi bien par ce fait qu'un organisme déjà ébranlé par l'érysipèle est hors d'état de repousser un nouvel assaut?

Quant aux phénomènes qui, à côté de l'ataxo-adynamie, portent le cachet de l'infection générale, quant à la tuméfaction de la rate signalée par Friedreich, il n'y est fait aucune allusion dans les observations françaises. Mais cela tient peut-être à ce que nos compatriotes, plus ou moins imbus encore de l'idée que la pneumonie est une affection locale, s'attachent moins que les Allemands à la recherche de ces manifestations cliniques qui appartiennent en propre aux maladies générales, aux processus d'origine infectieuse.

Enfin cette sévérité d'allures de la pneumonie dite érysipélateuse cadrerait assez mal avec ce que l'observation journalière nous apprend au sujet du pronostic de l'érysipèle, cette maladie bénigne entre toutes, quand elle ne s'attaque pas à un organisme profondément débilité, à moins qu'il ne faille voir là une nouvelle application de l'aphorisme hippocratique : *Erysipelas foras effusum minime bonum.*

Ce ne sont donc pas les faits cliniques qui pourraient nous convaincre de la possibilité de la répercussion de l'érysipèle sur les poumons. C'est à l'*anatomie pathologique* qu'en dernière analyse on est amené à demander la preuve de la spécificité de cette variété de pneumonie, quelque répugnance qu'on doive éprouver à fonder des classifications nosographiques sur des données anatomiques.

Ici je citerai M. Stackler : « Les observations avec autopsie » n'étant au nombre que de quatre, et les résultats de ces » autopsies différant entre eux quant aux lésions microsco- » piques, il nous est impossible d'établir dès maintenant les » caractères anatomo-pathologiques de la broncho-pneumonie » érysipélateuse. » Et cependant, il faut le reconnaître, ces faits, pour être peu nombreux, ne laissent pas d'avoir une réelle valeur. C'est d'ailleurs sur des considérations de cet ordre que M. Straus s'est surtout appuyé pour établir l'existence de l'érysipèle du poumon, interprétation à laquelle se sont ralliés MM. Rendu et Damaschino dans la courte discussion qui s'est élevée à la Société médicale des hôpitaux (27 juin 1879).

« Il est probable, dit M. Vulpian dans sa thèse d'agréga- » tion (1860), d'après les faits déjà connus, que le plus sou- » vent la pneumonie érysipélateuse sera double; elle sera » du reste en général constituée plutôt par une bronchite » capillaire, une broncho-pneumonie que par une pneumonie » franche avec hépatisation. » L'observation la plus probante que put invoquer M. Vulpian était celle de Goupil (thèse de Labbé, 1858) où l'inflammation érysipélateuse avait successivement envahi après la face, le pharynx, le larynx, la trachée et enfin les bronches avec les lobes correspondants.

C'est bien en effet d'une broncho-pneumonie qu'il s'agit dans ces cas, comme le prouvent les recherches de M. Damaschino, dont les résultats sont consignés dans la thèse de Stackler.

Reste à démontrer que cette broncho-pneumonie présente quelque chose de spécial, qui permette, vu les conditions étiologiques où elle s'est présentée, d'écarter l'idée d'une phlegmasie banale et de rapporter le processus pulmonaire à l'infection érysipélateuse.

En faveur de cette conception on a invoqué des arguments de plusieurs ordres, les uns fournis par la nature macroscopique des lésions, les autres par leurs caractères histologiques.

Dans certains cas, en effet, il semble qu'on ait pu suivre le processus depuis son point de départ à la face, jusque dans le poumon à travers les voies respiratoires, et l'on a pu s'assurer que le territoire pulmonaire, siège de l'inflammation, correspondait exactement à une grosse bronche manifeste-

ment hyperhémiée. Mais, il faut bien le dire, dans presque toutes les observations, le larynx était indemne, avait été « sauté » par l'érysipèle. D'un autre côté, l'irritation de la bronche afférente au foyer de phlegmasie pulmonaire est un fait banal, à l'intensité près, dans les broncho-pneumonies.

M. Straus a, en outre, appuyé son interprétation sur certaines particularités histologiques. Contrairement à ce que l'on observe en général dans les broncho-pneumonies, il a constaté dans l'exsudat alvéolaire une énorme quantité de leucocytes et une absence totale de fibrine. Il y aurait donc là une remarquable analogie avec ce qui se passe du côté de la peau dans l'érysipèle externe. « Dans les deux détermina- » tions, cutanée et pulmonaire, même rapidité d'effusion » des cellules blanches, même défaut de plasticité. »

Malheureusement l'observation de M. Straus reste, jusqu'à ce jour, unique dans son genre; tout au contraire M. Damaschino a noté, dans un cas, que l'exsudat alvéolaire était très riche en fibrine.

Ainsi, quelque séduisants que soient les arguments invoqués, la preuve n'est pas encore faite. D'ailleurs, en admettant même que les lésions histologiques aient présenté certaines particularités, l'existence d'un érysipèle du poumon n'en serait pas, pour cela, mise hors de doute. Qu'une phlegmasie, se développant fortuitement chez un érysipélateux, n'évolue pas de la même manière que chez un individu indemne de tout processus pathologique antérieur, la chose est fort admissible. Mais de là à mettre la phegmasie pulmonaire sous la dépendance du même agent morbide que l'inflammation cutanée, il y a encore loin.

Il faut donc reconnaître que, malgré l'observation si complète de M. Straus et les recherches si consciencieuses de M. Stackler, la question n'est pas encore tranchée. La pathologie générale est grandement intéressée à ce qu'elle le soit par des recherches ultérieures; car, établir la réalité de l'érysipèle du poumon, ce serait fournir le premier exemple d'une véritable répercussion de cette maladie infectieuse sur un organe éloigné du foyer primitif, et produire un argument nouveau en faveur de l'opinion qui la classe dans les maladies *totius substantiæ*, à côté des fièvres éruptives.

L. DREYFUS-BRISAC.

Gastroscopie.

L'estomac est l'un des organes les plus inaccessibles à nos moyens directs d'investigation et Boudet (de Paris) disait dernièrement (*Revue de médecine*, octobre 1881) que les tentatives faites pour l'éclairer au moyen du polyscope de Trouvé avaient dû être abandonnées. Nous croyons donc utile de signaler immédiatement une méthode nouvelle inventée par le docteur Mikuliez, *docent* à l'Université de Vienne, et dont voici la description sommaire d'après deux articles publiés dans le *Centralblatt für Chirurgie*, n° 43, et dans la *Wiener medicinische Presse*, nos 45-47.

Le chirurgien viennois utilise pour l'éclairage de l'estomac un instrument semblable à celui que Nitze-Leiter emploie pour examiner la vessie, le pharynx, etc., et qui n'est pas sans analogie avec l'endoscope de Desormaux. C'est une sonde rigide, longue de 65 centimètres, épaisse de 14 millimètres, coudée à angle très obtus à son extrémité inférieure, de façon à s'adapter exactement à la courbure même de l'œsophage. Cette sonde contient en même temps un appareil électrique éclairant et un système optique pour permettre d'examiner par l'extrémité externe ce qui se passe dans le viscère.

L'appareil producteur se compose d'un simple fil de platine contourné en spirale qui devient incandescent lorsqu'on le met en communication au moyen d'une pince facile à enlever avec une batterie de Bunsen. Ce fil incandescent est protégé par une plaque de cristal, mais pour que sa chaleur trop vive n'arrive pas à le faire fondre, ou à incommoder les parois de l'estomac, il est nécessaire de faire passer d'une façon continue autour de lui un courant d'eau froide au moyen d'une disposition très simple. Pour que la plaque de cristal ne soit pas salie par les mucosités ou autres corps opaques, elle est elle-même recouverte d'un petit écran en métal que l'on peut retirer à volonté.

L'appareil optique se compose de deux prismes situés, l'un auprès du fil de platine, l'autre à la coudure de la sonde, et d'un système de lentilles disposées de façon à pouvoir examiner la muqueuse dans ses dimensions normales ou même avec un léger grossissement.

Ce n'est pas tout. Afin que les rayons lumineux, partis du fil de platine, répercutés sur la paroi et revenus au prisme, ne perdent rien de leur éclat, il faut que les milieux soient transparents et homogènes. Pour cela, il fallait que l'examen se fît dans l'eau ou dans l'air. Le premier procédé est absolument inapplicable : quant au second, il a fallu, pour qu'on puisse le réaliser, introduire dans la sonde un quatrième système destiné à introduire dans l'estomac la quantité d'air nécessaire à une exploration utile.

L'instrument ainsi établi, voici comment procède Mikuliez. L'estomac est d'abord soumis à un lavage complet, puis, dix minutes avant l'exploration, on fait au malade une injection hypodermique de morphine (une seringue de Pravaz d'une solution à 4 pour 100). L'anesthésie ainsi obtenue est suffisante et non dangereuse. Le malade se couche sur le côté, la tête un peu défléchie, afin de permettre l'introduction de la sonde dans le coin des lèvres et non par le milieu. « Le seul obstacle, dit l'auteur, est le larynx qui doit être, par des pressions douces et ménagées, amené en avant et latéralement. Lorsque l'instrument est dans l'estomac, on commence à pomper de l'air, et le médecin, assis à la tête du malade, commence son examen. La salive et les mucosités coulent naturellement et abondamment par le coin de la bouche. »

Un examen de ce genre, grâce à l'emploi de la morphine, peut se prolonger un quart d'heure. En tournant le foyer lumineux successivement vers les divers points de l'horizon, on peut arriver à examiner tout l'estomac, mais seulement dans une demi-circonférence par le même instrument : il a fallu donc en construire *deux*, l'un pour le pylore, l'autre pour le fond.

Nous ne connaissons pas encore les résultats obtenus par cette méthode que l'on peut classer parmi les plus compliquées comme préparation, comme instrumentation, comme procédé opératoire. « La gastroscopie, dit son inventeur, est une *méthode exclusivement chirurgicale* et qui ne doit être employée, provisoirement du moins, que par des mains suffisamment exercées chirurgicalement. » Il faut donc attendre de nouvelles recherches, mais il est permis de dire dès à présent que cette intéressante tentative restera stérile, tant que l'on n'aura pas *considérablement* simplifié l'instrument et la méthode.

C. ZUBER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Considérations cliniques a l'occasion de la variole et notamment de la période d'éruption, par M. Barthélemy, chef de clinique.

(Fin. — Voyez le numéro 44.)

III. — *De l'éruption variolique considérée au point de vue du diagnostic.*

Le diagnostic de la variole, *en tant qu'éruption*, est souvent difficile; il doit cependant être fait avec soin, car, à cause de la contagion, cette erreur de diagnostic est une de celles qui sont le moins pardonnées dans les familles.

Au début, par un examen superficiel, on peut se tromper en face d'*érythèmes* et de *roséoles*. Mais c'est surtout avec la *rougeole* que la confusion est la plus fréquente. Comme les deux maladies sont contagieuses, on éloigne toutes les personnes qu'on veut préserver. Toutefois, pour le malade lui-même, il n'est pas sans inconvénient d'être envoyé parmi les varioleux : c'est là une des raisons qui rendent si nécessaire l'installation dans les hôpitaux des *pavillons d'attente*.

Toutefois, dans le cas particulier, le mal est moins grand que l'on pourrait croire : la confusion de la rougeole et de la variole est, au début de l'éruption, relativement fréquente ; nous en avons vu plus d'une quinzaine de cas dans le courant de l'année. Or, jamais aucun morbilleux n'a contracté la variole; ce qui n'est pas un argument indifférent en faveur de l'*incompatibilité des fièvres éruptives*.

Quoi qu'il en soit, en ne considérant que les signes objectifs, on peut dire que, dès le début de la variole, la *couleur congestive* des taches est peut-être moins vive que dans la rougeole ; que les taches sont de *grandeur* moindre ; que leur *forme* est plus certaine, et que les maculo-papules de la variole présentent, à la face et au dos des mains, une certaine dureté qui fait défaut même dans la rougeole dite boutonneuse. Enfin, la variole en général débute par la face et par le tronc.

D'ailleurs, toutes les fois que l'on observera une éruption dont les caractères généraux ne sont pas franchement ceux de la maladie qu'on suppose, il y aura lieu de garder jusqu'au lendemain une sage et prudente réserve, afin d'affirmer le diagnostic. En temps d'épidémie, surtout, il faut se tenir en garde contre ce qui ressemble à la maladie régnante.

La *scarlatine* ne saurait être mise en question qu'à l'occasion de la variole hémorrhagique, qui a déterminé l'apparition d'*un rash hémorrhagique* et qui tue avant l'éruption. Mais, outre que la différence est considérable, il n'y a pas de cas authentique certain de scarlatine maligne hémorrhagique, observée en France. Tout, dans les observations publiées, milite en faveur de la variole, confirmée encore par l'époque d'apparition de l'éruption, par son siège, par l'absence d'angine, de glossite terminale, par une température moindre, etc. Nous ne devons ici signaler que pour mémoire le *scorbut*.

Parmi les autres maladies fébriles qui ont pu donner, par leur éruption, lieu à une confusion quelconque avec la variole au début, nous devons encore signaler la *fièvre typhoïde*.

Dans certains cas, qui sont en général bénins, les taches rosées lenticulaires sont généralisées et très nombreuses. Elles sont plus petites, plus isolées, plus nettes que les macules morbilleuses et se rapprochent en cela des maculo-papules du premier jour de la variole. L'hésitation, en effet, ne peut durer qu'un jour, et c'est dans les cas analogues à ceux qui ont tant frappé Latour, en 1842, où la variole revêt nettement l'aspect typhique. Mais les taches rosées se montrent au plus tôt le septième jour de la maladie, et arrivent tout au plus à la forme papuleuse. Ensuite les phénomènes généraux persistent après l'apparition de l'éruption.

Parmi les éruptions qui peuvent être accompagnées ou suivies d'un mouvement fébrile, citerons-nous les *urticaires*, dont l'apparition est soudaine, la durée passagère, la coloration et l'élevure tout à fait caractéristique, et dont les démangeaisons si vives contrastent avec l'indolence de l'éruption variolique?

Devons-nous signaler un cas de *miliaire estivale*, généralisée, accompagnée de fièvre légère et d'un état gastrique assez prononcé? Ces malades n'ont été envoyés du bureau central dans un pavillon de varioleux que par inadvertance, et le diagnostic variole ne pouvait soutenir un examen attentif. Le pointillé miliaire, les *papules de l'érythème*, l'absence d'éruption bucco-pharyngienne ne peuvent prolonger longtemps la confusion.

Une maladie qui doit nous occuper plus longtemps, c'est la *syphilis*.

Mais, nous dira-t-on, la syphilis évolue lentement, sans fièvre, sans acuité; une maladie aussi chronique que la *vérole* ne saurait donner lieu à une confusion quelconque avec une maladie fébrile, suraiguë comme la *variole*. La clinique démontre qu'il en est pourtant ainsi.

Parfois, en effet, la vérole secondaire prend des allures d'une acuité extrême.

M. le professeur Fournier a l'obligeance de nous en communiquer un cas fort remarquable. Il s'agit d'une jeune femme entrée dans le service de M. le docteur Millard; elle était abattue, prostrée, sans appétit, souffrait de la tête et de nausées fréquentes. En même temps, la fièvre était très intense depuis quelques jours et la température oscillait entre 39 et 40 degrés. M. Millard, dont on connaît la profonde science clinique, pensa tout d'abord à une *fièvre typhoïde*, car, outre la céphalalgie, sa lassitude extrême et sa sensation de brisement des membres, la malade présentait des symptômes typhiques très prononcés (*Leçons sur la syphilis*, 2e édition, p. 264).

Quelques jours se passèrent; la fièvre typhoïde et la prostration étaient toujours aussi vives, quand apparut sur tout le corps une éruption papuleuse tellement soudaine et tellement abondante que M. Millard n'hésita pas à porter le diagnostic de *variole*. Mais la fièvre ne diminua pas après l'éruption, les symptômes typhoïdes persistaient et surtout les papules ne subissaient pas la transformation vésico-pustuleuse. M. Millard reconnut alors une syphilis, ayant causé une poussée aiguë, fébrile de syphilides papuleuses très abondantes, et adressa la malade à M. Fournier, qui confirma ce dernier diagnostic.

M. Fournier nous apprend que les faits où la syphilis maligne est accompagnée d'un cortège symptomatique aussi intense, aussi éclatant, aussi aigu, ne sont pas absolument rares. Il a d'ailleurs depuis longtemps signalé la fièvre syphilitique secondaire, précédant la roséole, qui peut être prise alors pour une rougeole ou pour un rash érythémateux. Nous avons indiqué ci-dessus les éléments du diagnostic.

Nous avons cité, dans notre thèse, une observation prise à Saint-Louis, dans le service de clinique dermatologique : ici encore la syphilide papuleuse, généralisée et *fébrile*, fut prise par deux médecins de la ville pour une variole. La syphilis, qui, chez cette femme débilitée, avait pris une forme maligne précoce, fut rapidement enrayée par les *frictions mercurielles*.

L'indolence existe dans l'éruption variolique comme dans les syphilides.

En général, la fièvre syphilitique n'est pas continue et ne prend pas subitement en pleine santé, ni surtout avec la même ardeur. Il y a de la dépression, de la prostration physique et intellectuelle, ce qui est rare dans la variole où l'on observe surtout de la courbature et de l'épuisement physique. Le processus fébrile évolue avec un fracas moindre dans la syphylis où cependant la torpeur, l'inertie sont plus prononcées et peuvent, dans certains cas, revêtir l'aspect typhique.

Ce n'est pas seulement à l'occasion des éruptions érythémateuse et papuleuse que la *syphilis* peut s'accompagner de fièvre. La pâleur, l'amaigrissement, la lassitude, l'inappétence se retrouvent encore dans les *éruptions ecthymateuses*. Dans quelques cas, les tubercules ecthymateux se recouvrent de croûtes et ressemblent si fort aux croûtes des pustules de la variole discrète, que l'on peut hésiter quelque temps dans le diagnostic, quand on n'a pas assisté au développement de l'éruption. Il faut alors, pour sortir d'embarras, recourir aux antécédents, aux phénomènes concomitants, à l'absence d'angine pustuleuse, au polymorphisme et aux plaques opalines ou érosives de la syphilis.

C'est encore à ces éléments de diagnostic qu'on aura recours quand la variole et surtout la varioloïde se produiront chez un individu en puissance de syphilis. C'est ainsi que nous avons vu un malade qui fut pris de variole dans le cours d'une roséole spécifique, que nous prîmes, pendant les premiers jours, pour un rash hyperhémique. L'éruption de la varioloïde suivit son cours. Les vésicules se déchirèrent et la syphilis persista avec ses taches roséoliques et ses papules caractéristiques. Dans certains cas, ce n'est plus la syphilis, mais la variole, qui est méconnue.

Le diagnostic est très difficile, en effet, quand, comme il arrive si souvent à la consultation de Saint-Louis, on ne voit pas le malade dans les premiers jours. La fièvre a été courte, légère et est tombée; l'éruption s'est montrée, discrète presque toujours, et comme elle persiste quelques jours, le malade vient consulter pour sa *maladie de peau*. La persistance du rash, les pustules du pharynx et du voile du palais, sont bien précieuses alors pour établir la nature des vésicules desséchées ou légèrement croûteuses que l'on trouve disséminées sur le corps.

La difficulté s'accroît encore quand les croûtes sont tombées et qu'il ne reste plus à la place qu'a occupée la pustule qu'une sorte de collerette épidermique, analogue à celle que Biett avait crue caractéristique de certaines syphilides papulo-squameuses.

Tous ces faits ne sont ni fantaisistes ni imaginaires; et, depuis le commencement de l'année, il s'est passé peu de consultations où nous n'en ayons pas rencontré.

Enfin, puisqu'il s'agit des caractères extérieurs communs à la variole et à la syphilis, nous signalerons encore le cas observé à Saint-Louis, d'un homme porteur de *syphilides tuberculo-crustacées*. La face tout entière est occupée par une vaste syphilide qui est indolente et qui s'est développée sans fièvre, lentement, sans intéresser l'état général ni même l'appétit, sans se généraliser au reste du corps. Le diagnostic est donc facile par les commémoratifs et par la localisation exclusive de l'éruption à la tête; mais il est vraiment remarquable de voir combien cet homme, quand il est au lit et que sa tête paraît seule hors des couvertures, a la physionomie d'un varioleux arrivé à la période de dessiccation de la forme cohérente.

Quant aux formes très rares, telles que les *syphilides herpétiformes*, qui sont disséminées plus irrégulièrement, qui apparaissent par poussées successives, et qui ont été décrites sous le nom de *variole syphilitique*, de même que pour l'*ecthyma superficiel*, qu'on a encore appelé *varioloïde syphilitique*, nous renvoyons pour leur étude aux descriptions magistrales (Fournier, *Leçons sur la syphilis chez la femme*, 2e édition, p. 302 et 314).

Si nous rappelons tous ces faits, c'est pour montrer combien, dans certains cas, le diagnostic de la variole serait difficile si l'on voulait ne tenir compte que des phénomènes *purement objectifs*.

A ce point de vue nous devons dire que, lorsqu'on a vu un certain nombre de varioles, on ne peut pas n'avoir pas été frappé des différences considérables que parfois présentent entre elles les éruptions varioleuses développées avec un ensemble symptomatologique à peu près équivalent. Chez tel malade on trouvera les papules plates, chétives, étiolées, sans vigueur, presque avortées. Chez tel autre, l'éruption sera formée de larges vésicules, élevées, saillantes, pleines de liquide purulent, ou bien nettement ombiliquées : chez celui-ci, les vésicules seront remplacées par de véritables bulles, de la largeur d'un pois ou même d'une pièce de 20 centimes; chez celui-là, ce sont des croûtes larges, épaisses, dures comme celles de l'ecthyma et si dissemblables en vérité des précédentes, que l'on ne croirait jamais, si l'on n'en avait les preuves irrécusables, que des effets si divers dussent être rapportés à une seule et même cause et ne sont que les manifestations d'une même intoxication.

On ne peut s'empêcher alors de réfléchir à la base tout artificielle sur laquelle reposait l'ancienne classification des affections cutanées en papules, vésicules, etc. Et l'on comprend tous les progrès qu'a fait faire à la dermatologie l'esprit généralisateur et éminemment clinique de Bazin, qui recherchait toujours la maladie constitutionnelle ou la cause diathésique.

C'est précisément parce que l'on a fait abstraction de la cause efficiente et que l'on n'a considéré que les phénomènes locaux, que l'on s'est exposé à confondre avec la varialoïde ou la variole, une poussée, soit de *lichen aigu*, soit d'*eczéma à grosses vésicules isolées*, soit d'*acné disséminée*. Tout ainsi a pu prêter à l'erreur, comme nous en connaissons des exemples, depuis l'*érythème noueux* et le *lichen planus*, jusqu'à l'*herpès généralisé* et la *gale pustuleuse et vésiculeuse*. C'est alors que, pour triompher de ces apparences trompeuses, le *coup d'œil* exercé du dermatologiste est indispensable. Nous nous souvenons entre autres cas, d'un fait dans lequel étaient réalisés le type et l'aspect d'une variole cohérente-confluente, à vésicules fines, serrées, inégalement développées, avortées, luisantes, bleuâtres, violacées ou carminées, comme dans les formes hémorrhagiques. Il s'agissait de ce que Neumann appelle *dermatite herpétiforme*, c'est-à-dire d'un *lichen planus* (*Thèse*, p. 201).

Dans l'*herpès généralisé*, les vésicules sont confluentes, mais par îlots; elles sont plus pleines, plus tendues, plus gonflées par un liquide purulent. Leur confluence forme des plaques, ayant un aspect polycyclique, caractéristique, et limitées par une aréole rouge, linéaire. De plus, elles sont douloureuses. C'est à dessein que nous avons placé en dernier lieu la *varicelle*, cette maladie qu'on a voulu si longtemps assimiler, ou mieux, identifier avec la variole et qui *en est si différente*. D'autres plus compétents ont tracé le diagnostic différentiel mieux que nous ne saurions le faire.

La varicelle n'a pour ainsi dire pas de prodromes; la fièvre, la céphalalgie, la courbature sont très légères; l'éruption se montre au bout de quelques heures, parfois si rapidement, qu'elle constitue pour ainsi dire le phénomène et que c'est elle qui attire l'attention du malade.

La fièvre, quand elle existe, ne tombe pas d'ailleurs dès l'éruption, car celle-ci se fait en plusieurs poussées successives. Il n'y a ni rash (à part le cas déjà cité d'Archambault) ni rachialgie; elle se montre presque exclusivement chez les enfants même vaccinés. C'est elle qui a fait croire à ces récidives de la variole après un temps fort court, comme dans le cas de Roger.

La varicelle est presque également disséminée sur tout le corps; elle est à peine plus abondante à la face, les vésicules sont plus également et plus fortement développées et jamais ombiliquées.

La gorge et la bouche peuvent fournir de précieux renseignements.

L'éruption est nettement vésiculeuse, perlée, et forme par la réunion de plusieurs vésicules, une ulcération à bords circulaires, polycycliques comme dans l'herpès. Mais, contrairement à l'herpès, elle peut se montrer à la face interne des joues, aux gencives, à la langue. Ces ulcérations s'entourent d'un cercle rougeâtre et entament une plus grande partie du

derme, c'est-à-dire qu'elles sont assez profondes, plus que les pustules varioliques; elles sont transparentes et non blanchâtres comme celles-ci; dès le début, elles sont vésiculeuses et non pas papuleuses.

Ces caractères suffisent bien pour distinguer ces deux maladies. Nous n'y insisterons donc pas.

IV. — *De quelques particularités cliniques présentées par la variole.*

Chez les *enfants*, la variole a toujours une grande gravité : nous avons vu une variole discrète causer la mort d'un enfant de dix-huit mois, par détresse physiologique, par excès relatif de suppuration. Trousseau considère la variole comme fatalement mortelle dans les premiers mois de la vie. De deux à quinze ans, les varioles graves sont très rares, grâce à l'influence tutélaire de la vaccine qui est encore manifeste.

Pour une raison inverse, la variole est très sévère pour les *vieillards* (Russel, *Rev. des sc. méd.*, 1872, p. 681).

Elle sévit également plus cruellement sur *certaines races* que sur certaines autres, sur les Hindous et sur les nègres plus que sur les blancs (R. Bakerwell, *Med. Times and Gaz.*, 9 novembre 1872, *Rev. des sc. méd.*, p. 678, 1873).

Dans l'épidémie parisienne de 1879 et 1880, que nous avons observée, la proportion relative des Italiens fut considérable (défaut de vaccination et d'hygiène).

Broca (18 mai 1880) explique cette différence par l'absence, chez des populations décimées par la variole, d'ancêtres variolés. Qu'y a-t-il de certain dans cette assertion? Où est la preuve que la variole n'a jamais auparavant atteint les peuplades? En tout cas, l'immunité relative, signalée ou supposée à l'occasion de la variole, est loin de s'appliquer à toutes les maladies virulentes. Pour la syphilis notamment, M. Fournier a observé des faits absolument en opposition avec cette manière de voir, d'après laquelle un aïeul contaminé aurait eu au moins la consolation d'être utile à ses descendants. C'est ainsi qu'il a observé des syphilis malignes chez des individus dont les parents avaient été eux-mêmes atteints de syphilis graves. Mais est-ce là la règle ou bien l'exception? Nul ne le sait encore.

D'autre part, si certaines personnes, sont, dans une mesure quelconque, réfractaires à la variole, certaines autres ont une prédisposition extrême pour cette maladie. On a vu des individus mourir de la variole après en avoir déjà été atteints plusieurs fois. Des nègres notamment furent pris de la variole, deux fois en six mois (Bakerwell, *loc. cit.*), mais il est tout à fait exceptionnel de rencontrer un fait analogue à celui qu'a observé M. Roger aux enfants malades : une petite fille, âgée de moins de deux ans, non vaccinée, après avoir eu une éruption très discrète de la variole, a eu, *dix jours après la première éruption*, une seconde éruption confluente et mortelle! M. Besnier (*Soc. méd. des hôp.*, 1870, p. 61) croit, *avec raison*, que la première maladie n'a été qu'une varicelle.

M. Sailler a remarqué une grande disposition à l'acné chez les personnes dont la peau a été tourmentée par la variole.

V. — *De la variole salutaire.*

On connaît les terribles ravages que l'infection varioleuse produit dans notre organisme.

Un certain nombre de maladies peuvent, comme en compensation de leurs accidents, entraîner chez le patient quelques conséquences avantageuses : un érysipèle peut guérir une dermatose ancienne. Le pus blennorrhagique réussit contre le pannus, la vaccine contre le nævus. On a même utilisé la gale et son prurit contre l'apathie de certaines lypémaniaques ou contre la prostration de quelques paralytiques généraux.

La variole, à son tour, s'est-elle parfois montrée salutaire?

La variole recherche, a-t-on dit, les adultes vigoureux (Hérard); elle sera, par cela même, rare chez les convalescents de maladies graves, typhoïde et autres, et chez les phthisiques. Nous ne l'avons, en effet, observée que trois fois dans ces conditions. Mais cela suffit à prouver qu'il n'y a pas d'*antagonisme* entre la variole et ces maladies.

La variole a-t-elle quelque influence sur les érysipèles? Ceux-ci ne se montrent guère qu'au déclin de la variole, à la fin de la suppuration ou bien en pleine dessiccation des pustules. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'en général, *ils sont alors très bénins* (Cavaré, *Thèse de Paris*, juin 1880).

Nous avons observé la variole, même cohérente, chez des malades atteints d'affections cutanées.

Dans un cas de *lupus tuberculeux*, il y eut à peine quelques pustulettes au centre, où la cicatrice existait. Sur les bords ulcérés, les pustules étaient très abondantes. A la fin de la variole, le lupus n'était nullement modifié.

Pendant la variole, les *syphilides* se flétrissent, se sèchent, mais ne se guérissent pas. Comme pendant toute maladie aiguë, pendant la pneumonie ou la fièvre typhoïde, la syphilis sommeille; après la variole elle reprend ses droits.

De même, la variole suspend mais ne guérit point la *gale;* ainsi fait toute maladie grave, aiguë, qui vient surprendre un individu atteint de gale. Tous les symptômes s'atténuent, l'éruption s'affaisse, le prurit s'éteint. La gale semble guérie, tant au point de vue objectif qu'au point de vue subjectif. Mais la gale renaît aussitôt que le malade entre en convalescence; les pustules reparaissent, et les démangeaisons reviennent avec la santé. Cependant M. Lanquetin cite un cas de guérison complète par une variole grave. La suppuration, la dessiccation et la desquamation généralisées ont pu réaliser alors le traitement de la gale : toute la couche épidermique est renouvelée et les acares ont été ou tués par le pus ou éliminés avec les croûtes varioleuses.

Toutefois, la Société médicale de Reims (*Bulletin*, n° 11, 1879) a, dans une discussion récente, rapporté plusieurs cas de *guérison d'affections cutanées chroniques, par la variole :*

« Une petite fille, de quatre à cinq ans, atteinte de *teigne*, fut prise d'une variole grave (mais non pas confluente, comme dit l'observateur, sans quoi la malade fût morte). Sous cette influence qui détermina une véritable desquamation avec épilation (dans les cas ordinaires, nous n'avons pas observé l'alopécie à la suite de la variole), la teigne fut guérie; la tête devint fort nette et les cheveux commencèrent à repousser. Pendant près de deux mois après la variole, M. Luton ne vit apparaître aucun godet.

M. Galliet mentionne aussi le cas de la disparition complète d'un *eczéma chronique*, sous l'influence d'une variole assez grave.

D'autre part, nous avons examiné l'importance de l'ébranlement apporté au système nerveux par la variole, et la part qui lui revient dans la production de certaines paralysies.

Dans un cas, observé par M. Dreyfus (Landouzy, *Thèse de concours*, p. 187) la variole fit disparaître une paralysie préexistante : « Il s'agit d'une hystérique, hémiplégique et hémianesthésique du côté droit, chez laquelle les phénomènes paralytiques disparurent au moment de l'efflorescence d'une varioloïde. »

Ce fait montre une fois de plus qu'il n'est rien qui ne puisse agir sur l'hystérie. « *Febris solvit spasmos.* »

CORRESPONDANCE

Extirpation des goitres.

Grâce à notre merveilleux arsenal hémostatique et au progrès remarquable des pansements de plaies chirurgicales, l'extirpation des goitres est de nouveau à l'ordre du jour. C'est à ce titre que nous publions un résumé de deux observations intéressantes envoyées de Salonique par notre confrère le docteur Lebovicz.

Salonique, 26 octobre 1881.

OBS. I. *Sarcome kystique du corps thyroïde; extirpation; guérison.* — Mme P..., âgée de quarante-deux ans, avait eu à l'âge de vingt-cinq ans une petite glande à la partie droite latérale du cou, vers l'angle de la mâchoire. Cette tumeur grandit, quoique très lentement, et c'est à peine depuis deux ans qu'elle s'accrut rapidement, au point de présenter, deux mois avant l'opération, la grosseur d'une tête d'homme.

La respiration et la déglutition devinrent de jour en jour plus gênées. Le médecin de la maison ordonna l'application d'injections hypodermiques (ergotine, 0,001 pour 100,0 glycérine).

Le 20 novembre 1880, je fus appelé en consultation avec le docteur Misrahi; nous crûmes à l'existence d'un énorme chondrome. Des sangsues furent appliquées pour diminuer la dyspnée et la dysphagie.

Le lendemain 21 je fus appelé à l'aube, la malade était agonisante.

Plus de pouls, suffocation, sueur froide. Je soumis aux parents l'idée d'une opération radicale, ce qui me fut accordé.

Aidé de mes confrères, les docteurs Castellani, Peréra et Misrahi, j'ai procédé à l'opération.

La tumeur partait de l'apophyse mastoïde droite, descendait à 8 centimètres au-dessus de la clavicule, s'étendant en arrière jusqu'aux vertèbres cervicales, et en avant jusqu'au milieu du sternum. Mon procédé opératoire fut le suivant :

Incision longitudinale de 20 centimètres pratiquée sur la partie convexe de la tumeur (10 centimètres au-dessus de l'articulation sterno claviculaire droite). Après avoir disséqué la peau, je coupai le muscle cléido-mastoïdien qui couvrait la tumeur. J'ouvris la tumeur kystique; plus de 300 grammes de pus s'écoulèrent. L'élimination du contenu de la tumeur ayant été faite, j'excisai la plus grande partie de ladite membrane. Aucune hémorrhagie forte n'a troublé l'opération; quelques petites artérioles saignantes furent maîtrisées, et après la pulvérisation d'eau phéniquée à 5 pour 100, continuée pendant tout le temps de l'opération, j'ai réuni l'incision par huit points de suture en laissant un tube de drainage pour empêcher le séjour du pus dans la plaie. Il est à observer que dix minutes après le commencement de l'opération, qui dura trente minutes, la respiration se faisait facilement. Le traitement antiseptique fut rigoureusement appliqué jusqu'au quatorzième jour, époque à laquelle la malade était déjà en voie de guérison. Pendant les premiers jours de l'opération, malgré un peu de réaction, le thermomètre n'a jamais dépassé 39°,5 centigrades.

Vers le 20 décembre 1880 (un mois après l'opération), la plaie était parfaitement cicatrisée, et la malade jouissait d'une très bonne santé.

OBS. II. *Enchondrome du corps thyroïde; extirpation; mort au sixième jour.* — B..., Arménien, âgé de quarante-six ans, tailleur, était atteint d'une énorme tumeur à la région antérieure du cou, qui datait de sa vingtième année; elle avait alors la grosseur d'une noix; elle se développa petit à petit jusqu'à l'âge de quarante-quatre ans. A cette époque, la tumeur acquit rapidement des dimensions énormes. Le malade s'adressa à plusieurs médecins pour être opéré; mais tous les chirurgiens de Constantinople s'y refusèrent, se bornant à lui prescrire quelques médicaments, sans aucun résultat.

Le 1er octobre 1873, il s'adressa à moi, et voici les symptômes que j'observai :

La compression que cette énorme tumeur exerçait sur les organes voisins, le larynx, les artères carotides, les veines jugulaires, l'œsophage, les glandes salivaires, gênait leurs fonctions; la voix était rauque, maux de tête, surdité, figure livide, respiration et circulation difficiles, en un mot la suffocation menaçait le malade; je n'avais pas de temps à perdre, et je me décidai à pratiquer l'opération.

Dans la chambre la plus aérée de l'hôpital arménien, à Constantinople, en présence d'un grand nombre de mes confrères, j'ai fait, sur la partie proéminente, une incision verticale de 25 centimètres et une horizontale aussi de 20 centimètres en forme de croix. L'aponévrose sectionnée, je suis arrivé sur une masse glandulaire et enchondromateuse. On avait affaire ici à une tumeur multiloculaire; très peu de sang s'est échappé de quelques petites artères, il a été tout de suite arrêté par la ligature. Le traitement antiseptique a été rigoureusement observé. L'opération dura cinquante minutes. Le malade, quelques minutes après, était dans un état satisfaisant, et quelques heures plus tard fumait une cigarette à mon insu. La température s'est élevée à 40 degrés centigrades dès les premiers jours, mais ensuite elle fut presque normale. La plaie avait un très bon aspect, et je trouvai que le malade se portait très bien à ma visite du sixième jour, le matin et vers midi; mais le soir il succomba tout d'un coup, sans cause appréciable. La nécropsie n'étant pas d'usage en Turquie, on n'a pas pu constater la cause de cette mort subite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

LE SPECTROSCOPE A VISION DIRECTE, A SPATH CALCAIRE. Note de M. *Ch. V. Zenger.* — L'auteur s'est proposé de chercher des substances biréfringentes autres que le quartz, pour la construction du parallélipipède de dispersion, afin de rendre le spectroscope plus puissant et plus commode pour les recherches d'astronomie physique, par exemple, pour l'observation des protubérances solaires ou pour celles des comètes et des astres faibles. Il s'est assuré expérimentalement qu'aucune substance biréfringente ne se prête mieux à cet usage, par sa transparence pour les rayons ultra-violets, que le spath calcaire.

SUR LA CONTAGION DE LA TUBERCULOSE. Note de M. *H. Toussaint.* — Résumé des travaux de l'auteur sur ce sujet, et réponse à quelques objections. Nous croyons devoir relever les passages suivants :

La tuberculose de l'homme est la même que celle de la vache et du bœuf; lorsqu'elle est inoculée aux animaux, elle produit des lésions absolument semblables, capables de se transmettre à d'autres animaux et se reproduisant constamment avec la même forme. Je m'en suis assuré en faisant manger des tubercules d'homme ou en inoculant le sang. Comme la tuberculose de la vache, celle de l'homme s'inocule par le tube digestif, par le sang, les liquides de sécrétion, et toujours elle revêt des caractères identiques.

La tuberculose *vraie*, qu'elle soit prise sur l'homme, la vache, le porc ou le lapin, se reproduit en *séries indéfinies*, constamment, avec des *caractères absolument identiques*, et elle peut passer *d'un animal à l'autre*, sans faiblir. Je dirai plus : elle devient d'autant plus énergique, plus rapide, qu'elle est plus souvent inoculée. Je puis produire des faits nombreux de séries dont les pièces sont conservées. Au début, il fallait à la tuberculose quatre et cinq mois pour tuer un porc ou un lapin; actuellement, avec des cinquièmes séries, deux mois suffisent. L'injection générale étant faite après trente-cinq jours, si, à ce moment, on tue un animal et qu'on en inocule un nouveau, assez souvent le dernier meurt avant celui qui le précède dans la série.

SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA CODÉTHYLINE. Note de M. *Bochefontaine.* — Dans une communication récente à l'Académie (*Comptes rendus*, séance du 16 mai 1881), M. Grimaux a annoncé l'existence de deux bases nouvelles dérivées de la morphine et présentant la même composition : la *codéthyline* et la *méthocodéine*, dont il m'a chargé de reconnaître les propriétés physiologiques. La première de ces bases, la *codéthyline*, a été expérimentée sur des batraciens (grenouilles) et sur différents mammifères (cobayes, lapins et chiens).

Ce n'est ni sur les nerfs ni sur les muscles que porte l'action de la codéthyline. On doit en dire autant du cœur ou de l'appareil respiratoire, parce que cette base ne trouble pas (directement du moins) la respiration ou la circulation san-

guine. On doit attribuer les effets convulsivants de la codéthyline à une action sur les centres nerveux, analogue sans doute à celle de la strychnine, c'est-à-dire à une exaltation des propriétés réflexes de la substance grise des centres nerveux bulbo-médullaires.

Quant à l'action physiologique de la *méthocodéine*, les quelques expériences que l'auteur a pu faire avec cette substance sur des cobayes et des chiens, portent à conclure qu'elle agit de la même manière que la morphine. Comme la morphine, elle a produit sur ces animaux des vomissements suivis d'un sommeil plus ou moins prolongé.

La parole chez les sourds-muets. — M. *F. Hément* adresse une note sur les caractères que présente la parole, chez les sourds-muets auxquels on parvient à faire articuler des sons.

D'après les résultats que M. Hément croit avoir constatés, à l'Institution des sourds-muets fondée sous le patronage de la famille Pereire, les enfants auxquels la parole est rendue auraient l'*accent de leur pays*. Ces enfants n'ayant jamais entendu parler, leur accent ne peut résulter, selon M. Hément, que de conformations organiques semblables à celles de leurs parents : ce serait là un nouvel exemple de ressemblances physiques, transmises par hérédité.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le Président du Conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, transmet quelques échantillons d'une plante aquatique utilisée comme charpie par M. le docteur Chevrèse (de Charmes). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse une demande, avec pièces à l'appui, de M. Alexandre Schaf, propriétaire à Vienne, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'introduire et de vendre en France l'eau minérale d'une source dite Hunyadi-Laszlo, située à Buda-Pest. (*Commission des eaux minérales.*)

M. Dumas, président du comité qui s'est constitué pour offrir une médaille à M. Pasteur « en commémoration de ses féconds travaux », envoie des listes de souscription qui seront déposées dans les bureaux de l'Académie.

MM. *Maximin Legrand* et *de Ranse* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres ; MM. *Cadet de Gassicourt* et *Mauriac* envoient des lettres de candidature à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. le docteur *G. Delamare*, médecin-major, envoie un manuscrit intitulé : *Compte rendu et considérations sur les revaccinations faites au* 130e *régiment de ligne à Chartres en* 1880 *et en* 1881. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Dartigues* (de Pujols) envoie un mémoire manuscrit sur *La variole considérée comme étant le phylloxera de l'homme et son traitement par le sulfure de calcium.* (*Même commission.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Dumas* (de Montpellier), une étude sur un *bassin cypho-scoliotique rachitique* ; 2° de la part de M. le docteur *Coutisson*, un ouvrage intitulé : *Le petit formulaire* ; 3° au nom de M. le docteur *Andréa Ceccherelli* (de Florence), un mémoire portant le titre de : *Sulla estirpazione dell' utero* ; 4° de la part de M. le docteur *Wershoven*, un *Technical vocabulary english-french for scientific, technical and industrial students* ; 5° au nom de M. le docteur *E. Albanese*, un mémoire sur *les blessures à l'arme blanche* ; 6° de la part de M. le docteur *Alois Valenta* (de Laibach), sept brochures en langue allemande.

M. *Dechambre* présente une étude expérimentale de MM. les docteurs *Grasset* et *Amblard* (de Montpellier) sur l'*action de l'émétine et de l'atropine sur la circulation cardiaque.* (Voy. p. 747.)

M. *Alphonse Guérin* fait hommage d'une étude sur l'*infection purulente.*

M. *Brouardel* offre, au nom de M. *L'Hôte* et au sien, un rapport médico-légal sur *la mort de quatre enfants à la suite d'intoxication par le chlorate de potasse.*

M. *Larrey* présente une observation de M. le docteur *Fort* intitulée : *Anévrisme spontané de la carotide primitive gauche, ligature de l'artère, guérison.* (Renvoi à MM. *Larrey* et *Tillaux.*)

M. *Verneuil* demande la publication au *Bulletin* de l'observation qu'il avait présentée à la précédente séance, de l'*ablation d'un polype utérin pratiquée à l'aide de l'écraseur linéaire modifié par M. le docteur Desprès* (de Saint-Quentin) ; cette publication est ordonnée.

Plomb dans l'alimentation. — A l'occasion du procès-verbal, M. *Le Roy de Méricourt* revient sur l'extrême rareté des accidents saturnins dans la marine, malgré la très grande consommation qu'on y fait des conserves alimentaires ; le dernier marché passé à Lorient pour les subsistances comporte 38 000 kilogrammes de ces conserves ; nos équipages font, au minimum, par an, 52 repas de sardines (la ration étant de 80 grammes, cela fait 4kil,160 par homme chaque année) et 104 repas de conserves de bœuf (soit, à la ration de 200 grammes, 20kil,800 par homme et par an). M. Le Roy de Méricourt cite ensuite plusieurs rapports sur la santé des hommes appartenant à des navires qui viennent de faire des campagnes de deux ans et demi dans les climats les plus divers ; aucun cas d'intoxication saturnine n'a été constaté par les médecins à bord de ces navires, et les marins ont si peu souffert de la nourriture qu'ils ont augmenté de poids. Quelque fondées que soient les mesures préservatrices réclamées par M. Gautier, dans son mémoire *sur l'absorption continue du plomb par les produits alimentaires dont nous faisons un usage journalier*, il convient donc de ne rien exagérer en ce qui concerne les aliments conservés en boîtes métalliques.

M. *Gautier* déclare n'avoir eu d'autre but que de faire connaître, par des analyses plus exactes, les quantités de plomb que peuvent contenir, dans certaines circonstances, nos aliments et nos boissons les plus usuels ; il a précisément montré combien ces quantités étaient faibles dans la plupart des cas et en appelant l'attention sur les circonstances où la dose de plomb absorbé devenait vraiment dangereuse, il a par cela même signalé toute l'importance des mesures préservatrices qu'il est nécessaire de prendre pour rejeter, par exemple, de la consommation publique des conserves pouvant renfermer jusqu'à 1 décigramme par kilogramme. Il s'est tenu sur le terrain de l'analyse chimique et il laisse à la clinique le soin de décider le danger plus ou moins grand des faits constatés.

Ataxie locomotrice fruste. — M. *Marrotte* vient d'observer une malade affectée de crises d'une nature particulière : elle jette d'abord un cri, puis présente des contorsions toniques plus marquées d'un côté de la face et des membres ; viennent ensuite des convulsions cloniques plus marquées de ce même côté, suivies de coma stertoreux laissant après lui une grande fatigue pendant plusieurs jours. Il ne lui paraît pas possible de douter de la nature épileptique de ces crises qui durent depuis cinq ans. D'autre part, l'examen ophthalmoscopique démontre l'existence d'un processus sclérotique autour du bulbe, de nature progressive ; et les autres symptômes que présente la malade, tels qu'une diarrhée tenace à récidives, des sensations agaçantes dans les membres inférieurs, le siège et la nature de l'aura précédant les attaques, la faiblesse progressive des membres inférieurs qui va tout à coup jusqu'à l'affaissement et la chute imminente, ne sont pas dus à une atrophie musculaire. Il est donc difficile, suivant M. Marrotte, de ne pas voir dans cet ensemble une ataxie locomotrice fruste dont le début remonte à une époque très éloignée et qui s'est manifestée immédiatement à la suite de l'usage des eaux de Saint-Sauveur (lesquelles ont agi uniquement comme causes occasionnelles) par les crises bulbaires à forme épileptique, crises comparables aux crises gastriques, laryngées, etc., de cette maladie. M. Marrotte se demande, en outre, sans pouvoir le déterminer encore, si c'est à l'impaludisme qui a sévi longtemps sur cette malade qu'il faut attribuer la cause première de la lésion progressive des centres nerveux, s'il y faut voir simplement l'action végétale et prolongée du froid humide, ou de l'usage inaccoutumé jusqu'à ces dernières années d'une quantité de vin exagérée pour une femme qui ne vivait que de la vie des champs. M. Marrotte se demande enfin si la diarrhée tenace et récidivante, qui n'a pas encore quitté la malade, a pu provoquer les lésions bulbaires lentement, insidieusement, par une influence ascendante et il se contente d'appeler l'attention sur ces crises bulbaires à forme épileptique qu'il croit être de nature tabétique.

Hygiène des ouvriers travaillant dans des pays marécageux. — Il y a quelques mois, M. le ministre des travaux publics sollicitait l'avis de l'Académie sur les me-

sures et précautions à prendre et sur les soins à donner aux ouvriers lorsque des travaux s'exécutent dans des terrains marécageux ou dans des alluvions maritimes de formation récente, à raison des importantes entreprises déjà engagées ou qui vont l'être à bref délai sur notre littoral maritime. Au nom de la section d'hygiène, M. *Léon Colin* donne lecture d'un rapport extrêmement complet et remarquable en réponse à cette demande, et l'Académie s'empresse d'en adopter les conclusions.

Au début, M. Colin, tout en constatant sur l'ensemble du sol français la disparition successive des foyers fébrigènes qui le couvraient jadis, rappelle cependant la ténacité de l'impaludisme dans certaines régions et notamment dans plusieurs département du littoral, là où l'on rencontre une population affaiblie, à vie moyenne réduite, à taille insuffisante, remarquable par le chiffre des infirmités et la précocité des décès. Les fièvres d'ailleurs, considérées sur l'ensemble du globe, dépendent bien plus du miasme tellurique que du miasme palustre proprement dit; même en nos pays, le marais proprement dit n'est pas une condition essentielle du développement des fièvres, ainsi qu'on a pu s'en assurer pendant les travaux de terrassement exécutés en 1840 pour les fortifications de Paris et récemment pour la construction d'une seconde enceinte de forts détachés, alors que ces travaux ont entraîné de nouveaux cas de fièvre intermittente chez les ouvriers. Il serait donc utile de diriger l'activité des « chercheurs, voués à la découverte de la cause intime de la malaria », vers l'étude de l'atmosphère, non pas des marais, mais des terres vierges nouvellement remuées; « le marais, ce milieu si complexe, a toujours fourni à l'analyse une masse relativement énorme de matières organiques, dont la majeure partie doit être mise hors de cause dans la genèse des fièvres intermittentes ». M. Léon Colin montre alors que l'école moderne incline à considérer comme surannée l'idée de principes nuisibles gazéiformes, et que c'est, désormais sous forme solide, et surtout sous forme figurée, qu'on veut se représenter l'agent pathogénique; mais il n'est pas encore de microbe qu'on puisse réellement considérer comme la cause réelle des fièvres intermittentes, et tout au plus peut-on comparer l'action de leur cause morbide à celle des ferments amorphes qui ont pour type la diastase et qui se détruisent en exerçant leur action.

Toutefois, si la notion de la cause intime de la malaria n'est pas encore connue, elle n'est pas indispensable à sa prophylaxie, car rien n'est mieux établi que les circonstances susceptibles de la produire ou de l'empêcher, et l'on peut assurer que dans la série des travaux que va entreprendre le ministère, « la fièvre est surtout faisable par l'incurie de l'homme, comme elle est surtout justiciable de son industrie ». C'est à la suite de ces considérations que le rapporteur, après un examen détaillé des conditions diverses qui peuvent se présenter dans les chantiers installés dans de telles conditions, conclut en proposant les mesures suivantes : « *A*, à l'égard des ouvriers en général: 1° l'embauchage d'individus robustes, indemnes d'affection palustre antérieure, et autant que possible garantis par une certaine assuétude aux localités suspectes d'impaludisme; 2° la suspension des travaux pendant les mois de juillet, août et septembre sur les points d'une latitude plus méridionale que Bordeaux, du 15 juillet au 15 septembre, plus au nord; 3° l'installation des ouvriers durant la nuit dans les centres de population voisins des chantiers ou dans des baraques bien closes; 4° l'allumage, matin et soir, de grands feux au voisinage du chantier; 5° l'augmentation de la résistance individuelle par l'interdiction du travail à jeun, par l'usage des boissons toniques et d'eau de bonne qualité, par une alimentation substantielle, par l'emploi de vêtements de flanelle; *B*, à l'égard des malades : 6° l'envoi immédiat de tout malade à l'hôpital le plus voisin; 7° la surveillance spéciale des sortants de l'hôpital au point de vue des vêtements, de l'alimentation et de la continuation pendant quelques semaines de la médication spécifique; *C*, à l'égard du sol : 8° de l'utilisation de toutes les opérations de remblai et de déblai, et en général de tous les travaux pour le nivellement du sol, pour son drainage, son amendement; 9° l'ensemencement et la culture intensive variable suivant la latitude et les conditions géologiques des terrains nouvellement remués.

Néphrectomie. — En mars 1875, M. *Le Dentu* fut appelé auprès d'un homme de trente-deux ans, atteint d'une tumeur fluctuante du flanc et de la fosse iliaque du côté gauche, hydronéphrose à abcès périnéphrétiques. Les vives souffrances du malade le déterminèrent à inciser cette tumeur dans son point le plus mou; il s'en échappa un liquide clair qui se mélangea bientôt de sang. Après quelques jours l'urine commença à s'écouler abondamment par la plaie; cet écoulement persista et provoqua fréquemment des poussées inflammatoires; la vie étant menacée, M. Le Dentu proposa l'extirpation du rein correspondant. L'opération fut faite le 14 avril; la décortication fut facile; le rein était dégénéré dans les deux tiers supérieurs, converti en une poche à parois flasques, normal dans son tiers inférieur; le hile était volumineux. Le chirurgien l'entoura d'un premier fil de catgut qui glissa sur la portion saine du rein; un second fil fut placé convenablement au moyen d'une grande aiguille de Cooper et serré avec des pinces; il excisa avec des ciseaux tout ce qui dépassait les deux ligatures et pratiqua le pansement de Lister. Pendant quelques jours, jusqu'à l'élimination des parties mortifiées par les ligatures ou par le thermocautère, faiblesse très grande, pouls entre 120 et 145, température entre 38 et 39,5. La plaie lombaire marcha régulièrement vers la cicatrisation, qui fut complète au bout de deux mois. La fistule inguinale, que M. Le Dentu avait débridée et élargie avec le galvanocautère, suppura abondamment pendant une quinzaine de jours; mais dès le premier jour tout écoulement d'urine avait été entièrement supprimé; sous ce rapport la guérison a été complète d'emblée. Actuellement le trajet fistuleux, dans lequel est maintenu un petit tube à drainage, ne fournit plus que quelques gouttes de sérosité purulente. Les fonctions urinaires sont parfaites, et l'opéré, qui est artiste dramatique, a pu faire une brillante rentrée au commencement d'octobre. — La communication de M. Le Dentu est renvoyée à l'examen de MM. Richet et Verneuil.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Causes de la déviation du membre dans la coxalgie.— Tic douloureux de la face; élongation du nerf lingual. — Sur le décollement de la rétine.

M. *Théophile Anger* fait quelques objections à la théorie invoquée par M. Verneuil pour expliquer les déviations des membres dans la coxalgie. Il cite une observation dans laquelle il a constaté par des mensurations rigoureuses l'allongement réel du fémur; les muscles fessiers n'étaient ni contracturés ni atrophiés.

Pour M. Anger, tout dépend du travail pathologique intra-articulaire (usure du sourcil cotyloïdien et usure de la tête fémorale); les contractures et les atrophies musculaires ne viennent qu'en seconde ligne. M. Anger décrit ensuite l'appareil qu'il a inventé pour permettre la marche tout en corrigeant l'attitude vicieuse de la cuisse. Cet appareil ne met pas à l'abri des luxations, conséquence de l'usure des os.

M. *Verneuil* ne veut pas remettre en question l'histoire de la coxalgie; il n'a voulu considérer qu'un petit point de cette histoire. Un enfant paraît guéri, et au moment où tout était pour le mieux, peu à peu la cuisse se fléchit, la démarche

devient mauvaise et, sans traces d'inflammation, le membre arrive à l'angle droit. Quelle est l'interprétation de ces phénomènes? Comme M. Verneuil avait constaté l'atrophie des muscles fessiers et la contracture des muscles fléchisseurs, il avait trouvé une relation de cause à effet, sans vouloir dire qu'il en était ainsi dans toutes les coxalgies.

Si M. Verneuil n'a point parlé de lésions articulaires, c'est qu'il n'avait pas à en parler; il ne s'occupait que des attitudes. De même, il n'a pas voulu faire le traitement de la coxalgie. La théorie musculaire seule peut expliquer les attitudes, et les muscles fessiers sont les premiers contracturés; puis, l'attitude change, le couturier, le psoas et les adducteurs se contractent. Plus tard surviennent les altérations articulaires.

M. *Le Dentu* demande à citer un cas qui offre de grandes analogies avec celui de M. Verneuil. Un enfant de douze ans, atteint de coxalgie et soigné par les méthodes ordinaires, n'avait présenté aucune flexion anormale du membre pendant le traitement. L'enfant paraissait guéri depuis deux ans, quand survint la flexion de la cuisse sur le bassin et l'ensellure. Deux chirurgiens conseillèrent le redressement avec le secours du chloroforme.

La fesse était aplatie. M. Le Dentu fit le redressement avec le chloroforme au mois de mars dernier. Ce redressement fut laborieux, quoiqu'il n'y eût pas de rétraction musculaire proprement dite; le chirurgien eut la sensation de déchirures fibreuses. Application d'un appareil inamovible pendant trois mois.

Les muscles reprirent leur force sans faradisation; la fesse est toujours plus plate que l'autre et le trochanter plus saillant. La guérison se maintient. En ce moment, M. Le Dentu ne sait à quelle théorie se rallier; la flexion de la cuisse était-elle due à l'atrophie des fessiers? On n'a pas électrisé ces muscles et il n'y a pas eu récidive dans la déformation.

M. *Verneuil :* Les récidives ne sont pas obligatoires; il faudra de nouveaux faits pour élucider cette question.

M. *Trélat*, depuis qu'il fait de la chirurgie, n'a vu que deux personnes, une fille et un garçon, qui, atteints de coxalgie, peuvent être considérés comme guéris avec récupération *intégrale* de toutes les fonctions du membre. Tous les autres malades ont présenté des altérations définitives, et tous ont présenté à des degrés divers des rechutes comparables à celles dont ont parlé MM. Anger et Le Dentu. Voici quelques exemples : petit garçon de trois ans, soigné par divers médecins; plusieurs récidives et suppuration; guérison avec 15 centimètres de raccourcissement. Un autre enfant de quatre ans eut aussi de nombreuses rechutes. Un autre petit malade jouissait de tous les mouvements; couché sur le dos, il présentait une faible ensellure; M. Trélat conseilla un appareil permettant la marche. Au moment d'appliquer cet appareil, il survint un peu de flexion; il n'y avait ni contraction ni rétraction musculaire. On dut appliquer un appareil inamovible.

Aujourd'hui, les chirurgiens diagnostiquent la coxalgie dès le début, mais ils supposent les malades guéris quand ils ne le sont pas encore, de là les rechutes violentes, modérées ou insidieuses. Ces petites récidives, ces rechutes sont normales dans la marche des coxalgies. La cause est l'arthrite chronique, et les agents peuvent être les muscles.

M. *Ollier* (de Lyon) : La récidive des déformations est la règle, parce que la coxalgie n'est pas guérie. Ce n'est pas au bout de deux ans que cette maladie est guérie; il peut y avoir récidive au bout de dix ou quinze ans. Si vous avez une coxalgie guérie sans ankylose, vous êtes presque sûr de la récidive des déformations par l'usure des cartilages et des surfaces articulaires.

Dans les cas où il se forme une nouvelle articulation, le tissu n'est pas stable et s'enflamme facilement. Beaucoup de coxalgies sont indolentes pendant huit, dix et quinze mois chez les enfants; la douleur n'est donc pas le signe certain de l'inflammation, de même on peut voir survenir des luxations sans abcès. Quand la coxalgie est assez profonde pour détruire les cartilages, s'il n'y a pas ankylose, on aura des rechutes; aussi M. Ollier recherche l'ankylose. Bonnet avait cru qu'on pouvait guérir la coxalgie en conservant les mouvements du membre. Mais si le malade marche, même avec des appareils, il se produira des déformations; M. Ollier ne permet la marche qu'avec des béquilles, le pied n'appuyant pas par terre.

M. *Verneuil* ne peut pas dire que la récidive soit la règle dans la coxalgie; disons seulement que la coxalgie laisse après elle des traces ineffaçables de son passage. D'après M. Ollier, on ne pourrait jamais déclarer une coxalgie guérie. Oui, il reste des difformités à la suite des coxalgies graves; mais ces difformités sont rares après les récidives lentes et indolentes dont parlait M. Verneuil.

M. *Trélat :* Le fait de M. Verneuil est exceptionnel à cause du long espace écoulé entre les deux manifestations. La coxalgie est une maladie à marche lente, insidieuse, paraissant guérie et pouvant alors récidiver. Et quand ces manifestations reparaissent, ce sont les altérations osseuses qui les produisent; on n'obtient la clôture que par l'ankylose. Les deux malades de M. Trélat, guéris sans traces de la maladie, avaient une coxalgie légère. D'autres malades rechutent après un espace de temps considérable.

M. *Ollier :* Dans les coxalgies avec altérations même superficielles des os, la rechute est à craindre pendant un temps très long. Le massage et les eaux minérales doivent être évités, car il faut redouter les mouvements imprimés à la jointure.

M. *Théophile Anger* dit que la contracture ou l'atrophie de certains groupes musculaires ne suffit pas pour expliquer les attitudes vicieuses dans la coxalgie; il faut surtout tenir compte des lésions de l'article qui se montrent même dans les coxalgies indolentes, sèches, non suppurées.

M. *Verneuil :* Avant le déplacement des surfaces articulaires, les attitudes ne peuvent s'expliquer que par les actions musculaires. Quant à l'exemple d'allongement réel du fémur observé par M. Anger, Hueter en donne l'explication; il est dû au redressement de l'angle formé par le col par suite d'une nutrition anormale et d'un travail exagéré du cartilage épiphysaire.

— M. *Le Dentu* a reçu dans son service une femme qui avait de violentes douleurs de névralgie épileptiforme dans un côté de la face. M. Le Dentu a déjà traité par la résection du nerf auriculo-temporal un cas analogue; cette opération est difficile; M. Le Dentu se demanda si l'élongation du nerf ne pourrait pas guérir le tic douloureux. Dans un travail de M. Chauvel, on trouve des exemples d'élongation de diverses branches du trijumeau. Chez la femme qui fait l'objet de cette communication, la douleur siégeait surtout dans la région temporale, dans l'oreille, le maxillaire inférieur et le côté gauche de la langue. M. Le Dentu résolut de faire l'élongation du nerf lingual inférieur. Ce nerf fut chargé sur un petit crochet, et, la pointe de la langue étant tirée au dehors, le nerf fut soulevé à 12 millimètres de la muqueuse buccale; ce nerf retomba flasque sur la langue.

Les jours suivants, la malade se plaignait du fond de la bouche; à partir du troisième jour, le sommeil reparut; au treizième jour la malade ne souffrait plus ni de la langue ni de la mâchoire.

M. *Polaillon* communiquera dans une prochaine séance une observation d'élongation du nerf dentaire inférieur pratiquée pour guérir une névralgie sus et sous-orbitaire et dentaire; depuis trois mois, la guérison se maintient.

M. *Nicaise* a soigné, il y a quelques mois, une névralgie sous-orbitaire rebelle à tous les médicaments; il a fait la ré-

section qui fut suivie de guérison. Il faut être très prudent dans les élongations du trijumeau, car on provoquerait de graves accidents.

M. *Tillaux :* Il y a deux ans, une ablation de l'os maxillaire supérieur fut suivie de la fonte rapide du globe de l'œil, à cause de la lésion du nerf sous-orbitaire. Une traction violente exercée sur une branche du trijumeau peut donner des troubles trophiques.

M. *Le Dentu* a fait des tractions lentes, graduelles, pour éviter les troubles trophiques; la malade n'a eu aucun phénomène fâcheux après l'opération. Quand on fait la résection du maxillaire supérieur, on n'agit pas avec cette prudence; on ne coupe pas le nerf facilement et on le tiraille souvent.

— M. *Boucheron* lit un mémoire sur la pathogénie du décollement de la rétine.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Suppression de l'action cardiaque des pneumogastriques élongés : M. Laborde. — Dose maxima d'alcool dans le sang des animaux mis en état d'ivresse : M. Gréhant. — Température des abcès chauds : M. Assaki. — Mesure de la puissance des massèters chez le crocodile : M. Regnard. — Absorption des liquides albumineux et autres par le péritoine : MM. Dubar et Rémy. — Antagonisme de l'atropine et de la pilocarpine par l'action des muscles lisses (estomac) : M. Morat.

M. *Laborde* reprend en les développant, et avec tracés à l'appui, les conclusions d'une communication qu'il avait faite dans la séance précédente, à savoir que les pneumogastriques soumis à l'élongation ont perdu plus ou moins complètement leur influence modératrice sur le cœur.

— M. *Gréhant*, reprenant les expériences de Lallemand et Perrin sur la recherche de l'alcool dans le sang artériel, chez les animaux mis en état d'ivresse, est arrivé à des résultats précis au point de vue du dosage de cet alcool, les auteurs précédents n'ayant fait que des déterminations qualitatives.

Il emploie pour cette recherche une méthode de distillation du sang qu'il fait connaître en détail, et soumet le liquide ainsi obtenu à des pesées comparatives et rigoureuses : c'est en comparant la densité du produit de la distillation à celle de l'eau distillée pure qu'il arrive à fixer la proportion d'alcool contenue dans un volume de liquide déterminé.

Les chiens sur lesquels il a opéré avaient reçu dans l'estomac 200 grammes d'alcool à 21 degrés. Quand l'ivresse se manifestait, il retirait de l'artère fémorale 75 centimètres cubes de sang, qu'il faisait passer immédiatement dans un ballon préalablement soumis au vide approché avec la trompe de Golaz, et dans lequel le vide avait été complété par quelques coups de la pompe à mercure. Ce ballon étant surmonté d'un tube formant un U renversé de 1m,50 de long, la mousse du sang était d'abord supprimée par la longueur même et la réfrigération du tube, puis on obtenait la distillation de l'eau du sang en enveloppant la moitié initiale de l'U d'un manchon d'eau chaude, et sa moitié terminale d'un manchon d'eau froide. C'est ainsi qu'on recueillait 60 centimètres cubes de liquide sur 75 centimètres cubes de sang : dans ce liquide, la proportion d'alcool n'a jamais été supérieure à 1/173e.

M. Gréhant a cherché à augmenter cette proportion, soit en faisant absorber de l'alcool à l'état de vapeur par le poumon, chez les animaux déjà soumis à l'ivresse par l'ingestion stomacale; il lui a été impossible jusqu'ici de dépasser le chiffre indiqué, comme si la proportion de 1/173e était la dose maxima que le sang artériel pût renfermer. Mais ces expériences complémentaires lui ont permis de maintenir beaucoup plus longtemps la charge alcoolique du sang en s'opposant à l'élimination pulmonaire.

— M. *Assaki* a étudié la température propre des abcès chauds périphériques, soit en explorant la surface externe de ces abcès, soit en introduisant dans leur cavité un thermomètre avant l'évacuation du pus, pendant le lavage à l'alcool ou après que ce lavage avait été opéré. Il a examiné comparativement la température superficielle de la région symétrique saine. De 123 observations il conclut : 1° que la température cavitaire des abcès chauds sous-cutanés varie entre 37°,5 et 38°,5; 2° que la température cutanée explorée au niveau de l'abcès dépasse en moyenne de 1 degré à 1 degré et demi la température cutanée de la région homologue.

— M. *Regnard* a cherché, sur les crocodiles qu'avait reçus M. Paul Bert, à mesurer au dynamomètre la force réputée si considérable des muscles masticateurs. Dans ce but, on a fait exercer la traction de l'une des deux mâchoires sur un dynamomètre, la gueule de l'animal ayant été maintenue ouverte au préalable; quand le rapprochement des mâchoires s'est produit, le crocodile étant irrité par un procédé quelconque, on a noté au dynamomètre la valeur de 140 kilogrammes. Mais la traction s'opérant à la réunion du cinquième postérieur avec les quatre cinquièmes antérieurs, il faut multiplier ce chiffre par 5 pour obtenir l'indication de l'effort développé en avant de la mâchoire, au niveau des dents perforantes, ce qui donne déjà 700 kilogrammes de pression. De plus, il faut remarquer que cette pression se répartit sur les pointes des dents antérieures, c'est-à-dire se multiplie encore à ce niveau. M. Regnard a renoncé à évaluer la force des muscles massèters en la rapportant, comme on le fait d'habitude, à 1 centimètre carré de muscle.

— MM. *Dubar* et *C. Rémy* ont entrepris sur l'absorption des liquides dans le péritoine normal du lapin une série de recherches qui les ont conduits à des résultats intéressants au sujet des voies d'absorption, tant lymphatiques que veineuses, à la structure des ganglions lymphatiques, etc.

Dans une première série d'expériences, faites en injectant dans le péritoine 100 centimètres cubes de solutions albumineuses à 60/1000, proportion voisine de celle du liquide de l'ascite, ils constatent que l'absorption presque totale du liquide est opérée en vingt-quatre heures. Si les solutions sont un peu plus concentrées, la disparition du liquide est moins rapide; cependant, au bout de deux à trois jours, elle s'est à peu près complètement effectuée. On trouve à l'autopsie les vaisseaux lymphatiques de la face inférieure du diaphragme, ceux de sa face pleurale, les canaux qui accompagnent les vaisseaux mammaires, le canal thoracique, gorgés d'un liquide qui donne les réactions de l'albumine. L'absorption se fait donc sûrement par les voies lymphatiques.

Mais il importait de chercher si cette absorption ne se faisait point aussi par les veines. MM. Dubar et Ch. Rémy ont donc coloré leurs solutions albumineuses avec des particules faciles à retrouver dans le sang, par exemple avec du carmin broyé, et ont pu s'assurer ainsi que le système porte recevait une part du liquide absorbé : l'introduction dans ces vaisseaux se fait par les radicules des veines mésaraïques.

Ce premier point étant éclairci, l'absorption des liquides introduits dans le péritoine normal ayant lieu à la fois par les voies lymphatiques et par les voies veineuses, les auteurs ont utilisé leurs expériences pour déterminer la présence d'endothélium dans les lacunes des ganglions lymphatiques. Ils ont pu contrôler, sur ce point, les résultats déjà obtenus par d'autres expérimentateurs, en montrant que les cellules endothéliales s'imprègnent de particules colorées à l'état vivant, car le corps seul des cellules est coloré, le noyau restant intact.

Ils ont vu encore que les membranes à la surface desquelles s'opère l'absorption, ne sont nullement altérées, non plus que les lymphatiques ou les veines par lesquels passe le liquide : l'endothélium des vaisseaux subit la nitratation mieux encore peut-être qu'à l'état normal.

— M. *Dastre* présente, au nom de M. *Morat*, les résultats de recherches sur l'action que la pilocarpine exerce sur les fibres musculaires lisses et sur la suppression des effets produits par cette substance au moyen de l'atropine. On connaissait déjà l'antagonisme de la pilocarpine et de l'atropine au point de vue de la fonction glandulaire; il était intéressant de poursuivre cette étude parallèle en l'étendant à la fonction des muscles lisses. C'est ce qu'a fait M. Morat en montrant que les mouvements rhythmiques de l'estomac provoqués par la pilocarpine sont immédiatement supprimés par l'atropine.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Goître exophthalmique : M. N. Gueneau de Mussy. — Injection de pilocarpine contre la sialorrhée : M. E. Labbé. — Traitement des kystes sinoviaux du poignet. — Alimentation forcée des phthisiques : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *N. Gueneau de Mussy* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Contribution à la pathogénie et au traitement du goître exophthalmique.* Il relate avec de minutieux détails quatre observations de goître exophthalmique, dont deux chez des hommes. La première est relative à une jeune femme adonnée avec ardeur aux travaux de l'esprit et qui ressentit dans les premiers temps de son mariage des palpitations cardiaques accompagnées d'une agitation et d'une anxiété extraordinaires : bientôt, la face devint pâle et maigre, les yeux devinrent saillants et cinq ou six mois plus tard (juin 1879), M. N. Gueneau de Mussy constatait l'apparition du goître. Les mouvements de la malade étaient brusques, choréiformes et rendaient par moments la marche irrégulière et pénible. On constatait, à la région précordiale, une impulsion énergique du cœur, un piaulement systolique au niveau des ventricules et un souffle doux à l'artère pulmonaire. Le pouls battait 120 fois par minute. L'examen de la gorge et du thorax révélait une pharyngite granuleuse ancienne et des signes non douteux d'adénopathie brachéo-bronchique. Pendant l'hiver la malade, à la suite d'un refroidissement, fut atteinte d'une péricardite aiguë qui céda à une thérapeutique énergique, mais à la suite de laquelle les bruits cardiaques conservèrent un timbre d'une rudesse très marquée. L'affaiblissement fit de continuels progrès et l'état mental devint bizarre et très différent du caractère de cette jeune femme avant sa maladie. Une légère amélioration se montra un an environ après le début des accidents, mais bientôt le chagrin qu'éprouva la malade de la perte de sa mère ramena des phénomènes nerveux graves; les règles devinrent très irrégulières et se suspendirent, le ventre était fréquemment distendu par du tympanisme et des accès d'étouffement apparurent et se renouvelèrent fréquemment. La toux était continuelle, entretenue par une bronchite emphysémateuse, et la mort survint au bout de deux ans. Le traitement institué par M. N. Gueneau de Mussy, assisté de MM. Potain et Charcot, avait consisté dans l'emploi de l'hydrothérapie, puis de la digitale qui fut mal supportée; on fit également des applications de glace sur la région précordiale et de teinture d'iode sur le goître. Rien ne put enrayer la marche de l'affection. Dans les trois autres observations, on retrouve les mêmes traits généraux : symptômes fondamentaux de la maladie de Basedow, modification du caractère, mouvements choréiformes ou tremblement des membres dans certaines conditions de statique, la jambe, par exemple, dans la position assise, n'appuyant sur le sol que par le bout du pied, enfin adénopathie manifeste des ganglions péri-bronchiques. C'est à cette lésion ganglionnaire déterminant la compression et l'irritation du pneumogastrique, surtout du côté droit, que M. Gueneau de Mussy attribue les troubles si divers des différentes fonctions dans le goître exophthalmique; peut-être même les phénomènes cérébraux seraient-ils le résultat d'une sorte de névrite ascendante gagnant le bulbe et l'encéphale. Chez un de ses malades, M. N. Gueneau de Mussy a noté une pigmentation très foncée de la peau ; ce symptôme, déjà signalé dans des cas analogues, mais bien plus fréquent lors de lésions des capsules surrénales, pourrait également dépendre de l'irritation du pneumogastrique retentissant sur les plexus abdominaux. Ce malade a été guéri entièrement par l'emploi alternatif de l'eau de la Bourboule et de la teinture d'iode à l'intérieur.

— M. *E. Labbé* a soigné, au mois de juillet dernier, à la Maison de santé, une dame atteinte, au troisième mois de sa grossesse, d'une sialorrhée ayant acquis des proportions inquiétantes. Cette malade avait eu trois grossesses antérieures, au cours desquelles les mêmes accidents s'étaient déjà montrés, quoique moins intenses, et avaient un moment fait penser à la nécessité de l'accouchement prématuré. Pensant qu'une action énergique sur les glandes salivaires était indiquée et songeant aux bons effets obtenus dans d'autres affections par la méthode substitutive, M. E. Labbé résolut de déterminer chez sa malade une abondante salivation thérapeutique. Il employa à cet effet une injection sous-cutanée de nitrate de pilocarpine et fut assez heureux pour obtenir non seulement une rapide amélioration, mais la guérison totale de la sialorrhée avec laquelle disparurent tous les symptômes inquiétants d'épuisement.

M. *Labbée* fait observer que le jaborandi appartient à la famille des Rutacées et possède, par suite, une action abortive très manifeste; n'y a-t-il pas contre-indication à l'emploi de son alcaloïde chez une femme enceinte? On a signalé en semblable circonstance de nombreux cas d'avortement.

M. *E. Labbé* pense qu'il faut certainement tenir compte de cette propriété nocive de la pilocarpine; mais dans l'état alarmant où se trouvait sa malade, il n'a pas hésité à agir contre les accidents qui menaçaient la vie. Le résultat d'ailleurs semble autoriser une semblable thérapeutique dans des cas aussi graves.

—M. *Dujardin-Beaumetz* a employé, il y a deux mois, l'électropuncture pour un kyste synovial volumineux du poignet chez une jeune femme. L'aiguille introduite dans la tumeur correspondait au pôle positif de la pile; le pôle négatif était appliqué sur le bras. Après une seule séance de dix minutes, il y eut du gonflement, de la douleur et tous les signes d'une vive inflammation ; les cataplasmes et l'immobilisation conjurèrent les accidents, et la malade semble aujourd'hui guérie.

M. *Blachez* se demande si le succès n'est pas dû précisément à l'inflammation déterminée dans le kyste?

M. *Dujardin-Beaumetz* est entièrement de cet avis, mais il croit l'immobilisation nécessaire après l'électropuncture, afin de maintenir l'inflammation dans de justes limites. On pourrait, sans cela, voir se développer un phlegmon grave.

M. *C. Paul* rappelle que M. Boudet (de Paris) a construit un appareil à électropuncture pour les kystes ; le pôle négatif a la forme d'un anneau au centre duquel on enfonce l'aiguille positive.

— M. *Dujardin-Beaumetz* a expérimenté dans son service le *traitement des phthisiques par l'alimentation forcée.* Depuis la communication de M. Debove à la Société médicale des hôpitaux, il a soumis un certain nombre de malades à ce mode de *gavage* méthodique; tous ces malades sont des phthisiques arrivés à la troisième période. Chez ceux qui pouvaient tolérer l'huile de foie de morue, il a injecté chaque jour, au moyen du tube de Faucher, six ou sept cuillerées d'huile, quatre cuillerées de peptone, quatre œufs, 150 grammes de viande crue râpée et un litre de lait; il supprime l'huile de foie de morue chez ceux qui ne peuvent la supporter et la peptone lorsqu'il

y a des tendances à la diarrhée. On peut faire précéder l'injection d'un lavage de l'estomac, mais cette pratique ne paraît pas nécessaire et doit être repoussée lorsque les malades accusent des envies de vomir après l'introduction du tube : l'eau destinée au lavage serait probablement rejetée, tandis que la bouillie alimentaire est admirablement tolérée dans tous les cas. Sous l'influence de ce traitement, les vomissements spontanés et même ceux que déterminaient les quintes de toux ont cessé, la digestion s'est faite avec facilité, la diarrhée a disparu, les sueurs se sont supprimées et les malades ont engraissé en moyenne de 100 grammes par jour. On n'obtient pas de résultats aussi satisfaisants chez les malades qui ont conservé l'appétit, et cependant, lors d'anorexie, la digestion facile et complète des aliments injectés par la sonde prouve bien que la disparition de l'appétit ne résulte pas d'un état maladif de la muqueuse gastrique. Ce procédé d'alimentation est également précieux lors de lésions tuberculeuses de l'isthme du gosier ou du larynx qui rendent la déglutition spontanée douloureuse et presque impossible.

M. *Gouguenheim* a depuis longtemps essayé de nourrir au moyen du tube de Faucher les malades atteints de laryngite tuberculeuse amenant une dysphagie très pénible, mais il a toujours constaté dans ce cas une difficulté presque insurmontable à l'introduction de la sonde.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a pas éprouvé de difficulté semblable; l'opération a toujours été très facile dès la première séance et les malades la réclamaient d'eux-mêmes le lendemain. On pourrait d'ailleurs, lors de lésions douloureuses de l'arrière-gorge, employer la sonde à mandrin inventée par M. Debove.

M. *Féréol* a essayé le gavage chez plusieurs tuberculeux dans son service. La sonde n'a pu être introduite qu'avec beaucoup de difficultés chez un homme atteint de phthisie laryngée; les autres malades ont d'ailleurs manifesté moins d'enthousiasme pour cette opération que ceux dont parle M. Dujardin-Beaumetz.

— A cinq heures trois quarts, la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

De la septicémie occulte, par P. Wagner.

Leube, en 1878, avait attiré l'attention sur des cas de septicémie qu'il appelait *cryptogénétiques*, c'est-à-dire dont l'origine est inconnue, dont le point d'invasion du virus n'existe pas, ou ne peut être découvert. Ces cas, que l'on confond avec les maladies les plus diverses, ne sont pas absolument rares. Wunderlich en 1857 en décrivait quelques cas comme « pyémie primitive ». Nous pouvons ajouter que le regretté Schützenberger (de Strasbourg) qui avait eu la bonne fortune de reconnaître, grâce à son flair de clinicien, des cas de ce genre, en parlait à ses élèves et recommandait tout spécialement l'examen minutieux du cuir chevelu dans les fièvres graves énigmatiques. P. Wagner en rapporte 19 cas, dont quelques-uns sont vraiment curieux, et arrive lui aussi à cette même conclusion que ses prédécesseurs, à savoir que la septicémie occulte (ou septico-pyémie) existe, qu'elle est plus fréquente qu'on ne croit, mais que l'on se trompe presque toujours, vu notre ignorance de la symptomatologie. C'est donc le tableau symptomatique qui est le point faible et nous croyons rendre service en reproduisant textuellement celui qui est présenté par l'auteur.

1° Etat général grave, fébrile, à début brusque, rarement précédé d'un frisson solennel, mais bien de frissonnements, et très souvent de ***violentes douleurs rhumatoïdes*** des os et des articulations.

2° Le malade éprouve un tel sentiment de malaise qu'il est forcé de garder le lit immédiatement, ou après quelques jours au plus tard.

3° Fièvre violente, du type rémittent ou intermittent, toujours irrégulière. Les exacerbations revêtent d'ordinaire l'aspect d'un frisson violent.

4° Pouls très fréquent, généralement dicrote.

5° Fréquence de la respiration, qui ne peut s'expliquer par l'élévation seule de la température, et qui tient dans la plupart des cas à des affections graves des poumons ou de la plèvre.

6° Hypertrophie de la rate, rarement augmentation appréciable du volume du foie.

7° Météorisme abdominal plus ou moins marqué et accompagné souvent de gargouillement intestinal, rarement de selles fréquentes et liquides.

8° Albuminurie moyenne : rarement des cylindres ou des hématies.

9° *Exanthème cutané, pustuleux ou papuleux*, sur fond hémorrhagique.

10° *Ictère* rarement intense.

11° Symptômes subjectifs et objectifs du côté des grandes articulations et des os longs, surtout douleurs rhumatoïdes, rarement tuméfaction et rougeur des jointures.

12° Apparition de phénomènes cérébraux graves : obnubilation, délire, convulsion, coma.

13° Décours rapide de l'affection.

14° Insuccès de la thérapeutique (quinine, salicylates, etc.).

Les affections avec lesquelles on est exposé à confondre la septico-pyémie occulte, sont :

En première ligne, la fièvre typhoïde, dont la marche est cependant moins rapide, moins orageuse et qui ne s'accompagne jamais d'ictère, d'exanthèmes semblables à ceux qui ont été décrits, ni de lésions articulaires.

La tuberculose miliaire, presque impossible à diagnostiquer, est nécessairement confondue avec la septicémie.

La méningite cérébro-spinale épidémique présente peut-être des difficultés plus grandes encore, puisque la rapidité de la marche, la présence d'un exanthème ne peuvent plus être considérés comme des moyens de diagnostic. Il faudrait, en ce cas, s'enquérir de la présence d'une épidémie de méningite.

Ce qui contribue encore à obscurcir la question, c'est que la plaie, qui par principe devrait toujours exister, n'existe pas toujours et qu'elle peut être remplacée par des suppurations internes, forcément inaperçues, parce qu'elles ne donnent lieu à aucun symptôme caractéristique (collections osseuses, périostiques, articulaires, endocardite ulcéreuse, etc.). Enfin, dans un certain nombre de cas, rares il est vrai, il a été absolument impossible, malgré les recherches les plus minutieuses, malgré la certitude où l'on était de la pyémie, de retrouver un point de départ quelconque. De sorte que la question reste obscure malgré son importance, et qu'elle demande encore bien des recherches. (*Deutsch. Archiv. für klin. Med.*, t. XXVIII, p. 521.)

De l'anémie pernicieuse progressive, par M. Runeberg.

L'anémie pernicieuse, dit l'auteur, n'est pas une entité morbide, mais bien un syndrome caractéristique, qui ne se distingue que par l'intensité des phénomènes pathologiques des autres formes d'anémie, telles que la chlorose vraie, l'anémie purement symptomatique, etc.

Elle est la résultante de l'action de facteurs anémiants divers, plus ou moins connus, et par conséquent elle doit être considérée comme symptomatique. Toutefois elle n'acquiert son aspect spécial, que lorsqu'il existe une prédisposition réelle de l'individu : à ce point de vue, elle peut être, jusqu'à un certain point, considérée comme idiopathique.

Pour limiter le domaine de la maladie, il faut tenir compte uniquement du tableau clinique et non des causes éventuelles ou des signes de prédisposition, variables avec chaque individu.

Elle est d'ordinaire de nature maligne et se termine par la mort, ou bien rapidement, ou bien après quelques accès séparés par des améliorations apparentes.

Telle est, sous une forme concise, la doctrine de Runeberg qui résume assez bien celle qui est aujourd'hui généralement admise, quoiqu'elle n'ait pas encore été formulée d'une façon aussi précise. — On trouvera à la fin du mémoire neuf observations intéressantes, et une petite digression historique d'où résulte que le syndrome en question, bien décrit par Hoffinger, Hallé et Good, était tombé dans l'oubli d'où le tira le travail célèbre de Biermer. (*Deutsch. Archiv. für klin. Med.*, t. XXVIII, p. 499.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Emétine et atropine : action isolée et comparée de ces deux substances sur la fréquence des battements cardiaques chez la grenouille, étude expérimentale par MM. J. Grasset et A. Amblard. 1 vol. in-8 de 85 pages. — Delahaye, 1881.

Ce mémoire est divisé en trois parties : action isolée de l'émétine sur le cœur de la grenouille, action de l'atropine, action comparée des deux substances. Voici les conclusions des expériences de M. Grasset. *L'émétine* directement appliquée sur le cœur ou injectée sous la peau ralentit les battements du cœur de la grenouille : ce ralentissement peut aller jusqu'à l'arrêt du cœur ou diastole : quand la substance est appliquée directement sur l'organe, l'arrêt a constamment lieu avec une dose de 3 milligrammes. Il y a toujours une phase de ralentissement lent et progressif, précédé quelquefois par une légère accélération (d'Ornellas). Après ce ralentissement, il y a une chute brusque dans le nombre des pulsations et dans la pression sanguine (Dyce-Duckwort), puis après cette chute brusque le pouls s'immobilise ou continue à baisser lentement. En même temps, la puissance des battements cardiaques diminue et on observe du dicrotisme ou des contractions ondulées (Podwyssotzki). Les modifications des contractions sont indépendantes du ralentissement. Le dicrotisme de la diastole précède celui de la systole; ce dernier est un signe d'intoxication bien plus prononcée.

Pour ce qui est de l'action de l'atropine, les auteurs sont arrivés à des résultats beaucoup moins nets ; c'est surtout l'action directe qu'ils ont étudiée et ils n'ont que trois expériences leur permettant d'analyser les résultats fournis par la méthode hypodermique. Sous ce rapport, il est important de noter que les effets sont extrêmement fugaces et s'épuisent très vite (dicrotisme, ralentissement, etc.). Cependant, il y a une certaine accumulation, puisque le dicrotisme, par exemple, n'apparaît pas aux trois premières instillations et ne manque jamais de se produire après la quatrième. Les phénomènes qu'on observe avec l'atropine sont en quelque sorte ceux de l'émétine atténués plutôt que des effets opposés à ceux-ci.

Les auteurs ont beaucoup varié les expériences dans la troisième partie de leur travail; aussi les résultats qu'ils ont obtenus peuvent être considérés comme acquis. En voici le résumé : « L'atropine réaccélère le cœur de la grenouille ralenti par l'émétine. Pour bien constater ce résultat, le meilleur moyen est de ralentir le cœur par une dose minima d'émétine, puis d'instiller l'atropine sur le cœur une fois ce ralentissement produit.

Ainsi employées isolément, l'émétine et l'atropine paraissent avoir sur le cœur de la grenouille une action plutôt synergique qu'antagoniste, et cependant, quand on les superpose, elles agissent en antagonistes. Il serait nécessaire de pousser plus loin ces expériences et d'étudier ce qui se produit chez les mammifères : M. Grasset l'a bien compris, mais les moyens d'étude lui ont manqué, car jusqu'ici il n'a pu obtenir même sa part des fonds si parcimonieusement distribués pour la création des laboratoires.

H. Chouppe.

Contribucion al estudio de la traquéotomia y laryngotomia, par el doctor Melchor Torres. — Buenos-Ayres, 1880.

L'auteur de cette monographie est un ancien élève de l'Ecole de Paris, et son livre dans quelques-uns de ses chapitres en porte les traces.

Après l'exposé de l'historique de la question, l'auteur décrit l'anatomie de la région du cou et aborde ensuite les indications de la trachéotomie et de la laryngotomie. Ce sont d'abord les fractures du larynx pour l'étude desquelles l'auteur paraît s'être surtout inspiré d'un article de M. Hénocque paru dans ce journal (1868). Viennent ensuite les corps étrangers et les plaies du larynx d'après les travaux de Guyon (*Dictionnaire encyclopédique*), de Kuhn et de Horteloup.

L'auteur, en abordant son sujet principal, qui est la trachéotomie dans le croup, apporte un certain contingent de faits inédits. C'est là le côté personnel de cette publication qui est un peu trop chargée d'observations puisées dans les auteurs, et reproduites *in extenso*, et qu'il eût suffi de résumer ou de signaler.

Les instruments servant à la perpétration de la trachéotomie et de la laryngotomie prennent une large part dans ce livre et un bon nombre s'y trouvent figurés; mais le manuel opératoire est quelque peu écourté. Après avoir assez rapidement exposé les données classiques concernant les procédés usuels de la bronchotomie, l'auteur insiste un peu plus particulièrement sur la méthode ignée inaugurée par M. Verneuil. Un chapitre est consacré à l'indication des soins à donner aux opérés et des accidents qui peuvent compliquer l'opération.

L'histoire de la laryngotomie est ensuite traitée à part. Pour cette opération, ce sont surtout les auteurs allemands qui ont servi à l'auteur; celui-ci n'apporte pas de faits nouveaux et paraît même être resté étranger, en ce qui concerne ce côté de son sujet, aux publications faites dans ces dernières années dans divers pays, et notamment en France et en Italie.

Maladies de l'estomac et des intestins, par le docteur Blanchet. Chez A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ce livre n'est point à l'adresse des médecins, mais bien des malades auxquels l'auteur fait une sorte de cours familier d'anatomie et de pathologie sommaires sur l'appareil digestif et l'action bienfaisante de l'eau de Vichy.

Hygiène du cabinet de travail, par le docteur Riant. — J. B. Baillière, 1882.

Sous ce titre, l'auteur auquel nous devons déjà de nombreux travaux d'hygiène, étudie les conditions hygiéniques des professions intellectuelles, — l'hygiène des personnes vouées au travail du cabinet, — il montre, en homme d'expérience, les fatigues réelles qu'entraînent les professions dites libérales, la somme de travail qu'elles exigent, les changements de milieux qu'elles entraînent. C'est à l'artiste, au savant, au magistrat qu'il s'adresse, s'efforçant de leur montrer la nécessité de régler leur travail, d'en diminuer, sinon d'en supprimer les inconvénients et quelquefois les dangers. Ce n'est donc pas seulement aux conditions hygiéniques du cabinet de travail; mais à toute l'économie du régime du travailleur que son étude est consacrée, étude attrayante, mais hérissée de difficultés et dans laquelle il faut tenir compte, non seulement des exigences professionnelles, mais encore des aptitudes particulières, des habitudes contractées, de la nature des occupations et de bien d'autres circonstances. Il y a véritable profit à lire ce court travail où ces questions délicates sont traitées de main d'ouvrier.

Lèpre, sclérodermie et asphyxie locale des extrémités, par B. Apolinario y Macias. — Thèse de Montpellier, 1881.

Travail fait sous l'inspiration du professeur Grasset. L'auteur cherche à démontrer que par l'étiologie, la marche, la terminaison et probablement aussi la lésion, ces trois syndromes cliniques doivent être considérés comme l'expression symptomatique d'une même maladie et être rapportés à des lésions plus ou moins profondes des centres trophiques.

VARIÉTÉS

DÉMISSION DU DOYEN. — M. Vulpian a donné sa démission de doyen de la Faculté de médecine de Paris. La *Gazette hebdomadaire*, dont M. Vulpian a été un des rédacteurs, a pris à tâche, en plusieurs circonstances, de faire ressortir les services rendus par lui à l'enseignement et à l'organisation de la médecine. En nous plaçant exclusivement au point de vue de l'intérêt médical, nous ne pouvons donc que regretter vivement la détermination à laquelle s'est arrêté l'honorable doyen.

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Ce cours, qui a commencé le jeudi 10 novembre, et dont on peut lire la première leçon dans la *Gazette des hôpitaux*, promet de placer l'enseignement de la médecine sur son véritable terrain, qui est l'enseignement comparé des doctrines et des découvertes principales dans les temps anciens et dans les temps modernes. On ne saurait trop encourager dans cette voie M. le professeur Laboulbène. La leçon d'ouverture a été consacrée à la biographie d'Hippocrate.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Dans sa séance du lundi 25 avril 1881, l'Assemblée générale des délégués a décidé que le vœu émis par M. Surmay (de Saint-Quentin), relatif aux rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels, serait mis à l'étude dans toutes les Sociétés locales, afin qu'il puisse être discuté dans l'Assemblée générale des délégués de 1882. Dans sa séance du 4 novembre, le Conseil général a nommé une commission composée de MM. Bucquoy, Vannesson et Martineau, pour faire un rapport d'ensemble sur cette question.

— Un de nos confrères, M. le docteur Clavel, maire du Xe arrondissement, donnait lundi dernier la bénédiction... civile à un autre confrère, qui est aussi l'un de nos collègues de la presse, M. le docteur Labarthe, rédacteur en chef du *Médecin praticien*.

LE CHOLÉRA. — On télégraphie d'Alexandrie, 11 novembre : La commission sanitaire a reçu une dépêche de Djeddah, annonçant que le choléra est en recrudescence à la Mecque. Le nombre des morts, qui était de 55 le 3 octobre, s'est élevé à 215 le 4 et 214 le 5. Les pèlerins sont partis le 6. La commission sanitaire leur imposera probablement une quarantaine sévère à El-Ouedj.

LA VARIOLE A RENNES. — Les journaux de Rennes rapportent que l'épidémie de variole qui sévit depuis quelque temps sur cette ville continue son œuvre. Le nombre des malades actuellement atteints de cette affection ne doit guère dépasser la cinquantaine, et encore le chiffre de ceux qui y succombent est-il des plus restreints.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, a commencé le 16 novembre, à neuf heures et demie, des leçons hebdomadaires de clinique chirurgicale, qui seront continuées les mercredis suivants.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Auguste Voisin recommencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses le dimanche 20 novembre 1881, dans le nouvel amphithéâtre, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — M. le docteur L. Martineau reprendra son cours le mercredi 23 novembre, à neuf heures, et le continuera les samedis et mercredis, à la même heure.

Ordre des travaux. — Le semestre d'hiver sera consacré aux conférences cliniques pendant la visite des malades. — Pendant le semestre d'été, leçons à l'amphithéâtre après l'examen des malades. Le mardi, consultation et traitement externe à neuf heures.

HYGIÈNE ET MALADIES DES NOURRISSONS. — M. le docteur Brochard commencera ce cours, à l'Ecole pratique, le mercredi 23 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2, et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL URINAIRE. — M. le docteur Mallez commencera son cours le jeudi 24 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis suivants, à la même heure. Chaque leçon sera accompagnée de projections photo-micrographiques et d'anatomie pathologique.

MORTALITÉ A PARIS (44e semaine, du vendredi 28 octobre au jeudi 3 novembre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 960, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 42. — Variole, 6. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 39. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 36. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 70. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 32; au sein et mixte, 24; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 113; de l'appareil circulatoire, 67; de l'appareil respiratoire, 67; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 9; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 22. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 44e semaine. — Nous avons à constater, cette semaine, une amélioration sensible de la santé publique. Le nombre des décès est descendu à 960, en diminution de 74 sur le chiffre de la semaine précédente. Les décès par fièvre typhoïde sont descendus de 47 à 42; ceux par variole, de 10 à 6; par rougeole, de 12 à 3; par diphthérie, de 52 à 39; par érysipèle, de 11 à 2; par infections puerpérales, de 7 à 3. Le nombre des admissions dans les hôpitaux pendant ces derniers jours est demeuré très faible en ce qui concerne la variole et la diphthérie; pour la fièvre typhoïde, ce nombre s'est abaissé d'une semaine à l'autre de 78 à 68.

Comme distribution locale des décès, nous signalerons le quartier de *La Villette*, qui compte 4 décès par fièvre typhoïde et 3 par diphthérie, et surtout celui de *Montparnasse*, où il a été constaté 6 décès par diphthérie. Dans notre dernier bulletin, ce quartier était indiqué comme ayant fourni 3 décès par cette cause. Il y a donc sur ce point un centre épidémique sur lequel nous appelons de nouveau l'attention.

MORTALITÉ A PARIS (45e semaine, du vendredi 4 au jeudi 10 novembre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1037, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 9. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 53. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 48. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 92. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 57; au sein et mixte, 28; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 92; de l'appareil circulatoire, 79; de l'appareil respiratoire, 80; de l'appareil digestif, 49; de l'appareil génito-urinaire, 15; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 29. — Causes non définies, 8.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 24 novembre 1881.

CHARBON SYMPTOMATIQUE ET FIÈVRE CHARBONNEUSE. — AMPUTATIONS CONGÉNIALES. — PATHOLOGIE DES ENFANTS EN GRÈCE : LE « PONOS ».

Académie de médecine : Charbon symptomatique et fièvre charbonneuse. — Amputations congéniales.

La passe d'armes qui a eu lieu mardi à l'Académie entre MM. H. Bouley et Jules Guérin, et qui a tenu presque toute la séance, n'a été aussi qu'un passe-temps. Le premier a cru devoir faire, et il a fait avec sa verve accoutumée, un rappel de tous les arguments, de fait ou de logique, qu'on peut produire en faveur de la distinction établie par MM. Arloing, Cornevin et Thomas entre la fièvre charbonneuse et le charbon symptomatique ; et M. Jules Guérin a énergiquement reproduit les objections et les dénégations qu'il a maintes fois élevées contre cette distinction et contre le parti qu'on a cru pouvoir en tirer au point de vue prophylactique. Ce débat n'a apporté dans cette question si importante aucun fait nouveau, aucune vue nouvelle. C'est la *reprise* d'une pièce connue, avec de simples modifications de forme.

Toute la question, du reste, pourrait tenir en quelques mots.

Est-il vrai que lorsqu'on injecte le charbon symptomatique (à bactéries) dans les veines, on donne l'immunité contre le charbon symptomatique, mais non contre la fièvre charbonneuse (à bactéridies) ?

M. Jules Guérin a établi à cet égard entre l'expérience et l'expérimentation une distinction juste, quoique mal définie, à notre avis, sur laquelle nous avons eu plusieurs fois occasion d'insister ; mais l'expérimentation de M. Jules Guérin ou de tout autre, a-t-elle renversé les expériences de MM. Arloing, Cornevin et Thomas ? Nous ne l'avons pas entendu dire ; c'est bien d'ailleurs à l'expérimentation et à l'expérience réunies que M. Arloing prétend avoir demandé ses preuves.

— On consultera avec plus de fruit une observation d'amputation congéniale communiquée à l'Académie par M. le docteur Lannelongue, et que nous reproduisons plus loin avec détails.

FEUILLETON

L'Exposition d'électricité.

LE LANGAGE DES ÉLECTRICIENS. — LE RÔLE DU CONGRÈS. — UNIFICATION DES SYMBOLES, DES GRANDEURS ET DES UNITÉS ÉLECTRIQUES. — LA FORMULE D'OHM. — LE SYSTÈME C. G. S. — DÉCISIONS DU CONGRÈS. — L'AMPÈRE, LE VOLT ET L'OHM. — APPLICATIONS PRATIQUES DES MESURES A L'ÉLECTRO-THÉRAPIE ET A L'ÉLECTRO-PHYSIOLOGIE.

(Suite. — Voyez le numéro 44.)

Toute science nouvelle apporte son vocabulaire qu'elle constitue à l'aide de termes de comparaison tirés des effets organoleptiques, ou de la forme et de la composition mécanique des appareils qu'elle emploie, et enfin pour les conceptions plus générales, les définitions sont habituellement en accord avec les théories scientifiques ou philosophiques les plus en faveur au moment de la découverte, enfin c'est souvent le nom même de l'inventeur qui désigne la science et immortalise le génie des inventeurs ou des savants dont la découverte porte la lumière sur des phénomènes qui sont restés longtemps inexpliqués.

Peu à peu, ces termes sont acceptés, expliqués et vulgarisés ; dans les derniers siècles cette éducation se faisait peu à peu, et les savants de divers ordres, les médecins pouvaient suivre aisément le progrès des sciences spéciales et même y participer, et profiter de leurs moindres perfectionnements ; aujourd'hui la marche du progrès est devenue si rapide, l'ensemble des sciences s'est étendu sur des champs si vastes et si nouveaux, que quiconque aurait cessé de se maintenir au courant des études de la physique et de l'électricité serait fort embarrassé au milieu des discussions qui ont été la préoccupation journalière des savants des industriels et aussi bien des médecins pendant toute la période préparatoire et toute la durée du congrès et de l'exposition. Le langage scientifique

Erratum. — Dans le premier-Paris sur la dernière séance de l'Académie de médecine, on nous a faire dire (p. 734, 8e ligne) que la malade dont M. Marrotte avait présenté l'observation avait des crises bulbaires à forme épileptique de nature *diabétique;* c'est « tabétique » qu'il faut lire.

Le ponos de Spetza et d'Hydra.

Aux parages orientaux du Pélopouèse, à une petite distance de l'Argolide, se trouvent situées les îles de Spetza et d'Hydra. On rencontre dans ces îles, sous le nom le plus commun de ponos (πόνος, douleur), une maladie pyrétique de marche chronique, accompagnée presque constamment de tuméfaction de la rate, et présentant bien des phénomènes semblables à ceux de la pseudo-leucémie et de la tuberculose, quelquefois même les phénomènes de la tuberculose confirmée.

Les notions que nous possédons sur l'histoire de cette maladie sont vagues et incertaines.

D'après les vieillards d'Hydra et de Spetza, la maladie, qui n'est guère méconnaissable dans son entière évolution, était, il y a cinquante ans, dans ces îles, beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est actuellement, et la plupart des mères portaient dans leurs bras des petits enfants atteints de ponos. Cependant, le docteur Clados assurait, en 1835, devant la Société médicale d'Athènes, que cette affection était autrefois inconnue dans ces îles et qu'il n'y avait que trois ans qu'elle avait commencé à apparaître. M. Fontana, de Spetza, s'exprimait de même dans une lettre lue à la Société médicale d'Athènes en 1836 (Γαληνὸς, Revue médicale d'Athènes, t. I, p. 65). Quoi qu'il en soit, la maladie n'a pas cessé depuis cette époque d'exister dans les deux îles avec une fréquence variable, mais en général plus grande à l'île de Spetza.

L'étude de la maladie n'a commencé que dans ces dernières années. Le premier travail sur le ponos a été écrit par le docteur Jannakopoulos et envoyé en 1877 au concours pour le prix Symboulidis, à Athènes. Mais c'est à M. le professeur Karamitsas (Γαληνός, t. I, p. 65; *Gazette des hôpitaux*, n° 19, 1880) que revient l'honneur d'avoir donné la première description du mal. Appuyé sur l'observation personnelle de quelques cas et sur les renseignements fournis par des médecins des localités, M. Karamitsas examine les diverses opinions émises dans le pays sur le ponos et semble disposé à admettre qu'elle n'est qu'une pseudo-leucémie. Après cette description, est venu le travail du docteur Jannakopoulos (Γαληνὸς, t. II, p. 65 et suiv.), qui soutenait la nature paludéenne du ponos. Tout récemment, le docteur Tetzis, d'Hydra, a publié un article sur le même sujet (Γαληνὸς, 1880, p. 370 et suiv.), dans lequel il éclairc certains points de pathologie et admet que le ponos est une maladie spécifique de cause inconnue.

En préparant un petit travail sur la Grèce, surtout au point de vue médical, notre attention a été attirée sur cette affection et nous avons demandé des renseignements aux médecins du pays. Deux confrères distingués, M. Orlandos, de Spetza, et M. Xanthos, d'Hydra, qui croient plutôt à la nature tuberculeuse du ponos, ont eu l'extrême obligeance de nous envoyer des renseignements intéressants, ainsi que quelques observations particulières. Malheureusement, plusieurs difficultés locales rendent l'observation clinique très difficile, de sorte que les données dont on peut disposer aujourd'hui présentent encore en plusieurs points, de l'obscurité et de l'incertitude, malgré le zèle scientifique des observateurs.

Nous dirons ici, sur le ponos, ce que les données dont nous disposons nous ont appris. Nous tâcherons de présenter d'abord les faits eu eux-mêmes et nous examinerons ensuite ce qu'il y a de plus probable quant à la nature de cette affection.

Milieu et circonstances dans lesquelles le ponos s'observe. Le ponos ne se rencontre, suivant toute probabilité, que dans les deux îles d'Hydra et de Spetza, comme l'assurent de nombreux médecins. Climat tempéré et salubre, sol rocheux, abrupt et sec à l'île d'Hydra; sol plan, en général sec à l'île de Spetza, des villes bien aérées et exposées au soleil, absence presque complète de fièvres paludéennes locales, de l'eau potable provenant de citernes, des habitudes de propreté, des maisons pour la plupart humides par causes domestiques, la pauvreté et la misère chez la plupart des habitants, une alimentation surtout végétale et insuffisante, tels sont les éléments les plus remarquables du milieu dans lequel cette maladie se développe.

A Hydra, la maladie se montre avec plus de fréquence dans les parties humides et peu exposées au soleil. A Spetza, elle est observée partout avec une fréquence presque égale (Orlandos).

La maladie devient, par intervalles, comme nous l'avons remarqué plus haut, tantôt plus fréquente, tantôt plus rare

---

se prête facilement aux expériences de la vie internationale, lorsqu'il est tiré du grec ou du latin, mais lorsqu'il s'agit de découvertes, d'observations originales, les mots manquent parfois et pour désigner des faits on est obligé d'employer des termes qui ne sont pas toujours nettement définis. Les recherches si multiples faites sur l'électricité depuis un demi-siècle, ont apporté un tel contingent d'expressions ou de formules nouvelles que le moment était favorable pour que, dans un congrès international, les électriciens pussent s'entendre sur les définitions les plus importantes et émettre une série de propositions devant servir à fixer la terminologie et unifier les procédés de mensuration électrique. M. Hospitalier (*l'Electricien*, t. Ier, n° 7, 15 juillet 1881), dès le début de cette exposition, exprimait avec une grande netteté ce désir général :

« Il serait utile, dit-il, pour faciliter la lecture des mémoires et des travaux dans lesquels la partie mathématique a une certaine importance, d'établir des symboles généraux, tout au moins pour exprimer les éléments physiques les plus employés. Aujourd'hui, il existe quatre, cinq et jusqu'à dix symboles pour exprimer une quantité donnée; la plupart de ces symboles sont communs à d'autres quantités, ce qui oblige a un véritable effort d'esprit lorsqu'on veut étudier une formule un peu compliquée. » Si un ingénieur a écrit ces lignes, que diraient alors les médecins s'ils voulaient étudier ces quinze unités de résistance, ces douze unités de force électromotrice et les dix unités d'intensité aujourd'hui en usage qui, suivant l'expression de M. Hospitalier, « font des mesures électriques nouvelles une véritable tour de Babel que tous les praticiens considèrent avec effroi et répulsion. »

Aujourd'hui, le congrès est terminé, et l'on est en droit de dire qu'il a répondu aux espérances qu'on pouvait en concevoir. En effet, dans les sections d'électrologie générale comme dans celle plus spéciale d'électro-physiologie, partout l'on a donné la prééminence à l'étude des mesures de l'électricité, des moyens de rendre exacte l'expérimentation depuis les

par suite de causes en grande partie non encore dévoilées. Dans ces dernières années, il y a eu à Spetza de 20 à 25 cas par an sur 7500 habitants, à Hydra de 10 à 15 cas sur 7300 habitants. La fréquence de la maladie semble considérablement réduite, indépendamment du développement de l'émigration dans ces deux îles, surtout parce que bon nombre de parents prennent les précautions nécessaires pour l'éloignement des conditions défavorables et qu'ils font appel de bonne heure à l'assistance médicale. Les conditions hygiéniques dans les familles sont en général pires maintenant qu'autrefois, surtout à Spetza.

Aucune influence des saisons sur le ponos n'a encore été observée.

Pour ce qui concerne les prédispositions héréditaires, il est à noter que les parents de la plupart des enfants affectés sont tuberculeux ou ont eu dans leur famille des personnes mortes de phthisie. Quelques-uns d'entre eux ont même eu déjà le ponos dans leur enfance. Les autres sont, soit d'une constitution lymphatique, soit cachectiques (syphilitiques, alcooliques), soit mariés dans un âge avancé, rarement sains et vigoureux, au moins en apparence. La moitié environ des cas s'observent par groupes de deux, trois ou quatre, particulièrement chez des familles de phthisiques.

La maladie se présente plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. L'âge de prédilection pour la maladie est la fin de la première année. Elle se manifeste généralement après l'apparition des premières incisives; quelquefois elle accompagne cette apparition et ne la précède que rarement; encore plus rarement, elle survient beaucoup plus tard. Elle a été observée, à Spetza, dans quelques cas rares, à l'âge de sept ans (Orlandos); à Hydra, où la maladie est plus rare, jusqu'à l'âge de trois (Tetsis) ou de quatre ans (Xanthos) (1).

La maladie a été observée chez des enfants qui ont eu à souffrir de maladies graves dans un âge antérieur et surtout chez des nouveau-nés qui ont été mal nourris; et cela ordinairement à cause de l'insuffisance du lait maternel ou de sa pauvreté, la mère étant phthisique et cachectique, ou à cause d'un sevrage prématuré; quelquefois après un allaitement prolongé sans aucune autre nourriture, ou avec une nourriture complémentaire insuffisante. Quelques-uns des enfants affectés présentaient déjà des troubles gastro-intestinaux, accompagnés souvent de boulimie et de géophagie; dans certains cas le mal est survenu après l'emploi de purgatifs intenses.

Le ponos frappe souvent les enfants au milieu d'une santé en apparence florissante, quelquefois pendant la convalescence de maladies fébriles aiguës. Dans ce dernier cas, l'enfant convalescent ne reprend pas les couleurs ni les forces de la santé; il semble pendant quelque temps, qui varie d'une à trois semaines, que ce soit une convalescence quelque peu prolongée.

Tableau clinique. — Lorsque les premiers phénomènes du ponos apparaissent, si le petit enfant était déjà sain, comme il arrive le plus souvent, son teint se flétrit peu à peu, devient pâle, plus tard jaunâtre et d'une couleur de paille, ce que les médecins du pays considèrent comme indice caractéristique de la maladie. La sclérotique prend une couleur bleu foncé. — Abattement, paresse dans les mouvements, indifférence à toute chose. L'urine a une odeur fétide, et cela parfois un mois avant l'apparition d'autres phénomènes décisifs. La mère trouve déjà vers le soir l'enfant en proie à la fièvre; mais la dentition, pendant laquelle la maladie s'observe le plus fréquemment, donne l'explication de la fièvre et dissipe pour quelque temps toute idée sinistre. Le médecin n'arrive ainsi au début de la maladie que rarement. Lorsqu'il est appelé deux ou trois semaines après l'apparition des premiers phénomènes, il trouve déjà la rate descendue sous les fausses côtes, quelquefois même considérablement augmentée, avec une fièvre intermittente ordinairement quotidienne, plus rarement tierce, souvent anomale. La fièvre présente souvent des frissons et des sueurs; celles-ci sont fréquemment localisées au cou et au thorax. Le volume de la rate augmente en général avec une vitesse proportionnelle à l'intensité et la ténacité de la fièvre; quelquefois on observe un gonflement léger des ganglions lymphatiques au cou; rarement ailleurs. L'appétit se conserve ordinairement, mais capricieux et souvent perverti. La plupart des malades éprouvent de la répugnance pour la viande; d'autre part ils ont une grande appétence pour le pain; certains en ont pour les sucreries, les olives, les fruits non encore mûris ou secs, le caviar, le vin, l'eau-de-vie; plusieurs consomment d'énormes quantités d'alcooliques, et il n'est pas rare de voir des malades plongés dans une ivresse continuelle, favorisée par leur mère. La digestion s'effectue avec difficulté, et elle est accompagnée de dyspnée et de sueurs. Des vomissements,

(1) On cite un cas qui aurait été observé chez un adulte de vingt-quatre ans, sans augmentation de la rate et avec une issue fatale (Jannakopoulos), mais pour lequel on n'a pas d'autres détails. On ne peut que le considérer comme bien douteux. Il ne faut pas oublier que des cas présentant des phénomènes analogues à ceux du ponos, cas autrement rares dans ces deux îles, d'après toute probabilité, sont aisément considérés par les habitants comme appartenant à cette affection.

---

phénomènes mécaniques et chimiques jusqu'aux questions les plus délicates de la biologie.

La seule lecture des comptes rendus du congrès, les remarquables communications de Siemens, de Preece, de Mascart, d'Helmholtz, de Marey, démontrent que l'électrologie est une science qui après nous avoir étonnés par la multiplicité de ses applications, de ses découvertes, dépassant les conceptions de l'imagination la plus vagabonde, a définitivement pris sa place dans les sciences exactes, car elle se prête aux mesures absolues, au calcul intégral.

Cette nouvelle forme, moins accessible à nos sens que les manifestations lumineuses, mécaniques ou chimiques, ne présente cependant pas à notre esprit un abord aussi ardu que peuvent le supposer ceux qui ont quelque peu oublié les procédés et les exposés mathématiques, parce que les notions nécessaires dans la pratique électro-thérapique peuvent se résumer dans quelques propositions essentielles. Ce qu'il est indispensable de connaître pour le médecin, c'est le moyen de mesurer cette force électromotrice qu'il emploie et dont il doit à la fois constater, analyser et varier les effets. Il importe aussi que, dans la formule des résultats observés, on puisse retrouver tous les éléments permettant de reproduire les mêmes effets dans des conditions identiques ou au moins aussi semblables qu'il soit possible.

La solution de ce problème est poursuivie depuis plus de soixante ans, et c'est la multiplicité de ces recherches qui a rendu si manifeste pour tous la nécessité de l'unification des mesures. Et cette fois c'est un congrès international d'hommes spéciaux qui a obtenu un résultat des plus utiles que sanctionneront le bon sens pratique et la bonne foi scientifique. Pour exposer les conclusions du congrès en ce qui intéresse plus particulièrement les médecins, il nous faut cependant rappeler quelques notions qu'il est indispensable d'avoir toujours présentes à l'esprit.

L'électricité est une force qui se manifeste par des phéno-

en dehors de l'existence d'une péritonite aiguë s'observent rarement. Constipation et diarrhée se succèdent alternativement, mais bien des fois la constipation dure pendant longtemps. Le météorisme du ventre s'observe fréquemment. Les urines perdent le plus souvent leur fétidité primitive. Rarement elles sont albumineuses ou sucrées. Des phénomènes du côté des voies respiratoires, ordinairement de nature catarrhale, se présentent quelquefois de bonne heure, mais le plus souvent à une époque plus avancée du mal.

Lorsque la maladie est relativement légère, la fièvre reste souvent, pendant longtemps, sous la forme intermittente et surtout quotidienne (d'après ce qu'il paraît au moins). En évitant alors le lait d'une mère en général cachectique ou phthisique, en livrant l'enfant à une nourrice, on obtient ordinairement la guérison. La rate reste alors tuméfiée, souvent pendant des années (quatre et même cinq) ; mais plus tard le malade, soutenu par de bonnes conditions hygiéniques, peut acquérir une santé parfaite. Pourtant le plus souvent, soit parce que la maladie se développe dans un organisme détérioré ou mal prédisposé, soit à cause de localisations tuberculeuses graves, d'autres complications ou d'un traitement peu approprié, les phénomènes généraux s'accentuent ; la fièvre prend le type rémittent (quelquefois de bonne heure) en oscillant ordinairement entre 39 et 40 degrés ; elle arrive quelquefois jusqu'à 41 degrés ; les pulsations montent jusqu'à 160. Mais le manque de recherches thermométriques sur un nombre suffisant de malades, ainsi que la grande fréquence des complications rendent très difficile la détermination des types pyrétiques propres au ponos. Le développement de la rate continue ; souvent il survient une faible augmentation du foie et plus rarement l'ictère ; les selles deviennent plus fréquentes et diarrhéiques, pendant que l'appétit la plupart du temps se conserve, quoique très souvent perverti.

Quelquefois de courtes rémissions, soit sans aucune cause évidente, soit par suite du traitement, soulagent l'organisme fatigué ; mais, entre autres causes, des écarts, du régime, l'apparition imminente des dents, des complications l'abattent souvent de nouveau. Dans d'autres cas, la maladie n'admet aucune trêve ; la mort survient souvent après un espace de temps variable, par suite de localisations et de complications graves ou par épuisement même. Les localisation morbides qui surviennent en général à cette époque ou plus tard sont très différentes. Une absence de manifestations catarrhales du côté des bronches est rare, une bronchite diffuse et une broncho-pneumomie surviennent très communément, les phénomènes de tuberculose fréquemment, la méningite et la péritonite quelquefois.

La vie se traînant dans l'épuisement et l'affaiblissement, la guérison peut survenir ; mais le malade n'est plus en général capable, comme nous l'avons déjà dit, de recouvrer la santé et meurt plus tard presque fatalement d'une tuberculose confirmée ou d'une scrofulose, s'il n'est pas enlevé par une maladie intercurrente. Mais plus souvent le ponos ne quitte plus le malade ; et l'organisme tombe dans une cachexie irrémédiable.

La fièvre continue avec tous les caractères d'hecticité ; la rate atteint un volume énorme occupant souvent la plus grande partie du ventre. Le durcissement et le gonflement de celui-ci deviennent considérables, mais ils ne sont généralement accompagnés d'aucune douleur. Les veines sous-cutanées se dessinent souvent. Les données de la palpation du ventre sont généralement négatives. La peau déjà noirâtre devient encore plus foncée ; l'œdème envahit les extrémités, la face et le côté sur lequel couche l'enfant ; l'œdème de la face devient fréquemment si intense que le malade est méconnaissable. Des hémorrhagies des gencives et des épistaxis surviennent ordinairement dans cette période, rarement beaucoup plus tôt ou au commencement de la maladie. Des hémorrhagies de l'estomac et de l'intestin sont rares. Des pétéchies sur le corps et des ulcérations des gencives sont très communes. Plus rarement on observe la gangrène des gencives ou d'autres parties de la bouche, la nécrose de l'une ou de l'autre des mâchoires, accompagnée de chute de dents. On a aussi observé le noma avec des destructions étendues, des furoncles nombreux, des éruptions pemphigoïdes, des abcès froids sous-cutanés, fétides, sur les fesses, plus rarement au visage et ailleurs.

La maladie portée à ce point, la mort est presque inévitable. Les évacuations alvines vers la fin deviennent incoercibles, quelquefois dysentériformes (après une diarrhée intense, la diminution ou même la disparition de la tuméfaction de la rate n'est pas rare). L'amaigrissement devient squelettique, la température du corps tombe au-dessous du type normal, les sueurs froides et abondantes se montrent et la mort survient.

Avec une telle variété de marche, la maladie peut durer de deux mois jusqu'à un ou deux ans.

Les circonstances dans lesquelles le malade évite souvent

---

mènes mécaniques, chimiques, thermiques et physiologiques ; de même que la pesanteur, la chaleur et la lumière elle représente des transformations de cette force plus générale qu'on désigne sous le nom d'énergie.

Depuis Volta et par suite de la théorie du contact, on avait considéré la force électromotrice comme celle qui prend naissance au contact de deux métaux différents et qui détermine la séparation des fluides électriques ; mais la théorie du contact a été généralement abandonnée et remplacée par la théorie chimique, ou par la théorie des vibrations, et enfin on a rattaché la force électrique à la conception plus générale de la transformation des forces, et l'on a pu dire dans ce sens, que la force électrique était la différence de potentiel, étant donné que le potentiel d'un corps est la provision de force accumulée dans le corps (Pictet). D'autres enfin confondent la force électromotrice et la tension, ou bien encore, avec le physicien anglais Preece, la force électrique est considérée comme la différence de pression électrique qui détermine le flux de l'électricité.

Quoi qu'il en soit, l'on a pu avec raison comparer le dégagement de l'électricité dans la pile voltaïque à un véritable courant de fluide. Or, ce courant varie suivant des conditions multiples, et c'est précisément la mesure, la nature, la variation de ces conditions qu'il importe d'apprécier.

Le point de départ de toutes ces recherches a pour origine une formule qu'il importe de bien connaître et qui exprime la loi découverte par Ohm et que Pouillet a démontrée expérimentalement. Cette formule s'écrit ainsi : $I = \frac{E}{R}$.

Expliquons-en les symboles : I, c'est l'intensité du courant, E la force électromotrice, et R est la somme des résistances du circuit intérieur de la pile et des réophores plus ou moins compliqués ou allongés formant la résistance extérieure, en d'autres termes la résistance est l'obstacle qu'oppose la matière à l'électricité qui la traverse.

Cette formule exprime cette loi fondamentale de Ohm, à savoir que l'intensité d'un courant est directement propor-

la mort ont été indiquées plus haut. On s'explique pourquoi, lorsque les deux parents sont phthisiques, la mort est presque fatale; pourquoi des enfants conservant un appétit bien vif, surtout pour les liqueurs alcooliques, échappent en général à la mort. C'est dans de pareils cas qu'on a observé la guérison sans aucun traitement, même après une longue durée de la maladie.

Dr Stephanos.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique chirurgicale.

Sur la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère, par M. Paul Reclus.

On n'a guère tenté, que je sache, la réunion primitive des tissus divisés par le thermocautère. Ne dit-on pas que le platine rougi provoque la destruction d'une couche d'épaisseur variable dont les éléments mortifiés s'éliminent? Ce n'est qu'après la chute de l'escharre, et lorsque les bourgeons charnus sous-jacents sont formés, que les surfaces opposées pourraient adhérer et s'unir.

Affirmée en ces termes et d'une manière aussi absolue, cette opinion est erronée. Nous venons d'observer un cas des plus nets où, malgré l'emploi du thermocautère, de larges surfaces juxtaposées avec soin se sont réunies par première intention. Comme une telle assertion semble paradoxale, nous allons brièvement exposer le fait, sans rechercher d'ailleurs si d'autres avant nous l'ont écrit. Peut-être des cas analogues ont-ils été publiés; nous n'en avons pas eu connaissance ou nous en avons perdu le souvenir.

Aidé de nos confrères, les docteurs Brissaud et Minière, nous avons récemment opéré une dame âgée de soixante-deux ans. Elle portait dans la région carotidienne droite une tumeur ganglionnaire cancéreuse dont les limites remontaient, en haut, jusqu'aux attaches du sterno-mastoïdien et atteignaient, en bas, la partie moyenne du cou; le muscle était soulevé et les gros vaisseaux fortement rejetés en avant. Nous avons pratiqué au thermocautère une première incision de 10 centimètres qui, de l'apophyse mastoïde, descendait en suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien; une seconde section perpendiculaire partait de la première vers son milieu, passait par le point culminant du néoplasme et se terminait en arrière, vers la nuque, après un trajet de 8 centimètres environ.

Nous avions ainsi deux larges lambeaux que nous avons détachés avec le thermocautère chauffé au rouge sombre. La dissection fut assez minutieuse et la lame de platine longtemps au contact des tissus. Les deux lambeaux soulevés et maintenus par des rétracteurs, le muscle a été divisé sur la sonde cannelée, toujours avec le thermocautère; le néoplasme était mis à nu; la veine jugulaire interne était comprise en partie dans les tissus dégénérés et, comme nous l'avons souvent vu faire à M. Verneuil, nous avons dû en réséquer, entre deux ligatures, une certaine longueur, 6 centimètres environ; puis la masse ganglionnaire a été extirpée.

Restait une large plaie, très déprimée à son centre, mais assez régulière; deux lambeaux cutanés minces et flexibles, qui s'appliquaient facilement sur les tissus profonds en recouvraient la plus grande partie; cependant, grâce à la rétractilité de la peau, environ un tiers de la solution de continuité était à découvert et formait une étoile à trois branches dont le noyau correspondait évidemment au point où se rencontraient les deux incisions. Si, dans des conditions semblables, la réunion eût pu se faire, si les lambeaux cutanés eussent pu se réunir par première intention, de combien de jours nous aurions abrégé la cicatrisation de cette vaste perte de substance !

La face profonde des lambeaux cutanés était si nette, leur tissu paraissait si peu carbonisé, que nous avons résolu de tenter cette réunion. Après des lavages répétés à la solution forte d'acide phénique et lorsque l'hémostase fut complète, nous avons appliqué nos deux segments de peau sur les tissus profonds; le supérieur directement, sans interposition d'un tube, nous comptions sur la déclivité pour entraîner les liquides; la base du segment inférieur, au contraire, fut drainée par un tube de calibre moyen. Une compression douce a été exercée par une éponge désinfectée, enrobée de tarlatane, et le tout maintenu par un pansement de Lister que nous comptions enlever après vingt-quatre heures.

Mais le lendemain l'état était si satisfaisant, — absence complète de douleur, de tension des tissus, apyrexie, — que nous avons attendu vingt-quatre heures encore. Au bout de quarante-huit heures, lorsque le premier pansement a été levé, la réunion était parfaite, les deux lambeaux, de couleur normale, souples, faisaient corps avec les parties profondes; en aucun point, il n'existait trace de décollement, les bords, le centre étaient adhérents; le drain inférieur a été raccourci; au bout de quarante-huit heures, nouveau pansement; cette fois, le drain a été supprimé, et aujourd'hui, douze jours après l'opération, l'adhésion paraît fort solide. Quant aux surfaces de la plaie laissées à découvert, elles persistent activement et la cicatrisation totale marche fort bien.

Il faut donc admettre que les éléments détruits par le thermocautère étaient de si peu de volume que l'absorption

---

tionnelle à la force électromotrice, et inversement proportionnelle à la résistance.

Pour expliquer comment de cette formule on est arrivé à déduire les unités électriques, il nous faut rappeler encore quelques-uns des principes qui servent à mesurer les forces.

Pour que l'équation de Ohm puisse servir de moyen de mesure, il faut donner des valeurs numériques à ces symboles, et pour cela employer un système d'unités non arbitraire, mais basé sur les unités fondamentales de vitesse, de temps, de longueur et de masse. Jusqu'à présent on a employé dans l'industrie comme unité de mesure de travail le kilogrammètre, c'est-à-dire le travail accompli quand un kilogramme a été élevé à la hauteur d'un mètre, et pour unité de force celle qui appliquée à un gramme pendant une seconde, lui donne une vitesse d'un mètre par seconde; or la pesanteur étant égale à 9,81 fois l'unité absolue de force, le kilogrammètre équivaut à 9810 unités de travail du système métrique.

Ce système, dit absolu, présente certains désavantages dans la pratique, c'est pourquoi les physiciens et les ingénieurs du Comité de l'association britannique ont été amenés à proposer un autre système basé sur l'emploi du centimètre comme unité de longueur, on l'a appelé système Centimètre-Gramme-Seconde, et on le désigne sous les initiales C. G. S. Ajoutons que le congrès, sur la proposition de M. Preece et à la suite d'une discussion mémorable, « a adopté le C. G. S., système électro-magnétique absolu de mesures, comme base d'un système international ».

Le problème à résoudre pour transformer la loi de Ohm en formule applicable au calcul, consiste donc à définir l'unité de résistance R qu'on a appelée Ohm, l'unité de force électromotrice appelée Volt, et par conséquent l'unité d'intensité en unités C. G. S. Cette dernière, avait autrefois été désignée sous le nom de Weber (qui le premier a proposé un système absolu de mesure électro-dynamique, basé sur le millimètre-milligramme) elle devra désormais être désignée sous le nom d'Ampère, si la décision du congrès, comme on est

a pu faire en facilement justice; il faut admettre que, — du moins dans ce cas, — la zone mortifiée était si mince qu'elle a pu être immédiatement traversée par les anses des vaisseaux de formation nouvelle et les cellules proliférées qui vont s'unir à ceux de la surface cruentée opposée. Et il reste acquis qu'un lambeau cautérisé peut s'unir par première intention.

Clinique médicale.

De l'influence de la paralysie infantile sur le développement ultérieur de l'atrophie musculaire progressive, par le docteur P. Oulmont, chef de clinique, et le docteur Neumann.

La paralysie infantile et l'atrophie musculaire progressive reconnaissent pour cause une lésion identique, l'atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle. Que cette téphromyélite soit aiguë ou chronique, et l'on a devant soi les manifestations cliniques les plus différentes. Dans le premier cas, c'est la paralysie infantile qui atteint d'emblée son maximum pour s'arrêter et rétrograder ensuite; dans le deuxième cas, c'est l'atrophie musculaire, lente et insidieuse, mais à marche fatalement progressive. Malgré cette opposition si frappante en apparence, le lien de l'anatomie pathologique réunit puissamment l'une à l'autre ces deux maladies. Bien plus, elles ont une tendance à s'engendrer l'une l'autre : une paralysie infantile survenue dans l'enfance semble favoriser l'apparition, dans l'âge adulte, d'une atrophie musculaire progressive.

La première observation est publiée en 1875 par Raymond, alors interne du professeur Charcot. Il s'agit d'une atrophie musculaire progressive de la jambe et du bras droits consécutive à une paralysie infantile du côté gauche, et surtout du membre supérieur. La même année, Carrier (thèse de Montpellier, 1875) publie une deuxième observation, prise dans le service du professeur Vulpian : ancienne paralysie infantile ayant laissé de la faiblesse dans les membres inférieurs; atrophie musculaire débutant par les membres inférieurs pour se propager plus tard aux membres supérieurs. En 1879, le professeur Hayem communique à la Société de biologie un nouveau fait avec autopsie : atrophie musculaire progressive des membres inférieurs chez un homme atteint de pied bot droit, à la suite d'une paralysie infantile. Peu après Quinquaud publie un cas semblable : atrophie musculaire des membres du côté droit chez un sujet porteur d'un pied bot paralytique du même côté. Enfin Coudoin, dans sa thèse (1879), ajoute aux observations antérieures un fait un peu différent, mais présentant néanmoins de grandes analogies : paralysie spinale de l'adulte, limitée au membre inférieur droit, chez un sujet atteint d'un pied bot paralytique gauche.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer deux faits du même genre : l'un dans le service de clinique du professeur G. Sée, l'autre dans la clientèle civile.

Obs. I. *Atrophie musculaire progressive des membres supérieur et inférieur du côté droit, chez un malade atteint de paralysie infantile du même côté.* — Grass... (Moïse-Magloire), âgé de trente-neuf ans, professeur, entre le 5 juillet 1880 à l'Hôtel-Dieu, 6, salle Saint-Christophe, dans le service du professeur Sée. Il nous raconte qu'à l'âge de onze mois il fut pris d'une forte fièvre et resta quarante-huit heures sans connaissance. Lorsqu'il revint à lui, il était paralysé de tout le côté droit. Cette hémiplégie disparut lentement; à trois ans, elle ne laissait plus de traces.

A vingt ans, des phénomènes nouveaux apparaissent dans le membre supérieur droit : d'abord un engourdissement de la main droite, qui se généralise vite à tout le bras. Bientôt il devient malhabile, a de la peine à tenir sa plume. A ce moment, il remarque l'atrophie commençante de l'éminence thénar. Celle-ci s'étend peu à peu à la main, et enfin à tout le bras. En cinq à six mois l'amaigrissement arrive à ses dernières limites, et le malade peut à peine mouvoir le membre supérieur; de plus, les mouvements sont douloureux, surtout au niveau de l'épaule.

Il entre à Saint-Louis, où Duchenne (de Boulogne), qui le voit, diagnostique une atrophie musculaire progressive, et conseille l'électricité et l'hydrothérapie, mais sans résultat. A vingt-huit ans, il rentre à Saint-Louis, où l'on constate un nouveau signe : une déviation latérale du rachis, à concavité tournée à droite. Sous l'influence du traitement (bains sulfureux, douches, électricité), l'atrophie s'arrête, le bras droit reprend même des forces, et le malade sort au bout de trois mois.

Vers trente-quatre ans, nouveau progrès de la maladie. La jambe droite fléchit en marchant, surtout en montant un escalier. En même temps la déviation rachidienne s'accentue de plus en plus à droite

Actuellement, rien à noter du côté des divers appareils; toutes les fonctions s'accomplissent normalement; seulement une certaine dyspnée quand le malade marche ou fait un effort, due, sans doute, à l'atrophie des muscles thoraciques droits, dont nous allons parler.

Amaigrissement extrême du membre supérieur droit, du côté droit du tronc, et à un moindre degré du membre inférieur droit. Courbure notable du rachis à concavité droite. La force est notablement diminuée dans le bras droit, qui peut cependant exécuter tous les mouvements; le malade traîne la jambe droite, en frottant le parquet du bord externe du pied.

La mensuration donne les résultats suivants :

Sous l'aisselle : bras droit, 19 centimètres; bras gauche, 28 centimètres. Milieu du bras : bras droit, 17 centimètres; bras gauche, 23 centimètres. Milieu de l'avant-bras : bras droit, 13 centimètres; bras gauche, 16 centimètres. Poignet : bras droit, 13 centimètres; bras gauche, 16 centimètres. — Milieu de la cuisse droite, 23 centimètres; gauche, 40 centimètres. Milieu du mollet droit, 32 centimètres; gauche, 34 centimètres.

Examen des muscles en particulier. — Membre supérieur droit.

---

en droit de le croire, obtient l'assentiment des savants et des praticiens.

La formule qui nous sert de base pourrait donc se traduire ainsi :

$$\text{Un-Ampère (unité d'intensité)} = \frac{\text{un Volt (unité de force électromotrice)}}{\text{un Ohm (unité de résistance)}}.$$

Avant de rappeler comment on a pu mesurer le Volt, l'Ohm et l'Ampère, nous rappelons que ces symboles peuvent se représenter par des chiffres et que le congrès est d'accord sur la notation suivante : le Volt représente 10^8 unités C. G. S.; l'Ohm 10^9 C.G.S.

Ces notions étant posées, il nous reste à envisager comment on a pu établir ces évaluations et comment dans la pratique on peut se représenter ces chiffres, par rapport au travail d'une pile et en particulier des applications à l'électro-thérapie.

L'électricité, ou, pour spécifier, l'agent principal de la pile, produisant des effets électro-chimiques tels que la décomposition de l'eau, ou des phénomènes d'attraction et de répulsion, on comprendra facilement qu'on ait pu utiliser ces phénomènes pour la mesure de la force électromotrice.

On a donné le nom d'électrométrie à cette partie des études de l'électricité, et l'on a pu voir à l'Exposition une série d'instruments qui depuis le voltamètre, les électromètres à feuilles d'or, la balance de torsion de Coulomb jusqu'à l'électromètre de Thomson à réflexion et à quadrant, l'électromètre capillaire de Lippmann, le galvanomètre de Déprez, prouvent à la fois les efforts qui ont été faits et le succès qui les a couronnés.

Nous pouvons maintenant considérer la mesure pratique des grandeurs électriques comme un problème résolu et reprenant avec un peu plus de détails l'étude des unités acceptées, nous pouvons les étudier au point de vue pratique.

Mesure de la résistance. — L'Association britannique s'est appliquée à mesurer expérimentalement l'unité de résistance,

— Atrophie du court abducteur du pouce et de tous les muscles de l'éminence thénar. L'aplatissement de l'éminence hypothénar annonce que les muscles de cette région sont également envahis.

A l'avant-bras, tous les muscles sont affectés, tant fléchisseurs qu'extenseurs. Les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras (biceps, brachial, etc.) sont très atrophiés, ainsi que le triceps brachial.

Les muscles de l'épaule, le deltoïde et le sus-épineux en particulier, sont en grande partie détruits.

Tronc du côté droit. — Atrophie notable des pectoraux, moindre et à des degrés divers du trapèze dans sa moitié inférieure, du grand dorsal et du grand dentelé. Rien à gauche.

Membre supérieur gauche. — Les muscles ont conservé leur volume normal. Cependant le malade est gêné dans l'exécution de certains mouvements de la main. Depuis un mois il éprouve des fourmillements dans l'éminence thénar.

Membre inférieur droit. — Atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe, qui s'est localisée : 1° *à la cuisse*, aux muscles adducteurs et au triceps; 2° *à la jambe*, aux muscles de la région antéro-externe (jambier antérieur, extenseur commun et propre du gros orteil, péroniers).

Membre inférieur gauche. — Pas d'atrophie.

L'exploration électrique donne les résultats suivants : contractilité faradique et galvanique intacte pour tous les muscles atrophiés; cependant, pour certains muscles complètement atrophiés, comme les interosseux, la quantité de fibres musculaires n'est plus suffisante pour que le courant puisse y provoquer une contraction apparente. La sensibilité électro-musculaire est normale.

État stationnaire pendant le séjour du malade à l'hôpital. Il sort en septembre.

Obs. II. *Atrophie musculaire progressive des membres supérieurs, et surtout du droit, chez un individu atteint autrefois de paralysie spinale infantile, localisée surtout dans le membre inférieur droit.* — M. X..., âgé de vingt-trois ans, employé de commerce, vient nous consulter dans le courant du mois de février 1881. Ce jeune homme nous raconte que, depuis huit mois environ, il a remarqué, en même temps qu'un notable amaigrissement, une diminution dans les forces et une gêne considérable dans les mouvements des bras et des mains. L'affaiblissement et l'émaciation, qui ont toujours été beaucoup plus marqués à droite qu'à gauche, depuis le début, n'ont fait que progresser, et aujourd'hui la faiblesse est telle que M. X..., ne pouvant plus se servir de sa main droite pour écrire, a dû entièrement renoncer à ses occupations de comptable.

Antécédents. — Le père du malade nous apprend que, vers l'âge de trois ans, son fils a été pris tout à coup, et sans cause connue, d'une fièvre qui dura deux ou trois jours, et qui ne s'accompagna d'aucune éruption cutanée. A la suite de ce mouvement fébrile survint un état paralytique des membres inférieurs, qui persista pendant environ trois mois. Peu à peu les mouvements revinrent dans les deux jambes, et la marche redevint possible. Cependant, depuis cette époque, la jambe droite est toujours restée plus maigre et plus faible que la gauche.

État actuel. — Les membres supérieurs sont amaigris, mais l'atrophie est beaucoup plus accentuée à droite qu'à gauche. Membre supérieur droit : atrophie notable des muscles deltoïde, sus et sous-épineux; au bras, nous trouvons les muscles de la région antérieure (biceps, coraco-brachial et brachial antérieur) très diminués de volume, le triceps est relativement bien conservé; les faces antérieure et postérieure de l'avant-bras sont flasques et amaigries. A la main, la dénutrition est bien plus marquée encore; le relief formé par l'éminence thénar a complètement disparu, tous les muscles de la région ont diminué de volume, le court abducteur du pouce est totalement atrophié; la dépression de l'éminence hypothénar et des espaces interosseux annonce que les muscles de ces régions sont également affectés. — Membre supérieur gauche : la maladie est bien moins avancée qu'à droite, à l'épaule l'atrophie ne porte que sur le deltoïde, les muscles du bras et de l'avant-bras sont bien conservés. Cependant, à la main, nous trouvons une dépression due à l'atrophie du court abducteur du pouce; mais les autres muscles de la région thénar, les interosseux et les muscles de la région hypothénar sont intacts.

Membres inférieurs : à gauche, les muscles ont conservé leur volume normal et les mouvements s'exécutent très bien; à droite, on constate une légère atrophie des muscles du mollet, une atrophie beaucoup plus marquée des muscles de la région antéro-externe et particulièrement du jambier antérieur.

L'exploration électrique, pratiquée avec les courants faradiques et avec les courants galvaniques, nous apprend que la contractilité est conservée dans tous les muscles atrophiés. Seulement, quand on faradise les muscles du membre supérieur droit, et particulièrement ceux de la main, qui sont réduits à un très petit volume, on n'obtient guère de mouvements, ce qui s'explique non pas par la perte de la contractilité, mais par la petite quantité de fibres musculaires restées intactes. La sensibilité électro-musculaire et la sensibilité cutanée sont quelque peu diminuées pour le membre supérieur droit, surtout à la main et à l'avant-bras. La plupart des muscles, lésés dans leur nutrition, sont agités par des contractions fibrillaires.

Le diagnostic, chez notre malade, n'offre aucune difficulté. Nous sommes en présence d'un homme atteint d'atrophie musculaire progressive bien nettement caractérisée, atrophie survenue chez un individu qui a eu autrefois de la paralysie infantile.

Le malade est soumis au traitement par les courants continus.

L'histoire de ces deux malades confirme entièrement les faits cliniques antérieurs. Ces cas deviennent trop fréquents, depuis que l'attention est attirée de ce côté, pour qu'on puisse admettre entre la paralysie infantile et l'atrophie musculaire progressive une simple coïncidence. Rien, du reste, de plus naturel que d'admettre dans une corne antérieure de la moelle un vieux foyer inflammatoire servant d'épine irritative, autour duquel se développe une nouvelle inflammation. Ne voit-on pas, en effet, pour prendre quelques exemples, dans le cerveau, une méningo-encéphalite se développer, après bien des années, autour d'un vieux foyer de ramollissement ou d'hémorrhagie; dans le poumon, une pneumonie mal résolue, laissant un point de pneumonie chronique, devenir l'épine autour de laquelle se formeront des pneumonies aiguës successives.

D'autre part, ce qui confirme cette dépendance de l'atrophie musculaire progressive vis-à-vis de la paralysie infantile,

---

le Ohm, de façon à ce qu'on puisse désormais se servir d'étalons qui soient comparables entre eux. L'étalon du comité de l'Association britannique a été déposé dans le musée de Kew et l'on en a livré des copies dans le commerce. Cet étalon est une bobine de résistance, composée d'un fil métallique de maillechort, recouvert de soie et enroulé en double, la résistance du fil a été préalablement calculée avec soin; le comité de l'Association britannique a pris pour étalon la résistance égale à celle d'une colonne de mercure de $1^{m},0486$ de longueur sur une section de 1 millimètre carré. C'est le Ohm dont on peut donner une définition plus facile à représenter matériellement en le considérant comme équivalent à la résistance qu'oppose au passage du courant un fil télégraphique de 4 millimètres de diamètre et de 100 mètres de longueur.

Il est aisé de concevoir comment en employant des bobines de résistance dont le fil est plus ou moins long, on puisse obtenir des *séries d'étalons gradués* que l'on réunit en un appareil et auquel on donne le nom de *rhéostats*, boîtes ou *caisses de résistance*. Divers modèles ont été exposés, mais la plus pratique de tous en électro-thérapie est la caisse de résistance que M. Gaiffe a construite pour les piles médicales et qui est composée d'étalons réglés à 1/100e près. Cette approximation est suffisante en médecine, et comme le rhéostat médical comporte 40000 Ohms de résistance, on peut faire varier l'intensité des courants dans les limites nécessitées par la pratique.

L'étude de la résistance a conduit à des résultats très importants en effet, le corps humain présente des variétés dans la conductibilité de ses divers tissus, mais la couche cutanée revêtue de son épiderme présente une résistance très grande (elle est égale aux $\frac{49}{50}$ de la résistance totale); c'est pourquoi on a l'habitude d'employer des électrodes humides, trempés dans l'eau acidulée, et formés de larges surfaces (pour les cou-

c'est l'anomalie que présente, dans toutes les observations, le développement de cette atrophie musculaire. Il semble, en effet, que, succédant à la paralysie infantile, elle reste, pour ainsi dire, sous sa direction, et que son évolution soit réglée par celle de la première maladie. Ainsi l'on sait combien il est rare, dans l'atrophie musculaire idiopathique, de voir atteints les membres inférieurs; c'est là un fait exceptionnel. De plus, quand les membres inférieurs sont gagnés par l'atrophie, ils le sont très longtemps après les membres supérieurs. Dans la paralysie infantile, au contraire, les désordres musculaires sont ordinairement bien plus marqués dans les membres inférieurs. Or, dans la plupart de nos cas, l'atrophie musculaire atteint à la fois les membres supérieurs et inférieurs du même côté, ou bien même débute par les membres inférieurs.

En terminant, nous signalons un autre fait qui ressort de l'analyse attentive des observations précédentes : c'est que l'atrophie musculaire apparaît chez presque tous les malades au même âge, c'est-à-dire de quinze à vingt ans. C'est l'âge où toutes les fonctions de l'organisme sont en pleine activité pour le développement de l'individu; ne peut-on pas trouver dans cette circonstance une prédisposition au réveil d'une ancienne inflammation? Il suffit pour cela d'une cause occasionnelle; or, celles-ci ne manquent pas, car c'est vers cette époque que l'enfant apprend un métier, qu'il est soumis à toutes sortes d'influences extérieures suffisantes pour réveiller la maladie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

SUR LA ZONE MANIABLE DES AGENTS ANESTHÉSIQUES, ET SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE CHLOROFORMISATION, par M. *P. Bert*.

Lorsqu'on ajoute à l'air, en proportions croissantes, des vapeurs ou des gaz doués de propriétés anesthésiques, et qu'on fait respirer à un animal ces mélanges successifs, il arrive un moment où l'anesthésie apparaît. Si l'on augmente encore la proportion de la substance médicamenteuse, l'animal finit par mourir. Je désigne sous le nom de *zone maniable* l'intervalle compris entre la dose anesthésique et la dose mortelle.

En déterminant avec soin l'étendue de cette zone maniable avec divers agents anesthésiques (chloroforme, éther, amylène, bromure d'éthyle, chlorure de méthyle) et chez divers animaux (chien, souris, moineau), je suis arrivé à ce résultat singulier, que, dans tous les cas, la dose mortelle est précisément le double de la dose anesthésique.

Le tableau suivant résume les résultats des nombreuses expériences qui m'ont permis d'établir ce fait général.

	Chien.			Souris.			Moineau.		
	Anesth.	Mort.	Rapport.	Anesth.	Mort.	Rapport.	Anesth.	Mort.	Rapport.
Chloroforme.........	9	19	2,1	6	12	2	9	18	2
Bromure d'éthyle....	22	45	2	7,5	1	2	15	30	2
Amylène............	30	55	1,8	15	30	2	30	60	2
Éther...............	37	74	2	12	25	2	18	40	2,1
Chlorure de méthyle.	21 °/₀	42 °/₀	2	12 °/₀	22 °/₀	1,8	12 °/₀	24 °/₀	2

Pour les quatre premières substances, les chiffres indiquent le nombre de grammes du liquide anesthésique ajoutés à 100 litres d'air, puis réduits en vapeur; pour le chlorure de méthyle, c'est la proportion centésimale du mélange gazeux.

La zone maniable est singulièrement étroite, et quelques gouttes de liquide de plus peuvent faire passer le mélange respiré de la dose active à la dose mortelle. Cela est vrai surtout pour le chloroforme : 8 grammes volatilisés dans 100 litres d'air n'endorment pas un chien, 20 grammes le tuent : l'écart est de 12 grammes. L'éther, tout en ayant la même force comme proportion, puisqu'elle va aussi du simple au double, présente infiniment moins de dangers, puisque, entre la dose active et la dose mortelle, il y a un écart de près de 40 grammes. C'est là, incontestablement, la raison de l'innocuité relative dont a fait preuve l'éther dans la pratique chirurgicale.

Le protoxyde d'azote a une zone maniable plus étendue que celle des carbures et chlorocarbures d'hydrogène. Pour ces derniers, elle est de 1 à 2; pour lui, elle est de 1 à 3, comme l'ont prouvé les expériences faites sous pression.

En partant de ce principe et en cherchant, pour obtenir l'anesthésie, à introduire dans l'organisme non plus la quantité, mais la proportion nécessaire, on arrive à donner à l'emploi de tous les anesthésiques la même sécurité qu'à celui du protoxyde d'azote sous pression. Il suffit de faire respirer au patient, non plus avec des compresses ou des barbotteurs, ou tous les appareils compliqués et basés sur le faux principe de la quantité qui ont exercé l'imagination des chirurgiens et des constructeurs, mais tout simplement avec un tube et un petit masque, un mélange convenablement titré d'air et de vapeurs anesthésiques. Il n'y a à s'occuper ni du pouls, ni de la respiration, et la température varie à peine. Seulement, on n'évite pas ainsi les inconvénients inhérents à la substance elle-même, l'agitation des débuts, les malaises et les vomissements consécutifs, et sous tous ces rapports le protoxyde d'azote conserve toute sa supériorité.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet un exemplaire des *Rapports médicaux publiés pour le 2e semestre de 1880 et le 1er de 1881 par la section de statistique de l'administration des douanes européennes de l'empire chinois*.

M. le ministre du commerce et des colonies transmet un télégramme de MM. le docteur *Isoard* (de Marseille) et *Gavard*, vétérinaire, annonçant qu'ils viennent

---

rants continus) soit des plaques, soit des masses de charbon, comme le fait Gaiffe, ou des boules d'argile comme on le préfère en Allemagne. La résistance est bien moindre quand on agit sur les muqueuses, sur les parties mises à nu, et ce sont là des faits que le médecin apprend dès les premiers essais de pratique; mais ces données de résistance ont une importance plus considérable encore lorsqu'il s'agit d'apprécier le rôle des piles employées en électro-thérapie ; c'est qu'en effet, pour vaincre cette résistance il faut des piles possédant elles-mêmes une grande résistance, ce qui s'obtient en associant les éléments en série, en se servant d'éléments très nombreux et petits; c'est pourquoi on ne saurait utiliser les grands éléments pour l'application des courants continus et l'on peut s'étonner de retrouver à l'exposition allemande ces « grandes piles à tout faire » qui malgré les dispositifs les plus compliqués répondent mal à la variété des applications thérapeutiques de l'électricité. La mesure des résistances est également très importante pour les expériences de physiologie, car elle permet le contrôle de la reproduction des phénomènes biologiques de l'électricité.

Mesure de la force électromotrice. — L'unité de force électromotrice ou Volt, par abréviation de Volta, théoriquement correspond à 10^8 C.G.S. unités absolues et force électromotrice ; elle représente la force nécessaire pour faire passer à travers l'unité de résistance 1 Ohm, la quantité d'électricité nécessaire pour dégager par l'électrolyse de l'eau, dans une seconde, 1023 centigrammes d'hydrogène ou 1146 centimètres cubes en volume de ce même gaz à la température de 0° et à la pression 0,760; enfin pratiquement le Volt correspond sensiblement à la force électromotrice d'un élément de Daniell (à cuivre, sulfate de cuivre, zinc amalgamé et eau acidulée), et c'est pour cette raison que le congrès des électriciens a conservé l'ancienne appellation du Volt.

L'évaluation de la force électromotrice des piles que nous employons en médecine pour les courants continus, est faite,

d'observer un cas de *cow-pox* (*Commission de vaccine*). 1° M. le docteur *Foville* envoie une lettre de candidature à la place déclarée vacante dans la section des associés libres (*Commission spéciale*); M. *Ollivier* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale (*Renvoi à la section*); 2° M. le docteur *Symorre* (de Contres) adresse un mémoire sur *Le traitement de la pneumonie par les saignées répétées* (*Commission déjà nommée*); 3° M. le docteur *Pigeon* (de Fourchambault) envoie une note sur *le croup*; 4° M. le docteur *Mabboux* adresse un *Rapport sur le service médical de la quatrième division à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains en* 1881 (*Commission des eaux minérales*); 5° M. le docteur *Burq* envoie une note sur *la dynamométrie musculaire*, d'après ses recherches faites en 1875 à l'École militaire de gymnastique de Joinville-le-Pont (*Commission déjà nommée*); 6° l'Académie reçoit 4 mémoires et 15 lettres de renseignements pour le prochain concours du prix Saint-Paul.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Bonnafont*, deux mémoires ayant pour titres : *Considérations rétrospectives sur l'insalubrité de la plaine de la Mitidja et sur les premiers travaux d'assainissement des marais* et *Quelques effets sur le mirage observés en Algérie pendant l'expédition de la Fatna en* 1837; 2° de la part de M. le docteur *Saboia* (de Rio-de-Janeiro) le Tome II de ses *Leçons de clinique chirurgicale*.

M. *Rochard* présente, au nom de M. le docteur *Fonssagrives*, l'article Opium, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Chéreau* fait hommage de l'article Sorcellerie qu'il vient de publier dans le même Dictonnaire.

M. *Chatin* offre, au nom de M. *Ladreil* (de Dijon) un ouvrage intitulé : *L'art de faire le vin*.

M. *Peter* présente, de la part de M. le docteur *Vergély* (de Bordeaux), un travail manuscrit sur l'*angine de poitrine dans ses rapports avec le diabète*. (Renvoi à une commission composée de MM. Hérard, Marrotte et Peter).

M. *Dujardin-Beaumetz* offre : 1° au nom de M. le docteur *Debiene*, un mémoire sur le *Décollement rétinien et son traitement*; 2° de la part de MM. les docteurs *Tourneux* et *Marlin*, un travail sur le *spina bifida*.

M. *Léon Colin* présente : 1° au nom de M. le docteur *Sommeillier*, le *Compte rendu des épidémies de fièvre typhoïde observée dans la garnison de Grenoble en* 1880 *et* 1881; 2° de la part de M. le docteur *Deboul*, des *Recherches sur les causes de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit actuellement à Rouen*; 3° au nom de M. le docteur *Lebastard* un mémoire sur les *épidémies de congélation* (*Commission des épidémies*).

M. *Blot* offre, de la part de M. le docteur *Adrien Simon*, un mémoire sur *la ligature élastique*; ce mémoire, sur la demande de l'auteur, est admis au concours du prix Godard de 1882.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente un *spiromètre à siphon*, inventé par M. *Maurice Dupont*.

Résection tibio-tarsienne. — Dans la séance du 20 septembre dernier, M. *Polaillon* avait fait connaître une modification au procédé ordinaire de la résection tibio-tarsienne dans certains cas de fracture compliquées du cou-de-pied; M. le docteur *Demons* (de Bordeaux) ayant, quelques jours après, fait parvenir à l'Académie une observation du même genre, M. Polaillon donne lecture du rapport qu'il a été chargé de faire sur cette observation : M. Demons dénude, dans un premier temps, l'extrémité inférieure du tibia et la résèque; cela se comprend, ajoute le rapporteur, quand on veut détruire toutes les connexions qui unissent le tibia à l'astragale, pour fracturer plus commodément le péroné, comme l'a fait M. Richet dès 1874. Mais réséquer d'abord le tibia et réséquer ensuite, dans un second temps, le péroné au-dessus de la malléole externe, c'est se créer de grandes difficultés et s'exposer à léser les tendons, les vaisseaux et les nerfs de la région du cou-de-pied. M. Polaillon, au contraire, sectionne d'abord le péroné au-dessous de la malléole externe, dénude dans un second temps l'extrémité inférieure du tibia; cela fait, rien n'est plus facile que de luxer le pied au dehors, de faire saillir les deux os de la jambe et de les couper par un trait de scie exactement au même niveau, sans risquer de couper ou de léser les nombreux organes qui entourent l'articulation du pied. Quoi qu'il en soit, ces divers procédés, suivant l'expression de M. Polaillon, confirment l'utilité de la conservation de la malléole externe dans la résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe.

Inoculation de la péripneumonie contagieuse. — Depuis que M. Bouley est venu présenter à l'Académie, le 6 septembre, un enthousiaste plaidoyer en faveur de l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, la discussion s'engage de temps en temps sur ce sujet ou plutôt à propos de ce sujet. Grâce à M. Jules Guérin, en effet, toutes les découvertes récentes sur le rôle des microbes dans la pathogénie des maladies virulentes, sur les formes plus ou moins atténuées de ces affections, sur les virus-vaccins et la méthode générale de vaccination qui semble en pouvoir résulter, n'ont pas tardé à être mises en question et même le débat s'est élevé aux controverses philosophiques, sur la prédominance de l'observation, sur l'expérimentation, et de celle-ci sur la première, sans compter la prédominance de l'expérience sur elles deux.

Il suffit de se reporter aux comptes rendus qui ont été donnés à cette place des débats antérieurs, pour connaître le débat d'aujourd'hui entre MM. Bouley et Jules Guérin; le premier maintient la valeur de l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse, la non-identité du charbon symptomatique (à bactéries) et de la fièvre charbonneuse (à bactéridies), telle qu'elle résulte des récentes recherches de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, et reprenant l'histoire des expériences qui ont donné lieu à la découverte de ces faits, il s'efforce d'établir la supériorité de l'expérimentation sur l'observation simple, comme méthode d'arriver à la découverte des vérités scientifiques. M. Jules Guérin réitère ses critiques contre l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse, ne peut admettre l'existence de deux charbons, considérant qu'ils sont les formes ébauchées d'une seule et même affection, suivant la théorie qu'il a depuis longtemps émise pour diverses maladies et il déclare que l'expérimentation, qu'il ne faut pas d'ailleurs confondre avec l'expérience, n'a d'autre valeur, comme méthode scientifique, que de contrôler les résultats acquis déjà par l'observation.

Anomalie de trois membres par défaut; amputations congéniales des auteurs. — M. le docteur *Lannelongue*

---

ou plutôt devrait toujours l'être, par les fabricants, parce qu'elle est une opération assez délicate; heureusement on connaît avec une approximation suffisante la force électromotrice des piles les plus habituellement employées. C'est ainsi que l'élément Daniell donne 1,079 à 0,978, l'élément Grove 1,956, l'élément Bunsen 1,734, l'élément Leclanché 1,61, la pile secondaire Planté 2,28. Il y a des moyens approximatifs de mesurer la force électromotrice dans le cours même des expériences. Le voltamètre à eau qui permet de recueillir et de mesurer dans deux cloches graduées la quantité d'oxygène et d'hydrogène produite en un temps déterminé est d'un emploi très facile, et il doit faire partie de l'arsenal du médecin électricien; il est fort utile dans le cabinet d'opérations ou le laboratoire, mais il est difficilement transportable et nous allons voir que la mesure de l'intensité du courant peut être obtenue plus facilement.

Mesure de l'intensité. — L'unité d'intensité acceptée par le congrès a reçu le nom d'Ampère, on l'avait autrefois désignée sous le nom de Weber, mais comme on s'est servi de ce même nom dans des acceptions différentes, il a fallu adopter une qualification nouvelle et les découvertes d'Ampère ont bien mérité cet hommage rendu à sa mémoire. L'Ampère est donc l'unité d'intensité pratique c'est-à-dire que l'Ampère représente l'intensité d'un courant ayant une force électromotrice égale à 1 Volt avec une résistance de 1 Ohm. En d'autres termes, c'est approximativement, la quantité d'électricité fournie par un élément Daniell traversant, en l'espace d'une seconde, 100 mètres d'un fil télégraphique de 4 millimètres de diamètre. On peut calculer l'Ampère théoriquement, mais on a cherché à le déterminer expérimentalement, alors que cette unité s'appelait Weber. On a trouvé ainsi que l'Ampère est la quantité qui décompose 376 centigrammes d'eau par seconde; on s'est aussi servi de l'électro-dynamomètre (Siemens) (Helmholtz), du galvanomètre des tangentes de Pouillet, de l'électromètre capillaire de Lippmann, et tous ces appareils ont figuré à l'exposition, mais le plus ori-

présente à l'Académie un enfant vivant, venu au monde affecté de mutilations congéniales multiples.

Cet enfant est né à Saint-Didier, le 29 août dernier, d'une mère primipare mariée depuis dix mois. L'accouchement eut lieu sans entraves, après cinq heures de douleurs, trois semaines avant terme. La grossesse avait été bonne et la mère, durant la gestation, n'a pas fait de chute et ne s'est exposée à aucun violent effort. Les parents ne sont pas consanguins et jusqu'à la troisième génération on ne trouve chez les ascendants aucune difformité congéniale; une sœur du grand-père paternel est idiote et vit encore. Lorsque l'enfant est venu au monde, la tête et le tronc étaient bien conformés; il n'en était pas de même des membres.

Membre inférieur droit. — Il existe sur la jambe, à l'union du tiers moyen, avec les deux tiers supérieurs, un sillon profond, qui a divisé les parties molles presque jusqu'au squelette; le fond de cette rainure est formé par la peau non ulcérée. Ce sillon s'est creusé de près des deux tiers de sa profondeur dans un intervalle de temps de deux mois et demi. Le pied de ce membre est éléphantiasique, il est dévié en varus. Les cinq orteils de ce pied sont amputés et présentent des moignons qui ne comprennent qu'une partie de la première phalange; ces moignons sont déprimés en cupule, la cicatrice est au centre du disque.

Membre inférieur gauche : *Pied gauche.* — Les trois premiers orteils de ce pied se terminent par moignons aplatis ou conoïdes ne contenant qu'une ou deux phalanges. A la naissance, les extrémités de ces orteils existaient encore et elles se trouvaient reliées par un pédicule; ce pédicule s'est aminci dans les jours qui ont suivi la naissance, et les orteils sont tombés successivement dans la première quinzaine de la vie extérieure de l'enfant. Le quatrième orteil paraît complet comme squelette; mais il présente à un demi-centimètre de son extrémité un sillon demi-circulaire qui occupe exclusivement la face dorsale de l'orteil. Ce sillon est profond de 1 millimètre au moins.

Main gauche. — L'index seul présente une amputation de la troisième phalange; mais tous les autres doigts, sauf le cinquième, présentent des sillons et des déformations. Les sillons sont entièrement circonférenciels ou demi-circulaires ou moins longs encore; ils sont plus ou moins profonds. Il en est qui ont pris 2 millimètres de profondeur; une peau plus fine, rosée, en fait le fond. Un doigt porte plusieurs rainures. Au-dessus du sillon, c'est-à-dire vers le tronc, les doigts sont normaux; au-dessous, vers l'extrémité, ces organes sont déformés, augmentés de volume; le gonflement part du sillon et s'atténue à mesure qu'on s'en éloigne; il est d'autant plus fort que le sillon est plus accusé. Comme, à la jambe droite, les sillons se sont creusés depuis la naissance, la déformation des doigts s'est aussi notablement accrue : aujourd'hui, ces organes sont difformes.

En résumé, cet enfant était affligé à sa naissance d'amputations multiples, les unes complètes, les autres incomplètes. Le travail d'exérèse a continué après la naissance et il a perdu trois orteils; de plus, les rainures des parties molles se sont notablement approfondies. Ce simple énoncé fait voir combien il est difficile d'expliquer par une action mécanique la formation de ces sillons partiels ou complets et circonférenciels qui sont le premier degré de l'amputation. Sans méconnaître l'influence des brides ou de liens constricteurs dont l'action ne saurait être contestée depuis que Montgomery en a démontré l'existence, néanmoins, je crois qu'on a exagéré en rattachant tous ces faits à une même pathogénie. Je donne dans mon mémoire un ensemble de raisons qui me paraissent décisives. L'exemple actuel n'est pas d'ailleurs unique, et Menzel (*Archiv f. klin. Chirurgie*, XVI° vol., 3° fasc., p. 667), Guyot (*Arch. de médecine navale*, t. XXXII, p. 440) ont publié des observations absolument identiques; ceci me conduit tout naturellement à rapprocher l'affection congéniale dont est atteint cet enfant de la maladie décrite pour la première fois sous le nom d'*ainhum* (serrer) par le docteur Da Silva Lima, de Baya (traduction par M. Le Roy de Méricourt, in *Arch. méd. nav.*, t. VIII, 1867). L'ainhum commence par une dépression un peu moins que demi-circulaire qui se creuse sans cesse au point que le doigt finit par être réduit à un mince pédicule au niveau du sillon; le squelette lui-même ne résiste pas. Au-dessous du sillon, le doigt se déforme. Il est aujourd'hui démontré que l'ainhum existe chez les Hindous aussi bien que chez les nègres du Brésil; Menzel l'a décrit en Europe sous le nom de dactylose spontanée. Enfin, M. Guyot a le premier décrit l'ainhum congénital chez les Nègres. Il n'est que juste de rappeler que Mirault (d'Angers) et le professeur Verneuil avaient aussi décrit, en 1863 (*Affection singulière par Mirault*, commentaires par M. Verneuil, in *Gaz. hebd.*, t. X, 1863, p. 112 et 131), une affection qui a la plus grande analogie avec les faits précédents. L'examen histologique de ce sillon, qui est le point culminant de l'ainhum, a démontré que les lésions sont les mêmes dans l'ainhum de l'adulte que dans l'ainhum congénital et elles sont aussi les mêmes que dans la sclérodermie. Wucherer (Da Sylva Lima, dans *Arch. de méd. nav.*, t. VIII, 1867), Menzel, Suchard (Voy. mon mémoire présenté à l'Académie de médecine le 22 novembre 1879) ont trouvé un épaississement notable de l'épiderme et un amincissement du derme du sillon. Les papilles y ont disparu, les glandes y font défaut ainsi que les fibres élastiques; les vaisseaux sont moins nombreux. Le derme est plus dense, plus fibreux, et le tissu conjonctif sous-dermique a subi la même transformation. A mesure que l'anneau se rétrécit, les couches profondes sont envahies par le tissu fibreux; le squelette, enfin, se creuse, et à sa place on ne trouve plus qu'une néoplasie conjonctive dense. La peau, devenue ainsi cicatricielle, fait l'office d'un lien circulaire dont l'anneau se rétrécit sans cesse. Au-dessous du sillon, la dégénérescence graisseuse envahit tous les tissus; on a constaté la disparition d'une ou de deux phalanges.

On le voit, ajoute l'auteur, en lui-même le processus est identique à celui de la sclérodermie; c'est une sclérodermie annulaire ou circonférencielle. Mais il reste encore à connaître l'influence sous laquelle se développe cette variété si singulière de rétrécissement annulaire qui n'est en rapport avec aucune distinction connue des nerfs périphériques, ni avec aucune des artères terminales des nerfs des extrémités des membres; ce point est malaisé à interpréter. — L'examen de l'observation présentée par M. Lannelongue est confié à une commission composée de MM. Verneuil, Tillaux et Duplay.

---

ginal est certainement le galvanomètre de M. Marcel Déprez, qui repose sur un principe nouveau; il est constitué par un fer doux très léger placé dans le champ magnétique intense d'un grand aimant à fer à cheval, les déviations indiquées par une longue aiguille sont proportionnelles aux intensités, du moins dans une certaine limite, et l'on peut ainsi mesurer le courant en unités d'intensité, en Ampères.

L'intensité que nous avons à employer en médecine est des plus faibles, c'est pourquoi on avait adopté comme unité le millième du Weber auquel on substituera désormais le milliampère; et pour un galvanomètre d'intensité devant servir aux médecins, il suffira d'avoir des graduations variant entre 0 et 50 milliampères, puisqu'on emploie habituellement des courants continus d'une intensité variant entre 5 et 30 milliampères.

C'est encore M. Gaiffe qui a le premier, en France, construit le galvanomètre médical, et en Allemagne, à Leipsick, Stobzer et Sohn, ou d'autres fabricants de Munich ou de Berlin ont construit des galvanomètres analogues qui, nous devons le regretter, ne correspondent pas à ces mesures que le congrès des électriciens vient de rendre internationales.

Nous pouvons nous arrêter dans cet exposé pour jeter un coup d'œil sur les conclusions pratiques qui s'établissent logiquement. Le médecin est actuellement, pour ce qui concerne l'emploi des *courants continus*, en puissance de mesurer l'intensité du courant au moment où il l'emploie. Cette intensité se dose comme le médicament le plus précieux, ou le plus énergique, et de plus, il est facile d'en suivre sinon l'absorption du moins la distribution à travers l'organisme, chaque applications devient une expérience d'électro-physiologie et peut servir de base à des observations rigoureuses.

En effet, pénétrons dans le laboratoire du médecin qui sait employer l'électricité sans même qu'il prenne les épithètes d'*électro-thérapeute* ou d'*électro-thérapiste*, mais à condition qu'il considère comme appartenant à la pratique

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Tuberculose miliaire aiguë du pharynx: M. Millard. — Rapport sur les maladies régnantes: M. E. Besnier. — Syphilis amygdalienne: M. Féréol. — Traitement des phthisiques par l'alimentation forcée: M. Debove.

M. *Millard* présente à la Société un jeune garçon de dix-sept ans, entré le 31 octobre dans son service pour une affection de la gorge dont il souffrait depuis un mois environ. Ce malade, pâle, d'un aspect chétif, ressentait au niveau de l'isthme du gosier, surtout au moment de la déglutition, des douleurs vives s'irradiant dans l'oreille droite; la dysphagie, très prononcée, déterminait du rejet des boissons par le nez. La voix n'était pas nasonnée. Quelques personnes qui examinèrent le malade à ce moment pensèrent à une angine diphthéritique; mais M. Millard crut pouvoir affirmer le diagnostic de tuberculose initiale du voile du palais et du pharynx. Les signes objectifs étaient, en effet, entièrement semblables à la description de cette affection donnée par Isambert et aux lésions de tuberculose linguale signalées par M. Féréol : les piliers du voile, inégaux et boursouflés, présentaient un semis de petites taches blanchâtres et de points jaunes dont la valeur, pour le diagnostic, a été spécifiée par presque tous les observateurs; des lésions analogues se montraient sur quelques points du pharynx. Il a présenté, quatre jours après son entrée à l'hôpital, une otite suppurée avec perforation de la membrane du tympan; depuis quelques jours la voix est enrouée, et l'examen laryngoscopique révèle un boursouflement assez marqué de l'épiglotte et des arythénoïdes, surtout du côté droit, avec semis de points jaunes tout semblables à ceux de la gorge. Les testicules sont sains. Le pronostic semble fatal; ce malade dépérit rapidement, bien qu'on ne constate aucun signe de tuberculose pulmonaire, et la durée de l'affection paraît ne pas devoir dépasser quelques mois.

M. *E. Besnier* a récemment soigné avec M. Trélat un malade atteint d'une glossite dont la véritable nature resta longtemps indéterminée, et qui succomba plus tard à l'évolution de la tuberculose pulmonaire. L'apparition des lésions du poumon permit, pendant la vie du malade, de porter le diagnostic de glossite tuberculeuse. L'hésitation n'est d'ailleurs possible que s'il n'existe pas d'ulcération; dans le cas contraire, l'extrême sensibilité de l'ulcère tuberculeux et les granulations jaunes dont il est parsemé révèlent suffisamment sa nature.

M. *Millard* a employé comme traitement local, chez son malade, des badigeonnages avec la teinture d'iode unie à la teinture d'aconit, qui n'ont pu être supportés à cause de la vive douleur qu'ils déterminaient; il se propose d'essayer les attouchements avec la glycérine morphinée. Le régime est institué aussi tonique que possible.

M. *Ducazal* signale les excellentes propriétés de la teinture de coca pour l'anesthésie du pharynx.

— M. *Besnier* donne lecture de son *rapport sur les maladies régnantes* pour les mois de juillet, août et septembre 1881. La température moyenne a été de + 17°,4; la hauteur des eaux de pluie de 175 millimètres; la tension électrique forte. Les vents dominants ont soufflé du nord et de l'ouest en juillet et août; ils sont devenus variables en septembre. La mortalité générale a dépassé de 640 la moyenne du trimestre correspondant calculée pour les neuf dernières années. — La *pneumonie* a présenté une diminution de fréquence et de gravité normale pour le troisième trimestre. Les cas de *pleurésie* ont été plus rares également, mais le coefficient mortuaire a peu varié avec la saison. La *diphthérie* a offert une légère atténuation saisonnière de l'épidémie, qui reste néanmoins toujours grave; l'ascension de sa courbe multi-annuelle n'est pas interrompue. On a pu constater, dans les hôpitaux, une atténuation dans la morbidité et la mortalité, comparativement aux deux trimestres précédents: elle a fourni 285 cas, dont 173 mortels, c'est-à-dire 60 pour 100. Les *fièvres éruptives* ont présenté une diminution de morbidité et de mortalité depuis le mois d'août, excepté pour la scarlatine. La *variole* a atteint son hypogée estivale régulière : 211 décès au lieu de 296 dans le trimestre précédent. Dans les hôpitaux, on a relevé 504 cas de variole, ayant fourni 87 décès, soit 17 pour 100, tandis que dans le trimestre précédent on comptait 694 varioleux et 164 décès, soit 23 pour 100. La *scarlatine*, tout en restant bien inférieure en morbidité et mortalité à la même maladie dans la ville de Londres, présente cependant à Paris une ascension multi-annuelle continue et inquiétante. Après avoir atteint un minimum de 60 décès en 1878, elle s'est depuis constamment montrée plus sévère : 356 décès en 1880, et déjà 406 pour les neuf mois écoulés de 1881. L'épidémie de *fièvre typhoïde* de cette année est grave et se place immédiatement après celle de 1876. Elle a subi une accentuation normale pendant l'été, et a fourni 435 décès, alors que la moyenne du trimestre correspondant, pour les neuf dernières années, est de 322. La morbidité est plus considérable chez les hommes, mais le coefficient mortuaire est plus élevé pour les femmes, si bien que l'équilibre se trouve ordinairement rétabli entre les deux sexes; l'écart a été plus prononcé pendant le dernier trimestre : 536 malades hommes ont fourni 110 décès, soit 20 pour 100, tandis que 296 malades femmes ont donné 70 décès, soit 23 pour 100. M. E. Besnier regrette de n'avoir pas de documents relatifs à la question,

médicale l'usage d'un moyen thérapeutique dont la puissance ne saurait être nécessaire; dans ces conditions nous trouverons ce médecin renseigné sur la force électromotrice des piles qu'il emploie, muni des voltamètres qui en peuvent faire mesurer l'intensité, de la caisse à résistance et du rhéostat qui permettent de faire varier la résistance et par conséquent l'intensité. La formule $I = \frac{E}{R}$ brillera dans l'esprit de l'observateur comme le phare conducteur, et c'est en parlant des Ohms, des Volts, des Ampères, des Coulombs et des Farads qu'il s'inspirera des notions les plus positives, les plus vraies de cette partie de la science que nous appelons l'électrologie.

A. HENOCQUE.

(*A suivre.*)

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Magnan reprendra, dans l'Amphithéâtre de l'Admission, ses leçons cliniques le dimanche 27 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Ses leçons porteront plus spécialement cette année sur les *dégénérescences intellectuelles* et les *formes chroniques de la folie.*

INSPECTION DES VIANDES. — Les examens à l'emploi de micrographe-expert, pour l'inspection des viandes de porc de provenance étrangère, antérieurement annoncés au *Journal officiel*, sont ajournés jusqu'à une époque encore indéterminée.

CHOLÉRA. — Une dépêche officielle de Djeddah confirme la recrudescence du choléra à la Mecque. Du 2 au 6 novembre, on a constaté 635 décès. On signale beaucoup de cholériques parmi les pèlerins arrivant à Djeddah.

FIÈVRE JAUNE. — L'état sanitaire est toujours mauvais à Saint-Louis; il y a encore eu deux décès de fièvre jaune dans cette ville, le 1er et le 3 novembre; Gorée en a eu deux aussi; à Dakar, il n'y a eu qu'un seul décès le 17 octobre.

si intéressante à tous les points de vue, de la *fièvre typhoïde dans l'armée.* Sans parler de la mortalité effroyable causée par ce fléau dans nos corps expéditionnaires d'Afrique, ou des recherches qui seront si nécessaires pour pouvoir établir l'histoire authentique de cette déplorable épidémie, et formuler des avis utiles pour l'avenir, ne serait-il pas désirable que l'on connût l'influence nosogénique et en particulier typhogénique des services de la réserve et des manœuvres d'automne. M. E. Besnier fait appel à ses collègues de l'armée pour obtenir, si des difficultés d'administration, de politique ou de hiérarchie ne s'y opposent pas absolument, communication des documents relatifs à ce sujet. Déjà M. Kiener a signalé, dans son service du Val-de-Grâce, pendant le mois de septembre, un grand nombre de typhiques, dont les deux tiers gravement atteints; cette proportion exceptionnelle de complications adynamiques paraît résulter des fatigues et de l'épuisement éprouvés par des soldats ayant pris part aux manœuvres aux environs de Chartres, et qui avaient dû subir un long transport en chemin de fer ou dans des voitures d'ambulance. On peut, à la rigueur, admettre, dit en terminant M. E. Besnier, que les exigences d'une guerre effective ne permettent pas de donner à une agglomération d'hommes tous les soins nécessaires pour la conservation de leur santé; mais lorsqu'il s'agit d'une guerre fictive et de manœuvres d'instruction, n'est-il pas possible d'organiser les choses d'une manière moins funeste à la santé et à la vie de soldats improvisés? C'est là une question qui intéresse, non plus seulement une armée, mais la nation tout entière.

— M. *Féréol* présente à la Société le malade qu'il avait amené déjà dans la séance du 13 mai (voy. le numéro du 20 mai). Cet homme a suivi, depuis cette époque, un traitement spécifique, et ses amygdales sont aujourd'hui absolument guéries. On voit encore au niveau du dos une éruption de syphilides papulo-squameuses assez persistante, ce qui est fréquent chez les sujets qui ont été atteints de gale.

M. *Martineau* rappelle qu'il avait diagnostiqué, au mois de mai, chez ce malade, une hypertrophie syphilitique amygdalienne avec syphilides érosives, lésion très commune surtout chez les femmes.

M. *E. Besnier* proteste contre la fréquence de cette lésion. Le malade de M. Féréol était atteint d'une affection très rare des tonsilles, dont la nature ne pouvait être établie par les seuls signes objectifs, mais que démontrent aujourd'hui l'évolution de la syphilis et le succès du traitement.

— M. *Debove* lit une note sur *le traitement des phthisiques par l'alimentation forcée.* Il rappelle que parfois l'anorexie et les difficultés de nutrition résultent, non d'une lésion du tube gastro-intestinal, mais du dégoût qu'éprouvent les malades pour les aliments; il a observé une hystérique qui, dans des conditions semblables, finit par mourir d'inanition. C'est là également une grande cause du dépérissement chez les phthisiques contre laquelle toutes les ressources de la thérapeutique échouent le plus souvent. Pensant que l'appétit et la faculté de digestion sont deux éléments dissociés, puisque l'on peut administrer et faire tolérer à des malades, sous forme de capsules, des médicaments qu'ils rejetteraient à coup sûr sans cette précaution qui supprime le dégoût, M. Debove eut l'idée de nourrir les phthisiques au moyen du tube de Faucher. Ses premiers essais, qu'il a décrits dans la dernière séance, ont fort bien réussi, et le malade dont il a parlé a engraissé, depuis six semaines de ce traitement, d'environ 82 grammes par jour. L'état général s'est amélioré d'une façon surprenante; les digestions sont faciles et la diarrhée a cessé ainsi que les sueurs nocturnes; l'expectoration a diminué, et si les signes stéthoscopiques cavitaires persistent, du moins les signes bronchiques ont disparu. M. Debove a soumis depuis au même traitement un autre malade atteint de phthisie à la seconde période; mêmes résultats locaux et généraux; en vingt jours il a augmenté de poids, de 192 grammes par jour. L'analyse de l'urine a révélé une augmentation de l'urée (34 grammes au lieu de 16) une diminution dans la quantité d'urine (1600 grammes au lieu de 2300) et l'apparition de l'albuminurie, tenant sans doute à l'ingestion du blanc d'œuf cru mélangé au lait. Chez un troisième phthisique, arrivé à la dernière période, le lait déterminant de la diarrhée a été remplacé par du bouillon; les résultats sont certainement très bons, cependant le malade perd chaque jour 50 grammes de son poids; il est vraisemblable que, dans ce cas, le traitement ne peut compenser les pertes, mais les rend du moins beaucoup plus faibles. M. Debove emploie la sonde à mandrin dont il est l'inventeur et ne pratique pas le lavage de l'estomac avant d'injecter les aliments; il a reconnu cette manœuvre inutile. Il fait remarquer que l'on pourrait de la même manière introduire des substances médicamenteuses : huile de foie de morue, bismuth ou autres. Ce mode d'alimentation peut du reste être précieux dans un certain nombre d'autres maladies; il l'a également employé chez une hystérique offrant du spasme du pharynx et a obtenu la disparition de tous les accidents sous l'influence de l'amélioration de l'état général. Dans un cas d'ulcère de l'estomac il a pu faire tolérer le régime lacté exclusif dont le malade ne voulait plus entendre parler, et la guérison marche rapidement depuis lors : le malade a engraissé de 3 kilogrammes en neuf jours.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Taille hypogastrique. — Récidives de la coxalgie. — Elongation du nerf lingual — Ulcération tuberculeuse de la langue. — Perforation du voile du palais; oblitération avec la luette renversée. — Présentation d'un instrument.

M. *Périer* communique deux observations de taille hypogastrique qui ont été l'occasion d'un rapport à l'Académie de médecine. Un homme de cinquante-trois ans s'introduisit, le 15 novembre 1880, un tuyau en caoutchouc de 70 centimètres de longueur dans l'urèthre; à la suite de ce tube, il passa un ajutage en fer-blanc et un autre tube en caoutchouc. Quand il voulut retirer ce système, le premier tube resta dans la vessie. Quatre mois après l'accident, le malade entra à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Périer endormit le malade, fit le ballonnement du rectum d'après le procédé de Petersen et passa dans la vessie une sonde métallique à robinet pour injecter une solution phéniquée. Le pessaire placé dans le rectum contenait de l'eau tiède. Incision de quatre travers de doigt sur l'hypogastre; incision de la paroi vésicale et extraction du corps étranger. L'eau du pessaire rectal s'étant écoulée, la vessie se retira assez profondément derrière le pubis; il eût été difficile de la suturer alors. On place un tube en caoutchouc dans la vessie; pansement antiseptique. Le tube en caoutchouc ne peut fonctionner comme siphon. La cicatrisation était complète le vingt-huitième jour.

Homme de cinquante-cinq ans, entré à l'hôpital le 8 mars 1881. Calcul vésical dur et volumineux. Urines purulentes, hématurie. La lithotritie et la taille périnéale n'étaient pas indiquées. M. Périer pratique la taille hypogastrique comme précédemment. Le calcul pesait 31 grammes et avait 44 millimètres de diamètre. L'état général resta mauvais. Mort cinq jours après l'opération. Les reins étaient altérés. Pas d'infiltration purulente ni urinaire autour de la plaie.

L'infiltration urinaire est une complication mécanique qu'on pourra toujours éviter par un bon drainage. L'infection

urineuse, due au contact de l'urine avec la plaie, sera combattue par les antiseptiques locaux. La suture de la vessie ne réussit pas souvent, parce que le catgut se résorbe en deux ou trois jours et on s'expose ainsi à des infiltrations.

M. *Théophile Anger :* Comme M. Périer, M. Anger a eu parfois de la peine à atteindre dans le bassin les lèvres de la plaie vésicale. Pour éviter cette rétraction, il a fait construire un instrument composé d'une sonde creuse ayant pour mandrin une chaîne articulée. Quand on pousse le mandrin, la chaîne qui est cannelée fait saillie en décrivant une courbe suivant la courbe de la paroi antérieure de la vessie; le mandrin soulève cette paroi et l'applique contre la paroi abdominale à travers laquelle on peut sentir la cannelure pour couper la vessie. En mettant une pince sur chaque lèvre de l'excision, on retire facilement le calcul ou le corps étranger. On obtient donc le même résultat qu'avec le ballonnement du rectum. Quand le calcul est très volumineux, on ne peut faire saillir le mandrin; il faut alors recourir au ballonnement rectal. Des deux malades opérés par M. Anger, l'un, âgé de soixante-quatorze ans et atteint de la pierre, a guéri; l'autre est mort d'un abcès rénal suivi de péritonite.

M. *Monod* a suturé la vessie assez facilement sans instrument spécial. Subervielle, Amussat, Delmas ne suturaient jamais, M. Périer a renoncé à la suture de la vessie. Dans l'avenir, M. Monod ne fera ni suture de la vessie ni suture de l'abdomen; la suture de la paroi abdominale seulement lui paraît dangereuse.

M. *Périer :* Si la vessie a été difficile à atteindre, c'est parce qu'on avait dégonflé le ballon rectal. M. Périer suture la paroi abdominale, mais il laisse une plaie suffisante; il suture seulement ce qui est en trop dans la plaie abdominale.

— M. *Verneuil*, pour donner une idée nette de ce qu'il entend par récidive de la coxalgie, cite une observation. Garçon de quatre ans et demi, de bonne constitution, atteint de coxalgie à l'âge de vingt-deux mois. On applique une gouttière de Bonnet sans endormir le malade. Au bout de dix mois, on crut la guérison assurée, l'enfant marcha. Mais après quelques mois, la claudication reparaît, le membre se raccourcit, et les reins se cambrent.

Le 20 octobre dernier, M. Verneuil voit l'enfant un an après la suppression de la gouttière. Les muscles adducteurs et couturier étaient contracturés; les fessiers étaient atrophiés; impossibilité d'étendre le membre. L'enfant fut endormi et placé dans une gouttière. Cet enfant n'avait jamais souffert ni montré des signes d'inflammation.

— M. *Polaillon* communique une observation d'élongation du nerf dentaire. Homme de cinquante-huit ans, cultivateur, entré le 3 août dernier à l'hôpital de la Pitié, pour une névralgie de la cinquième paire à droite durant depuis trois ans. Depuis ce temps, le malade ne dort pas, il éprouve des douleurs atroces au niveau des points sus-orbitaire, sous-orbitaire, du côté du nerf lingual, mais surtout du côté du nerf dentaire inférieur.

Le bromure de potassium, le chloral, l'aconitine ne donnèrent aucun soulagement; M. Polaillon songea à faire l'élongation. Le 6 septembre, le malade prit 2 grammes de chloral et fut chloroformisé ensuite. Une couronne de trépan fut appliquée sur la branche montante du maxillaire inférieur, à 2 centimètres au-dessous de l'échancrure sygmoïde, comme le conseille Warren. La couronne avait 13 millimètres de diamètre. Le nerf dentaire fut attiré au dehors et étiré, élongé; suture de la plaie, en laissant un fil pour retrouver le nerf si la résection devenait nécessaire.

Le 10, nouvelle crise très douloureuse, mais un peu atténuée dans le domaine du nerf dentaire. Le 11, le fil de catgut était résorbé. Les médicaments, qui étaient sans effet avant l'opération, calment la douleur. Le 22, le malade ne souffre plus et quitte l'hôpital. Le 6 novembre, le malade est toujours guéri. L'élongation a donc suffi pour faire disparaître les douleurs, non seulement sur la branche étirée, mais aussi dans les autres filets de la cinquième paire.

— M. *Trélat* fut consulté l'an dernier par un malade déjà en traitement. Ce malade souffrait de l'extrémité de la langue, qui était gonflée, et ne pouvait parler. Il avait subi de nombreuses cautérisations que M. Trélat défendit sur-le-champ. Dix jours après, le malade fut examiné de nouveau; les ganglions n'étaient pas engorgés; la partie postérieure de la langue était saine. Le quart antérieur était envahi par un ulcère *sans épaisseur*, mais étendu : on y voyait des points grisâtres sans analogie avec l'épithélioma ulcéré. M. Besnier soignait le malade pour une pelade; il trouva, comme M. Trélat, que l'ulcère ne se modifiait pas et était toujours douloureux; les mois se passaient sans amélioration.

Au bout de cinq mois, le malade était beaucoup affaibli; M. Trélat ne le revit plus. Une bronchite se déclara; le malade mourut. A partir de la bronchite, M. Trélat eut l'idée qu'il s'agissait de tubercules de la langue. Cet ulcère superficiel, sans profondeur, avec rebord grisâtre et petits points jaunes, c'était le tubercule en voie d'ulcération.

Depuis que la question des tubercules locaux est à l'ordre du jour, on a publié diverses observations; pour M. Trélat, si on diagnostique un tubercule de la choroïde, il faut enlever l'œil; de même pour la langue. Sachant que la tuberculose est souvent localisée, le malade devait subir l'amputation de la langue, opération peu grave et sans grand inconvénient; on supprimait ainsi la souffrance et le foyer tuberculeux. En un mot, si M. Trélat se retrouvait en présence d'un malade analogue, il supprimerait le foyer tuberculeux lingual; ce que nous savons sur la marche de la tuberculose nous y autorise.

M. *Perrin :* La crainte de la généralisation des tubercules doit-elle modifier les idées que nous avons sur l'intervention chirurgicale? Il ne doit pas être établi, en thèse générale, qu'on doit enlever un œil atteint de tubercule de la choroïde; pendant longtemps, ces tubercules ne gênent pas les fonctions de l'œil; s'ils provoquent une poussée glaucomateuse et douloureuse, il faut agir.

M. *Théophile Anger* a présenté à la Société de chirurgie un œil atteint de tubercules de la choroïde; quand il a opéré, l'œil était perdu et il n'y avait pas encore généralisation de la tuberculose. Pour la langue, il n'y a aucune objection à faire à l'idée de M. Trélat.

M. *Berger* se demande pourquoi on enlèverait une partie de la langue, plutôt que d'enlever le tissu morbide avec la cuiller tranchante.

M. *Horteloup* voit de nombreux exemples de tuberculisation des organes génitaux; il les opère quand il y a suppuration et l'état général s'améliore aussitôt après l'opération.

M. *Le Dentu* a remarqué qu'on améliorait même l'état des vésicules séminales en enlevant les testicules tuberculeux.

M. *Trélat :* Nous sommes dans une transformation de doctrine au point de vue des tubercules en chirurgie. Nous en arrivons à supprimer le foyer quand nous le reconnaissons, même sur la choroïde. M. Trélat ne tient pas à l'ablation par un procédé plutôt que par un autre; cela dépend du siège du mal.

— M. *Horteloup* présente un homme qui avait une perforation du voile du palais, suite de tumeur gommeuse. La perforation a été bouchée avec la luette retournée et avivée; guérison.

L. Leroy.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Thyroïdectomie. — Traitement de la chute de l'utérus par le cloisonnement du vagin. — Sur l'ablation des tumeurs du sein. — Présentation d'un malade.

M. *Terrillon* fait un rapport sur un mémoire lu à la Société de chirurgie par M. G. Richelot. Une femme de vingt-cinq ans entre, le 28 août 1880, à l'Hôtel-Dieu. Née en Savoie, la malade porte un goître volumineux. Six ans auparavant, un chirurgien avait fait une ponction et une injection iodée; il y eut un peu d'amélioration; quatre ans plus tard, on fit trois ponction capillaires.

Quand la malade entra à l'hôpital, elle était en proie à une dyspnée intense et à la dysphagie. Le goître avait le volume du poing d'un enfant, sans prolongement apparent vers la médiastin. Opération le 10 septembre. Incision courbe à convexité inférieure; la perte du sang fut à peu près celle d'une amputation de jambe; l'opération, avec le pansement, dura deux heures.

Aussitôt après l'opération, on constata une aphonie complète; le 25 octobre, le laryngoscope montra une double immobilité des cordes vocales; M. Krishaber conclut à une section double des nerfs récurrents. Le 2 janvier 1881, la voix reparut avec son timbre normal.

Depuis quelques années plusieurs exemples analogues ont été publiés. En 1850, à l'Académie de médecine, on repoussait l'ablation du goître; mais depuis les succès de Billroth, Kocher, etc., depuis les pansements antiseptiques et les nouvelles méthodes d'hémostase, l'opération est revenue en faveur. La thyroïdectomie est devenue une opération que tout chirurgien peut affronter. Quelles en sont les indications? La menace d'accidents du côté des voies respiratoires et digestives, comme chez le malade de M. Berthelot. Il faut repousser l'indication fournie par le désir de se débarrasser d'une difformité. Les observations de paralysie des voies vocales après la thyroïdectomie ne sont pas rares. Le retour de la voix semble exclure une lésion grave des nerfs du larynx. Cependant le nerf récurrent a été lié et coupé par Dupuytren, par Billroth. L'immobilité des cordes vocales pouvant survenir, même après l'ablation d'un goître unilatéral, on fait éloigner l'idée d'une suture des récurrents. Enfin, il est difficile d'admettre le retour de la voix par la cicatrisation d'un tronc coupé et réséqué sur une certaine étendue. L'explication de l'aphonie consécutive n'est donc pas encore trouvée.

M. *Monod* présente une malade opérée d'une hypertrophie du corps thyroïde, siégeant à droite. Cette malade, comme celle de M. Richelot, a eu le râle trachéal après l'opération.

M. *Guéniot* fait un rapport sur un travail lu par M. Eustache (de Lille), sur le traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin, modification au procédé de M. Le Fort.

Chez deux femmes opérées rigoureusement par le procédé de M. Le Fort, il y eut un succès parce que l'avivement était linéaire, dit M. Eustache, et que l'extraction des fils métalliques fut difficile.

C'est alors que M. Eustache résolut de faire un avivement de 4 à 5 centimètres de largeur et de substituer le catgut aux fils métalliques. Dans trois opérations il a réussi.

Les deux échecs sont-ils donc dus à ce que l'avivement était trop linéaire? Les observations ne le démontrent pas, et de plus les deux femmes étaient très indociles. Pour les trois autres malades, deux ont été revues après six mois : la réduction de l'utérus se maintenait; ce n'est pas un temps assez long pour affirmer une guérison définitive.

M. *Desprès :* L'opération de M. Le Fort, comme celle de M. Sines, sont des opérations inutiles. C'est l'insuffisance du péroné qui fait l'abaissement de l'utérus; c'est à cette insuffisance qu'il faut remédier. Les opérations ne donnent pas de succès durables; si les malades ne portent pas une ceinture ou un appareil, la matrice retombera. M. Desprès fait une opération destinée à appliquer plus fortement les moyens prothétiques; il suture la partie postérieure de la vulve; ensuite, il conseille une ceinture avec pelote périnéale.

M. *Le Fort* dit que M. Eustache n'a pas compris son procédé. M. Le Fort fait un avivement de 2 centimètres de largeur sur 6 de longueur; il est loin de conseiller l'avivement linéaire; mais 2 centimètres de largeur suffisent. Il n'est pas étonnant qu'avec un avivement linéaire M. Eustache n'ait pas guéri ses deux premières opérées.

Le périné n'est pour rien dans la chute de la matrice; cette chute commence quelquefois par un cystocèle, d'autres fois les deux parois du vagin commencent par s'écarter; si elles ne s'écartent pas, l'utérus ne descend pas. Si donc, par le cloisonnement, on empêche les parois vaginales de s'écarter, on évite ou on remédie à la chute de l'utérus.

Dernièrement, M. Tillaux avait à traiter une chute de l'utérus; il fit l'avivement en comprenant dans toute son épaisseur la muqueuse du vagin en avant et en arrière; la malade mourut de péritonite. L'avivement de la muqueuse doit être fait très superficiellement.

M. *Lucas-Championnière :* Sur les malades qui se présentent au Bureau central, on peut constater que les sutures du périné sont impuissantes à retenir l'utérus en place. Les malades que nous opérons ont usé sans succès de tous les moyens avant d'arriver à l'opération.

M. *Kirmisson* lit un mémoire intitulé : *Remarques sur l'ablation des tumeurs du sein.*

M. *Nicaise* présente un jeune homme qui était atteint d'hydarthrose ancienne double et rebelle à tous les traitements. M. Nicaise fit l'arthrotomie à gauche, avec injection phéniquée au quarantième; guérison en dix-neuf jours. Quelques mois après, même opération sur le genou droit; guérison. La méthode antiseptique fut employée dans toute sa rigueur. Le malade n'a aucune roideur articulaire.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Extirpation d'un poumon; survie des animaux : M. Marcus. — Accidents urologiques insolites du cantharidisme : M. A. Robin. — Comparaison du liquide des sudamina et de la sueur: M. A. Robin. — Atrophie du système adipeux dans le côté hémiplégié : M. Brown-Séquard. — Contracture post-hémiplégique supprimée par l'élongation du sciatique : M. Brown-Séquard. — Contracture active du début de la rigidité cadavérique : M. Brown-Séquard.

La Société vote par acclamation des félicitations à son président, M. Paul Bert, à l'occasion de sa nomination au ministère de l'instruction publique.

— M. *Marcus* adresse une note dans laquelle il annonce qu'il a obtenu la survie chez quelques animaux (lapins), auxquels il avait extirpé un poumon.

— M. *A. Robin* communique une observation d'accidents nouveaux de cantharidisme survenus chez un enfant à la suite des pansements d'un cautère avec une pommade cantharidée. A la suite de chaque pansement l'enfant était pris de crises douloureuses d'une violence extrême, pendant lesquelles l'urine examinée avec soin présentait des modifications qui sont tout à fait insolites dans le cantharidisme vésico-rénal ordinaire : de ces modifications, la plus curieuse consistait dans l'abondance considérable de l'albumine au début de la crise et dans sa disparition graduelle à mesure que la crise s'atténuait.

— M. *A. Robin* expose les résultats d'analyses du liquide des vésicules de sudamina survenues dans le cours d'une fièvre typhoïde. Les vésicules ou plutôt les bulles présentaient un volume insolite : chacune d'elles pouvait renfermer 1 centimètre cube de liquide. Leur contenu différait absolument du liquide sudoral : il formait un liquide transparent, donnant un abondant sédiment blanchâtre par le repos; sa réaction était très acide; il renfermait une grande quantité de fines gouttelettes graisseuses; on n'y trouvait pas trace de matières albuminoïdes. Après l'évaporation du résidu sirupeux, on constatait la présence d'abondants cristaux d'urée; la proportion des matières solides, tant minérales qu'organiques, était de 18,54 sur 1000. Dans la sueur, au contraire, cette proportion est de 10 à 12 au maximum.

Ces faits paraissent montrer à nouveau que, dans la fièvre typhoïde, l'élimination tend à se faire par toutes les voies; la richesse du liquide des sudamina en matières organiques ne se produit pas aux dépens du liquide excrété par le rein. Ces deux produits renferment l'un et l'autre une grande quantité des matériaux d'élimination.

— M. *Brown-Séquard* communique d'abord le résultat de ses recherches sur l'atrophie de la moitié du corps frappée d'hémiplégie à la suite de lésions cérébrales. Il considère cette atrophie comme partiellement musculaire, ce qui est admis classiquement, mais comme caractérisée surtout par la disparition de la graisse. Il a observé d'abord des faits de ce genre en 1862 sur la moitié environ des hémiplégiques cérébraux qu'il a pu examiner. Depuis deux ans, il étudie à ce point de vue un malade qui lui a fourni les résultats suivants : la circonférence du tronc (au-dessous des fausses côtes) étant de 96 centimètres, on trouve 47 pour la moitié droite (côté hémiplégique), 49 pour la moitié gauche; au niveau des crêtes iliaques, la circonférence étant de 1 mètre, on compte 48,5 à droite, 51,5 à gauche; au niveau des épaules : circonférence totale, 111 centimètres; 55 à droite, 56 à gauche. Les mensurations faites autour des membres montrent, comme d'habitude, une diminution de 1 à 2 centimètres pour les membres hémiplégiques. Il faut remarquer que ce sont précisément les régions les moins pourvues de masses musculaires et les mieux fournies de graisse qui présentent l'atrophie maxima.

— M. *Brown-Séquard* fait une seconde communication relative à la disparition passagère de la contracture chez un singe hémiparaplégique, auquel il a pratiqué l'élongation du sciatique du côté contracturé. Cet animal était devenu hémiplégique à la suite d'une lésion cérébrale et présentait depuis quelque temps une contracture secondaire probablement due à la dégénération descendante de la moelle. Or l'élongation du sciatique a été suivie d'un allongement graduel du membre contracturé, si bien qu'au bout de cinq à six jours la contracture avait complètement disparu. Cet état s'est maintenu douze jours environ, puis la contracture est revenue, mais beaucoup moins notable qu'auparavant.

L'auteur est disposé à admettre, en rapprochant ce fait d'un certain nombre d'autres qui parlent dans le même sens, qu'ici la lésion organique de la moelle n'intervient qu'indirectement pour produire le phénomène de la contracture; ce serait par une influence à distance sur les plaques motrices qu'agirait la lésion médullaire et non par une irritation des racines nerveuses motrices.

Il faut noter de plus que l'animal présente une amélioration de sa paralysie malgré la persistance de la lésion centrale.

— M. *Brown-Séquard* expose en troisième lieu les résultats de ses expériences sur l'analyse des phénomènes musculaires, englobés ordinairement sous le nom de rigidité cadavérique. Il faut reconnaître que, dans des conditions déterminées, l'état initial des muscles en rigidité n'a rien de cadavérique : c'est une véritable contracture qui survient tout d'abord et à laquelle fait suite le retour de l'irritabilité. La rigidité peut n'apparaître ensuite que très tardivement.

Ce phénomène actif disparaît quand on détruit la moelle : c'est ce qu'a observé l'auteur dans ses expériences d'hémisections du bulbe : il a vu récemment que le membre antérieur correspondant s'est brusquement fléchi, l'animal ayant cessé de respirer : cette flexion a disparu par la destruction de la moelle.

Un fait remarquable, c'est que dans ces cas l'irritation des racines antérieures correspondant au membre contracturé fait cesser la contracture; on pourrait expliquer ce résultat paradoxal en admettant que c'est par ces racines que se transmettent à la périphérie les influences inhibitoires des centres nerveux.

Ces contractures apparaissent au début de la rigidité, qui survient dans certains cas aussitôt après la mort chez des sujets surpris en pleine activité : c'est ainsi que, sur les champs de bataille, comme l'a rappelé M. Malassez, dans les mines à la suite des explosions de grisou, ainsi que l'a remarqué M. Regnard, on voit souvent des cadavres conservant encore l'attitude qu'ils avaient au moment de la mort.

REVUE DES JOURNAUX

De l'étiologie du scorbut, par M. Amburger.

A Pétersbourg, où le scorbut est encore endémique, où 52 scorbutiques en moyenne entrent aux hôpitaux au mois de mai, la profession la plus atteinte est celle de batelier. Les symptômes observés sont classiques, sauf que la *gingivite manque souvent* et n'est que très rarement primitive. Cette singularité est attribuée à la magnifique dentition des Russes du Nord.

Au point de vue étiologique, Amburger rejette la théorie de Garrod, et se rallie à celle de Farr, d'après laquelle la cause du scorbut est un épuisement de la digestion stomacale. Pour lui le scorbut de Pétersbourg est toujours sporadique, ce qui reste douteux pour nous, car ce fait serait en opposition avec tout ce que nous ont appris les anciens écrivains.

La contagiosité de la maladie est une pure hypothèse pour l'auteur qui attaque vivement à ce propos le travail de Kühn. « La seule cause du scorbut est l'alimentation défectueuse comme qualité ou comme quantité. » C'est pourquoi le tracé graphique du chiffre des scorbutiques est toujours parallèle à celui du prix du blé et du taux des salaires (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXIX, p. 113).

Des convulsions toniques des muscles volontaires (myotonia congenita), par M. Strumpell.

Depuis quelques années, on publie en Allemagne, sous le nom de *myotonia congenita* et autres appellations, des observations, qui ne sont pas absolument comparables, d'une maladie ou plutôt d'une infirmité qui consiste en ce que les muscles n'obéissent pas à la volonté avec la rapidité et la précision désirables. On dirait que le muscle reçoit une quantité trop considérable d'influx nerveux, ou que l'action nerveuse étant normale, l'excitabilité du muscle se trouve exagérée : en résumé, à chaque volition, les muscles sont pris d'une convulsion tonique de durée minime, mais qui enlève aux mouvements la souplesse et la rectitude nécessaires. Des cas de ce genre avaient été, paraît-il, signalé déjà par Charles Bell et Leyden, mais les observations les plus importantes ont été fournies par Thomson, Seeligmuller, Bernhardt, et aussi par Petters que l'auteur a tort d'oublier, car son observation publiée in *Deutsche militärärzt. Ztschft*, 1877, est une des plus curieuses.

Le malade observé par Strümpell écrit lui-même: « A chaque

effort, les muscles se contractent spasmodiquement et *ne lâchent pas immédiatement.* » C'est là le fond de la maladie qui pour nous ne ressemble à rien mieux qu'au myricisme, et qui probablement est congénitale et incurable comme ce dernier. (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 9.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Historique et topographie de la fièvre jaune, par le docteur Obet. — Bruxelles, Hayez, 1881.

Relation succincte de toutes les épidémies de fièvre jaune. L'auteur montre que cette maladie a une aire géographique et des limites modifiées parfois par certaines conditions climatériques, qu'elle sévit surtout dans les régions marécageuses, à latitude peu élevée, sur les côtes, dans les grands centres de population.

Du développement du typhus exanthématique sous l'influence des eaux malsaines et d'une mauvaise alimentation, par Robinski. — J. B. Baillière et fils, 1881.

Cette brochure de 112 pages est la traduction de deux parties d'un ouvrage publié par Robinski à Berlin, en 1874, d'après les observations recueillies pendant une épidémie de typhus exanthématique dans la Prusse occidentale. Robinski conclut à la contagiosité de cette maladie, mais seulement dans certaines conditions. Elle n'existe que quand il est parvenu dans le corps par l'eau ou les produits alimentaires avariés des substances nuisibles qui y créent les conditions nécessaires au développement de la maladie par la contagion. D'un autre côté, l'action d'eaux malsaines ou d'une mauvaise alimentation ne peut à elle seule, en dehors du contage, produire des épidémies du typhus exanthématique.

Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif, etc., par Gilbert Ballet. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1881.

Excellente thèse d'un des élèves les plus distingués de M. Charcot. Elle comprend deux parties, l'une anatomique, l'autre clinique.

Le faisceau sensitif, après avoir longé la partie externe du pédoncule cérébral, pénètre dans l'hémisphère par la partie postérieure de la capsule interne. Des fibres sensitives, les unes sont à la couche corticale des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, les autres, constituant le corps du faisceau sensitif, se rendent au lobe occipital et aux circonvolutions postérieures.

Il est probable que les fibres sensorielles occupent la partie la plus interne du faisceau sensitif au niveau de la capsule.

Il n'existe pas de *centres* corticaux pour chaque espèce de sensibilité, mais une *zone* sensitive corticale comprenant toute la région située en arrière du pied des circonvolutions frontales. L'hystérie, en amenant une perturbation profonde dans le fonctionnement de la substance nerveuse, réalise l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle corticale, qu'une lésion matérielle ne saurait produire, en raison de la grande étendue de la zone sensitive.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. Nouveau doyen. — M. le professeur J. Béclard vient d'être nommé doyen en remplacement de M. Vulpian, dont nous avons annoncé la démission. M. le ministre de l'instruction publique a usé du droit que la loi lui accorde de faire directement cette nomination. La Faculté n'a pas été consultée.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le *Journal de médecine de Bordeaux* publie sur les trois premières années d'existence de la nouvelle Faculté (1878-1881) un article d'où nous extrayons les renseignements suivants :

La population scolaire suit une marche ascensionnelle. En 1878-1879, 493 étudiants; en 1879-80, 506; en 1880-81, 548. Le nombre des examens subis a été, dans la première année, de 411; dans la seconde, de 651; dans la troisième, de 683; celui des grades conférés est monté de 43 à 70 et à 83. Un nombre plus que suffisant de sujets (300 environ par an) a été livré à la discussion. Les laboratoires d'histologie et d'anatomie pathologique sont dans de très bonnes conditions. Les cliniques magistrales de l'hôpital Saint-André sont pourvues également de laboratoires. La clinique ophthalmiologique est très bien organisée; celles des maladies vénériennes, des maladies mentales et des maladies des enfants le sont convenablement. En regard de ces bonnes dispositions, l'article dont nous parlons signale des imperfections et des *desiderata* assez nombreux qu'il serait trop long d'exposer ici.

La variole a Bordeaux. — La variole qui est endémique à Bordeaux est en pleine exacerbation depuis deux mois. L'administration de Bordeaux fait en ce moment ce qui n'a été fait encore nulle part sur une aussi vaste échelle. Elle a créé des vaccinifères et un dépôt de vaccin qu'elle a mis à la disposition des médecins de la ville, des bureaux de bienfaisance, de toutes les administrations, etc. De plus, chaque jour, dans trois stations différentes, on vaccine avec une génisse. Nous avons revacciné aujourd'hui près de 8000 personnes, vacciné 500 enfants, créé des vaccinifères choisis avec soin et nous avons recueilli près de 60 tubes par jour. Le mouvement est donné et actuellement on vaccine à peu près 500 personnes par jour. La direction du service est confiée à M. le docteur Layet, professeur d'hygiène.

En même temps, on s'occupe activement des procédés de désinfection et d'isolement. Un établissement de désinfection doit être installé, non pas sur la terre ferme, dans le voisinage de gens qui pourraient s'en effrayer, mais sur le fleuve qui se chargera (après une désinfection complète par la vapeur surchauffée des hardes ou linges souillés) de l'eau qui aura servi au rinçage définitif.

Mortalité a Paris (46e semaine, du vendredi 11 au jeudi 17 novembre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1036, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 40. — Variole, 5. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 54. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 40. — Phthisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 37. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 30; au sein et mixte, 31; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 92; de l'appareil circulatoire, 78; de l'appareil respiratoire, 72; de l'appareil digestif, 51; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 4. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 46e semaine. — Il n'y a rien de particulier à signaler pour cette 46e semaine qu'un *statu quo* à peu près complet : même nombre de décès par toutes causes (1036 et 1037 la semaine précédente). Ce même état stationnaire se rencontre dans les mouvements d'entrées et de sorties des hôpitaux. Quant à ce qui concerne la répartition par quartiers, nous avons le regret d'avoir à signaler encore 6 décès par diphthérie dans le quartier Montparnasse.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 1er décembre 1881.

LA FIÈVRE INTERMITTENTE, LA GLYCOSURIE ET LE TRAUMATISME. — EXTIRPATION DES TUMEURS D'ORIGINE TUBERCULEUSE. — L'AINHUM.

Académie de médecine : La fièvre intermittente, la glycosurie et le traumatisme.

La communication faite à l'Académie de médecine, dans la dernière séance, par M. le professeur Verneuil est une continuation des études qu'il poursuit depuis longtemps sur l'influence qu'exercent les diathèses, les cachexies et autres affections générales sur le traumatisme, et réciproquement. Elle en est aussi une sorte d'annexe. Car deux questions sont impliquées dans cette communication : une de pathologie interne, concernant l'influence de l'impaludisme sur le développement du diabète; l'autre de pathologie externe, relative à la faculté qu'aurait le traumatisme de réveiller ces deux états pathologiques, c'est-à-dire de reproduire des fièvres intermittentes ou autres accidents paludéens disparus depuis un temps plus ou moins long; de ramener ou d'augmenter la formation de la glycose.

Sur le premier point, les observations de M. Verneuil confirmeraient celles de M. Burdel (de Vierzon). Le diabète serait une conséquence fréquente de la fièvre intermittente. Nous croyons pouvoir ajouter, pour notre propre compte, — ce qui n'est écrit, pensons-nous, nulle part, — que, dans certaines régions palustres, telles que les marais de la Vendée, la plupart des individus atteints de fièvre intermittente chronique ont au moins passagèrement les urines sucrées. C'est une opinion répandue parmi les médecins du pays. Si le fait s'établit, il devra attirer tout particulièrement l'attention des médecins qui observent dans les grands foyers palustres, à Rome, en Algérie, au Sénégal, en Asie Mineure, à Madagascar, au Mexique, etc.; d'autant plus que, en ce moment, ceux de nos confrères qui ont visité ces contrées ne paraissent avoir connaissance de rien de semblable. Il nous a été facile de nous en assurer sur les bancs mêmes de l'Académie.

Quant à l'influence du traumatisme sur la fièvre intermittente et la glycosurie consécutive, l'étude en est assez difficile à Paris où l'occasion est rare de rencontrer l'impaludisme confirmé, indigène ou exotique, et plus rare naturellement celle de mettre la main sur des impaludés en

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La première opération de Porro à Londres, pour cancer de l'utérus. — Lutte entre l'Eucalyptus globulus et la malaria dans la Campagne romaine. — Ravages causés par l'extension du chloralisme. — Morts causées par les serpents et les tigres dans l'Inde. — Progrès de la vaccine en Chine. — Une petite statistique intéressante d'opérations chez des cancéreux. — A propos de l'attentat commis sur le président Garfield.

Le 21 octobre dernier, M. Spencer Wells a pratiqué l'opération de Porro, le premier en Angleterre, et dans un cas qui est aussi le premier où une affection maligne de l'utérus ait donné lieu à l'intervention chirurgicale. C'est donc une combinaison de l'opération de Porro (ablation de l'utérus gravide et des ovaires) et de celle de Freund (ablation de tout l'utérus cancéreux par la gastrotomie). Les précautions antiseptiques furent strictement prises. La vessie fut d'abord vidée, et la sonde laissée en place. Le vagin fut rempli de ouate phéniquée, puis l'utérus mis à découvert par une incision abdominale de 8 pouces de long. On percevait les mouvements du fœtus. L'utérus fut ensuite tiré hors de la plaie, dont la partie supérieure fut fermée provisoirement par plusieurs sutures en soie. Par ce moyen, les bords de la plaie furent rapprochés autant que possible; les intestins, qui ne gênèrent nullement pendant l'opération, furent maintenus avec des éponges. Le ligament large gauche fut alors traversé par une forte ligature de soie, en dehors de l'ovaire et au-dessous de la trompe de Fallope. La même chose fut faite du côté droit. La vessie fut ensuite séparée par la dissection de l'utérus, dont les parois étaient très minces; il s'y fit une petite rupture, le liquide amniotique s'échappa, et on termina alors l'accouchement. Le fœtus, qui mesurait 10 pouces 3/4, ne fit que trois ou quatre inspirations. On ne vit pas les uretères. Après la sépa-

état de traumatisme. Notre savant et excellent ami nous permettra de dire que les accidents rappelés par lui comme décelant chez des traumatisés un état paludéen, notamment les frissons et même les sueurs, ont quelquefois paru susceptibles d'une autre interprétation. De même la fréquence de la glycosurie à l'état transitoire dans beaucoup d'états morbides et chez les gens bien portants, et, quand elle est permanente, les variétés considérables qu'elle présente quelquefois sous les moindres influences de régime, de santé générale, rendent malaisé, à moins d'observations extrêmement nombreuses, de mettre absolument hors de doute sa corrélation avec le traumatisme.

Quoi qu'il en soit, la communication de M. Verneuil, faite avec la clarté, la diction abondante et vive qui lui sont familières, aura mis à l'ordre du jour une question de clinique du plus haut intérêt. Elle sera d'ailleurs reprise mardi prochain, par MM. L. Colin et Le Roy de Méricourt. Le premier a déjà exprimé dans la dernière séance quelques réserves analogues à celles que nous venons de faire.

De l'extirpation des tumeurs d'origine tuberculeuse.

La bénignité actuelle des plaies chirurgicales, leur marche vers une guérison presque assurée, ont profondément modifié les indications opératoires. Grâce aux nouveaux pansements, on intervient là où jadis on se tenait, — on devait se tenir, — sur une prudente réserve. La gravité « du trou à la peau », mise en balance avec les avantages qu'on pouvait espérer d'une extirpation, faisait bien souvent pencher le plateau vers l'abstention systématique.

Les tumeurs d'origine tuberculeuse ont plus que toute autre bénéficié de cette révolution. Mais là n'est point la seule cause du mouvement prononcé qui entraîne, à cette heure, vers leur extirpation nombre de chirurgiens autorisés. D'abord, depuis quelques années, des travaux importants ont montré que la tuberculose pouvait se cantonner un long temps dans un tissu ou un organe, lieu de moindre résistance dont a profité la diathèse pour y déposer ses produits.

En 1876, nous prouvions, après Cruvelhier, après Velpeau, un fait qui semblait oublié, c'est que les dépôts caséeux des testicules ne s'accompagnent pas toujours d'autres dégénérescences. Ils sont parfois locaux et « sur 30 autopsies d'individus morts avec des tubercules de la glande spermatique, on trouvait 20 cas où il y avait simultanément des altérations génitales et pulmonaires, 10 cas où la tuberculose génitale existait seule ».

Depuis, de remarquables recherches ont démontré le même fait pour d'autres organes. Nous ne citerons que les travaux de Josias et Brissaud sur les gommes scrofuleuses du tissu cellulaire sous-cutané; ceux de Tapret sur la tuberculose urinaire; le mémoire de M. Lannelongue sur les différentes variétés d'abcès froids, de Volkmann sur les tumeurs blanches, de M. Trélat sur les follicules de la langue et de la muqueuse buccale, de Th. Anger sur les granulations de l'iris, enfin la série d'études entreprises par les dermatologistes sur les ulcérations diathésiques de la peau.

Ce n'est pas tout encore; la pathologie générale vient de soulever un grave problème : on se demande si la tuberculose n'est pas de nature infectieuse et si un dépôt caséeux n'est pas un foyer où se développent les éléments dont la migration déterminera au loin l'apparition de colonies nouvelles. D'abord localisées, les manifestations deviendront multiples et se généraliseront. De remarquables esprits regardent cette hypothèse comme démontrée; en tout cas, cette présomption appuyée sur des faits dont on ne saurait méconnaître la valeur, prend de la consistance et grandit.

Ne voit-on pas les conséquences qui découlent de ces faits? Si l'incision de la peau et l'extirpation d'une tumeur sont des choses maintenant bénignes et sans danger réel; si la tuberculose est souvent localisée au début, et si d'autre part le dépôt caséeux est un foyer d'infection, au contact duquel l'économie tout entière pourra se contaminer, pourquoi ne pas traiter les dégénérescences tuberculeuses comme s'il s'agissait de cancers? Pourquoi ne pas les enlever, dès que leur diagnostic est nettement établi? Nous allons voir le chemin qu'a parcouru cette idée et quelle application elle a reçu déjà dans le traitement de certaines tuberculoses, en particulier celles des organes génitaux, des abcès froids et de la langue.

I

La castration n'est généralement pas acceptée dans la tuberculose du testicule. Pour M. Bouisson, si la tuberculose est locale, elle guérira toute seule; si elle est générale, pourquoi faire une opération inutile? « Notre abstention absolue est justifiée, par les dangers de la castration quand il existe une diathèse tuberculeuse généralisée et par son inutilité lorsque

---

ration de la vessie, on aperçut la masse cancéreuse, qui avoisinait le col utérin.

L'utérus fut séparé en sectionnant autour de lui la paroi vaginale; toutes les surfaces saignantes furent comprimées au fur et à mesure entre les mors de pinces à pression continue; ces pinces furent plus tard enlevées, et tous les vaisseaux saignants fermés par des ligatures de soie phéniquée. La communication de l'abdomen avec le vagin fut fermée par des sutures de soie, après qu'on eut retiré les tampons de ouate de la cavité vaginale. L'opération, depuis l'incision de la paroi abdominale jusqu'à la dernière suture de cette paroi, dura soixante-cinq minutes. Il y eut très peu de sang perdu.

L'examen microscopique de la tumeur à l'état frais montra qu'il s'agissait d'un épithélioma, lequel n'était pas encore ulcéré. L'utérus et ses annexes pesaient 14 onces 1/2, une demi-once de plus que le fœtus. La malade eut un peu de malaise pendant les deux premiers jours après l'opération, mais pas plus, dit-elle, qu'après ses accouchements antérieurs.

— On trouve dans le *Chamber's Journal* quelques détails sur les effets de l'*Eucalyptus globulus* dans la Campagne romaine. Cet arbre a fourni déjà d'assez bons résultats sur cette terre désolée par la *malaria*. Au monastère des Trois-Fontaines, habité par des Trappistes, une véritable oasis a été créée. C'était un endroit entièrement dénudé et si infesté par le miasme paludéen que le petit nombre de moines, qui y demeurait dans la journée, était obligé d'aller passer la nuit à Rome. Grâce au sacrifice de quelques existences et à un travail opiniâtre, un grand nombre d'Eucalyptus ont pu être cultivés avec succès et donner les plus heureux résultats. Le gouvernement, reconnaissant le prix de ces efforts, vient d'accorder aux Trappistes une concession de terrain pour de nouveaux essais et leur a assuré l'aide des condamnés.

L'Eucalyptus est un arbre qui offre des propriétés très remarquables : sa croissance, tout le monde le sait, est

la maladie est bornée aux testicules. » Cruveilhier partage cette opinion et Dufour ajoute : « Toute opération est vaine; la tuberculose épididymaire se généralise fatalement, envahit la prostate, les vésicules séminales, puis la phthisie pulmonaire survient. Évitez à votre malade la souffrance d'une extirpation, d'autant que votre intervention est directement nuisible ; elle est le coup de fouet qui rend plus rapide l'envahissement des organes voisins. »

Telle n'est point l'opinion de Tillaux, de Richet, et nous partageons leur avis. D'abord l'opération ne hâte point la généralisation de la tuberculose. Nous avons observé cinq cas dans lesquels on a fait l'ablation d'une seule glande, tandis que l'épididyme du côté opposé était atteint. La guérison de la plaie n'en a pas été moins rapide, et lorsque les malades ont quitté l'hôpital les tumeurs épididymaires étaient absolument les mêmes qu'au moment de l'entrée : l'opération les avait laissées stationnaires.

La castration ne doit pas être repoussée; certainement il faut s'abstenir lorsque l'affection est indolente, lorqu'elle gêne peu, de temps à autre seulement un abcès s'ouvre vers la tête et la queue de l'épididyme ; une fistule lui succède qui peut même se tarir. Et, ce léger orage apaisé, tout rentre à peu près dans l'ordre jusqu'à ce que survienne une poussée nouvelle. Mais il est d'autres cas; nous les avons déjà exposés dans notre thèse de doctorat et nous ne pouvons que répéter ce que nous disions alors.

Nous acceptons dans des termes généraux la formule que Deville emprunta à Cruveilhier : « J'attache, nous dit-il, au diagnostic différentiel entre la tuberculose de l'épididyme et celle du testicule une importance extrême, puisque je regarde l'extirpation comme généralement indispensable dans les maladies du corps du testicule tandis que les maladies de l'épididyme me paraissent le plus souvent marquées au coin de la curabilité. » L'orchite tuberculeuse ne guérit point en effet; et la destruction de la glande est fatale ; mais elle y met du temps; l'organe se fond lentement et dégénère au milieu de complications qui rendent la maladie insupportable. Ne vaut-il pas mieux enlever le testicule? »

Pour nous, voici notre règle : Lorsqu'un individu, bien portant d'ailleurs, ou qui, du moins, a les poumons en bon état, est atteint de tuberculose génitale, si l'épididyme est seul envahi, on s'abstiendra de toute intervention. Mais si le testicule proprement dit se prend, si l'on constate des nodosités vers le corps d'Highmore, si la glande se tuméfie et devient douloureuse, si quelques poussées aiguës se déclarent de temps en temps, si la rougeur du scrotum ne se dissipe pas et nous prouve, par sa persistance, que les parties profondes dégénèrent et se désorganisent, de quelle nécessité imposer au malade ces longues suppurations qui l'épuisent?

Pourquoi repousser une opération qui débarrasserait l'individu d'un organe perdu fatalement et qui, si on l'abandonne à lui-même, mettra peut-être des années à disparaître? Or, pendant ce temps, toute vie sociale est rendue difficile, des complications sont toujours à redouter, le testicule d'ailleurs est souvent douloureux, et la souffrance que ressent le malade lui rappelle sans cesse l'affection dont il est affligé. D'ailleurs la pratique a déjà répondu depuis longtemps. M. Richet, entre autres, a obtenu des succès assez durables et, pour s'en convaincre, on n'a qu'à lire la thèse de M. Mougin.

M. Tillaux a parlé devant la Société de chirurgie de quelques résultats remarquables qu'il devait à la castration, parmi lesquels celui d'un malade opéré depuis sept ans et dont la bonne santé ne s'était jamais démentie. Nous-mêmes avons pratiqué trois fois cette opération ; nous n'avons pas revu nos malades et nous ignorons leur sort ultérieur. Mais ils manifestaient un vif plaisir d'être débarrassés d'un organe douloureux, suppurant, et qui ne pouvait avoir qu'une détestable influence sur l'évolution de leur diathèse. L'infection ne serait-elle pas prouvée, nous pensons que les suppurations chroniques ne sont jamais une bonne chose et que l'organisme ne saurait les tolérer impunément. L'hésitation n'est pas permise. Il faut faire la castration.

II

Les abcès froids, les abcès ossifluents sous la dépendance des lésions légères d'os superficiels, les ganglions tuberculeux suppurés sont aussi justiciables de l'extirpation. Depuis les travaux de Lannelongue et de Trélat, la jurisprudence semble établie à leur égard, et l'on ne compte plus les opérations de ce genre. Du moment que la paroi de ces abcès est une tumeur, dont la dégénérescence et la liquéfaction fatale auront pour conséquence l'augmentation de volume de la collection puriforme, il n'y a qu'une thérapeutique rationnelle : enlever ces dépôts tuberculeux, incapables de s'organiser et dont la disparition permettra seule la cicatrisation de la cavité.

Il n'est pas, à cette heure, de chirurgien qui n'ait pratiqué cette opération où le succès est de règle. Une incision est

---

extrêmement rapide. En quatre ans, il atteint 25 pieds de haut et quelquefois dans les climats très chauds sa hauteur peut aller jusqu'à 200 ou 300 pieds. Ses feuilles présentent une disposition toute particulière; le limbe est placé de champ, ce qui permet une évaporation d'eau plus rapide. L'avidité avec laquelle ses racines puisent l'eau dans le sol et la rapidité avec laquelle ses feuilles la rendent à l'atmosphère sont très remarquables. En deux heures environ, 1 mètre carré de feuilles en surface donne issue à près de 2 litres d'eau, ce poids représentant deux ou trois fois celui des feuilles considérées. Grâce à cette activité, les miasmes contenus dans le sol sont distillés et purifiés rapidement.

L'influence antipaludéenne de cet arbre est peut-être due aussi à l'huile volatile que sécrètent ces feuilles : 100 livres de feuilles contiennent de 3 à 6 livres de cette huile. Sous l'action de l'air et du miasme, il se produit du peroxyde d'hydrogène. Par l'oxydation de cette huile, on obtient aussi une sorte de camphre. L'effet de ces réactions est de purifier plus ou moins l'air.

La Campagne romaine est encore en grande partie nue et inhabitable, mais les Trappistes ont montré la possibilité d'en tirer parti et, après les Algériens, ils ont mis, mieux que personne, en lumière l'efficacité de l'Eucalyptus pour atteindre ce résultat.

Il faudrait que cet arbre attirât encore l'attention de ceux qui sont chargés de la santé publique en Italie. Son seul inconvénient est que sa culture demande beaucoup de soins, si ce n'est dans les climats très chauds. Les températures d'hiver au-dessous de 23° F. le font généralement périr. On a pu cependant l'obtenir à Edimbourg et à part cette susceptibilité au froid, c'est un arbre assez résistant.

— A en juger par le nombre des morts causées par le chloral, la consommation habituelle de cette substance s'accroît de jour en jour en Angleterre. Il ne se passe pas de

faite suivant le plus grand diamètre de la tumeur, le liquide est évacué; les parois sont attaquées vigoureusement avec le grattoir et l'on poursuit les fongosités et les bourgeons charnus jusque dans leurs prolongements les plus profonds. On transforme ainsi la poche en une cavité saignante dont on peut juxtaposer les surfaces opposées. Les lèvres de la plaie sont suturées sur un tube résistant qui draine convenablement la plaie, et si la peau n'est pas trop amincie ou enflammée, comme dans certaines collections scrofuleuses du cou, on obtiendra la réunion immédiate.

Nous avons, ici même, traité longuement ce sujet, et nous ne voulons pas y revenir. Nous dirons cependant que nous venons d'obtenir, à l'Hôtel-Dieu, un succès remarquable sur un malade dont l'abcès siégeait à l'épigastre. La collection, sous la dépendance d'une lésion osseuse d'une fausse côte, mesurait 10 centimètres environ dans son diamètre horizontal; une incision de cette étendue ouvrit la cavité; le pus évacué, les parois furent ruginées avec le plus grand soin.

En un point le doigt pénétrait dans un trajet oblique qui s'insinuait sous les côtes, entre elles et le foie, dont il était séparé par les attaches musculaires et le péritoine. Nous arrivions ainsi sur la face profonde de l'os dénudé sur une petite étendue; l'os a été gratté, puis les parois du trajet, mais légèrement, pour ne pas pénétrer dans le péritoine; un tube a été enfoncé jusqu'à la côte, et les tissus ont été suturés. La réunion par première intention a été obtenue; le tube raccourci peu à peu a été bientôt enlevé, et au bout du quinzième jour, le malade quittait l'hôpital ne gardant, comme vestige de son ancienne collection, qu'une cicatrice linéaire.

III

Bien que nous n'ayons pas d'observations à fournir au lecteur, nous serons aussi catégorique pour les ulcérations tuberculeuses de la langue : nous croyons que leur extirpation est souvent indiquée: Cette question vient d'être portée devant la Société de chirurgie par le professeur Trélat dont nous ne ferons que suivre l'argumentation.

La tuberculose de la langue n'est pas indolente ; dans un grand nombre d'observations, on signale de cruelles souffrances. Nous avons, en 1872, observé dans le service de M. Féréol un des premiers malades chez lequel la nature de l'ulcération ait été nettement reconnue. Les travaux de M. Trélat venaient de paraître, et au semis de points jaunâtres, à la faible profondeur de la perte de substance, à sa légère induration, à une sorte de dissection particulière des fibres musculaires on put porter le diagnostic : ulcère tuberculeux. M. Trélat à qui le malade fut envoyé sanctionna le diagnostic.

C'était la première manifestation de la diathèse; les poumons étaient encore indemnes. Or, ce malade, comme d'autres d'ailleurs que nous avons observés depuis, ressentait de vives souffrances, de véritables accès névralgiques spontanés, ou que provoquait le moindre mouvement de la langue. Et comment immobiliser cet organe? La déglutition était surtout pénible et, comme la sécrétion salivaire était fort exagérée, le malheureux se tenait sans cesse penché au-dessus d'un crachoir, et des deux commissures le liquide s'écoulait continuellement. Le spectacle était lamentable. Cette déperdition incessante, l'insuffisance de l'alimentation, la douleur provoquèrent une cachexie rapide et la tuberculose envahit le poumon, respecté encore lors de l'entrée du malade. D'apparence robuste au début, notre malade était phthisique au bout de quatre mois, au bout de six il mourait.

N'est-ce pas une semblable histoire que racontait M. Trélat à la Société de chirurgie? Malheureusement dans ce cas, le diagnostic resta longtemps obscur. M. Besnier, M. Trélat, malgré leur compétence spéciale en semblable matière, ne purent se prononcer sur la nature du mal que lorsqu'il était déjà trop tard; sans cela M. Trélat eût enlevé l'ulcère et nous ne pouvons que souscrire aux raisons qu'il invoquait devant ses collègues pour justifier l'extirpation.

Voilà une tumeur douloureuse, elle est rebelle, envahissante; on ne peut rien espérer, ni des topiques, ni du temps; quoi qu'on fasse, l'ulcère grandira. Pourquoi donc ne pas l'extirper? Serait-ce parce qu'on ne l'a point tenté encore? L'opération en général serait légère; car la perte de substance est presque toujours assez limitée et peu profonde. Du même coup on supprimerait le foyer d'infection, la douleur, la déperdition de salive, les troubles de l'alimentation. Le malade pourrait se nourrir et l'organisme lutterait à armes meilleures contre les agressions nouvelles de la diathèse.

Certes, si notre malade de 1872 se trouvait maintenant dans nos salles, nous n'hésiterions pas à porter le thermocautère, ou l'anse galvanique, ou la curette, ou le bistouri sur son ulcère tuberculeux! Et ce n'est point seulement dans le cas d'intégrité pulmonaire, lorsque la dégénérescence est purement locale, que l'extirpation nous semble indiquée. Nous avons, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, où nous suppléons le docteur Cusco, un malade qui a sur la muqueuse labiale, non loin de la commissure droite, un ulcère évi-

---

semaine sans qu'on signale une mort survenue chez un malade par chloralisme chronique. Comme l'alcool, l'éther, l'opium, le chloral pris d'abord pour soulager la douleur est continué jusqu'à ce qu'on devienne son esclave. Le sommeil devient impossible sans lui, et un soir que l'insomnie est plus forte que d'habitude, on en prend une plus forte dose que de coutume et on tombe dans un sommeil sans réveil. Il est clair qu'il faudrait apporter une plus grande réserve dans la vente de cette substance et la prescrire avec plus de rigueur, sinon avant peu la découverte de Liebreich fera, si ce n'est déjà fait, plus de mal dans le monde que de bien. Les médecins américains ont proposé dernièrement une mesure d'après laquelle le pharmacien ne pourrait exécuter de nouveau la même ordonnance à moins que la répétition ne soit autorisée par un médecin. Il n'est guère probable que cette mesure puisse être mise à exécution en Angleterre, mais il est extrêmement désirable, et cela serait certainement faisable, qu'on ne puisse répéter une prescription contenant des doses toxiques de substances narcotiques plus de deux ou trois fois sans une nouvelle autorisation médicale. Il serait aussi à désirer que la pharmacopée contienne une préparation de chloral dans la dénomination de laquelle n'entre pas ce mot.

— Les Européens peuvent s'étonner, et à bon droit, d'apprendre qu'il n'y eut pas moins de 21 990 personnes tuées dans l'Inde pendant l'année 1880 par les serpents et les tigres. Il est encore, à première vue, plus regrettable de savoir que ces accidents, au lieu de diminuer avec les progrès de la civilisation, ont au contraire augmenté dans les cinq dernières années; en 1876, en effet, le nombre des victimes ne dépassait pas 19 273. Ce résultat paraît presque incroyable, et demande une explication, qui réside probablement dans le plus grand soin avec lequel les causes de la mort ont été notées dans l'Inde pendant ces dernières années. La plus grande mortalité par les serpents et les animaux féroces survient dans la présidence du Bengale où, durant l'année dernière, on dit

demment tuberculeux; il est superficiel, comme recouvert d'une légère couche opaline, laiteuse, et çà et là, on aperçoit le semis caractéristique de petits points jaunâtres. Nous n'opérons pas ce malheureux, non parce que les poumons sont déjà atteints, mais parce que l'ulcère est indolent. Notre homme, nous dit-il, ne peut manger de vinaigrette, voilà tout; mais cette privation ne nous semble pas suffisante pour commander l'opération, et, comme l'alimentation n'est pas autrement troublée, nous nous abstenons.

Nous agirions résolument au contraire, et cela en dépit des altérations évidentes du poumon, si l'ulcère était douloureux, la salivation exagérée, l'alimentation difficile : cette opération, sans dangers, supprimerait les souffrances; l'alimentation abondante redeviendrait possible et l'individu lutterait plus longtemps contre les envahissements de la phthisie pulmonaire. Il n'est pas indifférent de faire durer la vie et de la rendre plus supportable.

Il nous semble résulter des lignes précédentes, que l'extirpation des tumeurs d'origine tuberculeuse doit être souvent tentée. Les éléments de tout jugement chirurgical sont multiples et divers, aussi n'avons-nous pas une loi unique. Mais lorsqu'on mettra en balance les avantages et les inconvénients que le malade peut en retirer parfois, certainement le plateau penchera du côté de l'intervention.

Paul Reclus.

De l'ainhum.

La singulière affection désignée sous le nom d'ainhum semblait devoir jusqu'à présent rester confinée dans l'étroit domaine des études pathologiques spéciales aux races colorées. Mais la récente communication de M. Lannelongue, à l'Académie de médecine, d'un cas intéressant qui présente avec elle de remarquables analogies, vient de la faire sortir de son obscurité. On a donc pensé qu'il ne serait pas inutile de résumer ici ce que savent à son sujet les médecins appelés à pratiquer dans les régions tropicales, où elle a été exclusivement observée jusqu'à ce jour.

Le premier travail publié sur l'ainhum est dû au docteur da Silva Lima (de Bahia) (1). Dans ce mémoire basé sur deux observations détaillées et sur un certain nombre de cas observés, soit par l'auteur, soit par d'autres médecins brésiliens, l'ainhum est représenté comme une maladie spéciale à la race éthiopienne, plus fréquente chez les nègres importés d'Afrique que chez les noirs nés au Brésil, plus rare chez la femme que chez l'homme, et portant exclusivement sur le petit orteil, qui s'étrangle au niveau du pli digito-plantaire, se déforme en bout de massue et, par suite des progrès continus de l'étranglement, se détache et tombe de lui-même, si on ne l'excise auparavant. L'affection doit son nom bizarre au phénomène qui attire le plus l'attention : dans le langage des nègres *Nagôs*, le mot *ainhum* signifierait « serrer ».

Da Silva Lima en a donné du premier coup une description véritablement excellente, et les observateurs qui l'ont suivi n'ont pu que la confirmer et la compléter sur quelques points. D'après lui, l'ainhum commence par une légère dépression un peu moins que demi-circulaire, occupant la face interne et inférieure de la racine du doigt, et coïncidant exactement avec le sillon digito-plantaire. Sans ulcération permanente, sans douleurs internes, sans aucun phénomène inflammatoire susceptible d'attirer l'attention du malade, le sillon s'étend vers la face dorsale, puis vers la face externe; l'orteil grossit peu à peu, jusqu'à acquérir deux ou trois fois son volume. Par suite de ces deux mouvements inverses (l'étranglement de la base et le développement de l'extrémité) le doigt, au lieu de rester parallèle au quatrième orteil, semble s'en écarter en bas, s'en rapprocher en haut, de manière à laisser entre eux un espace vide de forme triangulaire.

En même temps que l'étranglement se complète (et il est rare qu'une bande étroite des téguments de la face externe reste intacte jusqu'à la fin), le sillon se creuse de plus en plus, au point que, pour apercevoir le pédicule qui relie au pied l'orteil malade, il faut imprimer à l'organe des mouvements de latéralité et écarter les surfaces opposées du sillon. L'orteil tout entier subit en outre un mouvement de torsion, en vertu duquel l'ongle regarde en dehors. A mesure que l'affection progresse, l'orteil acquiert une plus grande mobilité, se laissant incliner dans tous les sens; on peut même parfois lui imprimer un mouvement complet de rotation, dont le centre n'est pas dans l'articulation métatarso-phalangienne, mais bien au fond même du sillon. A ce moment, l'orteil, dépourvu de soutien, s'incline en vertu de son poids, embarrasse la marche en raison de son ballotte-

(1) Da Silva Lima, *Estudos sobre o Ainhum molestia ainda nao descripta peculior a raça ethiopica et affectando os dedos mimmos dos pés.* (*Gaz. med. da Bahia*, 10 de Janeiro de 1867. — *Gaz. med. da Lisboa*, 28 juin, 13 et 28 juillet 1867, trad. in *Arch. de méd. nav.*, août 1867, t. VIII, p. 128.)

que 10 064 personnes sont mortes de morsures de serpents, et que 359 ont été étranglées par des tigres. Il résulte du compte rendu hebdomadaire dressé par la commission sanitaire du Punjab, que, durant la quinzaine se terminant au 27 août, il n'y eut pas moins de 113 morts par morsures de serpents dans 52 des plus grandes villes de cette province, soit près de 3000 par an. Comme la mortalité par cette cause est probablement plus considérable dans les districts ruraux que dans les villes, il est évident que la province du Punjab doit compter pour une très grande proportion de la mortalité excessive survenant par cette cause dans la présidence du Bengale.

— Un récent discours de sir John Pope Hennessey, gouverneur de Hong-Kong, contient des détails intéressants sur les progrès de la vaccination parmi les Chinois, non seulement dans la colonie anglaise, mais encore dans l'Empire du fils du Ciel. Aucun port n'est plus propre à l'introduction de la petite vérole, et cependant elle ne s'y est jamais développée. L'officier de santé de la colonie fut aussi étonné de voir que presque tous les jeunes Chinois émigrants avaient sur les bras des traces de vaccination ou d'inoculation. On savait bien déjà que l'inoculation a été pratiquée en Chine, comme dans les autres contrées orientales, de temps immémorial, mais l'adoption de la vaccination est toute récente, et le médecin anglais fut tout surpris de la trouver si généralement et si parfaitement pratiquée. Ses investigations à ce sujet lui apprirent que les docteurs indigènes de l'hôpital de Tung-wa (institution charitable entretenue par les dons volontaires des marchands chinois et d'autres personnes), non seulement vaccinaient leurs compatriotes dans la colonie même, mais encore envoyaient des *commis vaccinateurs* dans les provinces voisines de la Chine. C'est ainsi que des milliers de personnes ont été vaccinées dans les quatre dernières années. La lymphe leur est fournie par le gouverneur de Hong-Kong.

ment et des chocs douloureux auxquels il est exposé, et le malade n'a d'autre ressource que l'amputation pour mettre fin à ses souffrances.

Dès que l'étranglement est prononcé, l'épiderme devient chagriné et rugueux. Le sillon est parfois le siège d'une ulcération humectée d'une petite quantité d'un liquide ichoreux et fétide ; plus généralement le sillon ne présente qu'une desquamation épidermique incessamment renouvelée.

La marche de la maladie est toujours lente, graduelle et insensible, en sorte que, de la manifestation du premier symptôme à la chute du doigt, il s'écoule un temps évalué par da Silva Lima à une ou deux années, mais que les observations ultérieures ont montré être beaucoup plus long, jusqu'à dix ans et plus.

L'excision de l'orteil malade se fait avec la plus grande simplicité, en adaptant les branches d'une paire de ciseaux de trousse au fond du sillon, et en divisant brusquement les tissus compris entre elles. L'opération détermine une douleur vive et donne souvent lieu à une petite hémorrhagie artérielle que la plus légère compression suffit à arrêter. Dans l'un des cas observés par da Silva Lima, on trouva dans la plaie un petit fragment d'os qui fut aisément extrait : c'était une esquille à pointe aiguë, sans indice de surface articulaire. D'ordinaire, en promenant le doigt sur la plaie, on ne sent aucun vestige d'os, la surface traumatique est déprimée, circonscrite par un bourrelet de téguments indurés, et successivement et concentriquement, par un second bourrelet de tissus cicatriciels entourant une petite surface dure. D'ailleurs, les deux facettes de section sont concaves et réduites à un diamètre de 10 à 11 millimètres. L'amputation faite, le malade s'en va, guéri pour toujours.

L'examen histologique, confié à Wucherer, fit constater la disparition complète de la première phalange, l'extrême réduction de la deuxième; la troisième est celle qui était la moins diminuée de volume. On reconnaissait bien encore l'articulation de la seconde avec la dernière phalange, les surfaces articulaires ayant conservé leurs cartilages ; quant au cartilage postérieur de la deuxième phalange, il avait disparu. L'épiderme était peu altéré, mais le volume occupé par le tissu adipeux sous-cutané se trouvait très augmenté aux dépens des tendons, des os et des autres tissus; on y rencontrait à peine de traces de tissu conjonctif, sauf au pourtour des vaisseaux. Des deux artères collatérales, l'externe seule existait. Les cartilages et les os présentaient de nombreux noyaux adipeux, les os étaient comme cariés, mais on n'y trouvait pourtant aucune trace de pus.

Telle est, dans ses traits essentiels, la description donnée par da Silva Lima. Notre distingué confrère de Bahia ne s'est pas borné à constater les faits, il en a recherché la cause ; mais, ni l'hypothèse d'une mutilation volontaire, qui se réfute d'elle-même et que tous les détails des faits repoussent, ni l'habitude des noirs esclaves de marcher nu-pieds, n'ont pu le satisfaire, l'affection s'étant montrée sur des noirs libres ayant toujours porté des chaussures.

Ce remarquable travail, inséré dans les *Archives de médecine navale*, devait nécessairement attirer l'attention des médecins de la marine employés aux colonies sur cette affection nouvelle. Peu de mois plus tard, en effet, le médecin en chef Collas (*Note sur la maladie décrite sous le nom d'ainhum*, in *Arch. de méd. nav.*, novembre 1867, t. VII, p. 357), qui comptait dans l'Inde de longues années de pratique, publiait une note très intéressante, où il déclare, dès les premières lignes, avoir observé l'ainhum sur des sujets de race hindoue (rameau tamoul). Certaines particularités qu'il signale pourraient cependant inspirer quelques doutes ou faire admettre que la maladie présente des différences dans les deux races ; mais il n'y a pas lieu de s'y arrêter, car Collas, dans l'impossibilité de déterminer la nature et l'étiologie de cette singulière dégénérescence, en fit un symptôme de la forme de lèpre qu'il appelle lèpre dactylienne et la confondit avec une des quatre variétés qu'il y reconnaît, l'*amputante* (djuzam des Arabes).

Il suffit pourtant, ainsi que l'ont si bien établi Moncorvo et Brassac, de rapprocher la description du processus d'élimination donnée par Collas et qui appartient bien à la lèpre, de celle de l'ainhum, pour reconnaître que les deux affections n'ont absolument rien de commun. Où sont, dans l'ainhum, les phlyctènes, l'ulcération, la gangrène moléculaire, les surfaces de section bourgeonnantes, etc.? Collas le reconnaît lui-même, mais, dit-il, si les processus diffèrent, « *le résultat est le même* ». Étrange raison pour admettre l'identité des deux affections ! Collas écrivait de souvenir et cela suffit pour expliquer les discordances de son travail.

En 1876, parut un nouveau mémoire sur l'ainhum, dû cette fois encore à un médecin brésilien, Moncorvo de Figueiredo (*Arch. de méd. nav.*, août 1876, t. XXVI, p. 127), qui rend compte d'une nouvelle observation dont le sujet est encore un nègre d'Afrique, âgé d'environ quarante ans ; chez ce malade, l'affection ne datait pas de plus d'une année ; l'état

— A propos de trois cas d'ablation de cancer du sein qu'il vient de publier dans le *Medical Times and Gazette*, M. Christopher Heath donne sur ces opérations une petite statistique qu'il nous paraît intéressant de reproduire. Sur 20 cas d'amputation de tout le sein, souvent avec extirpation de ganglions et de portions de muscles, 9 furent traités suivant toutes les règles de la méthode antiseptique et furent suivis de guérison ; celle-ci était complète ou presque complète à la sortie des malades, dans des périodes variant de 8 à 25 jours, soit 22 jours en moyenne après l'opération. Huit furent traités antiseptiquement, les uns avec, les autres sans le spray, mais les pansements devinrent septiques dans la première semaine. Trois malades moururent : une d'érysipèle et de pyohémie ; une autre, femme robuste de cinquante ans, de syncope cardiaque ; la troisième d'asthénie, due à l'érysipèle et à des dépôts secondaires dans le foie ; une ne guérit jamais, par récidive, et les autres lentement, pour la même cause ; mais deux étaient des femmes très grosses. La température moyenne fut beaucoup plus élevée dans cette série que dans la première. Deux furent pansées avec la ouate salicylée : une mourut de septicémie, l'autre guérit ; une fut pansée avec la ouate, et mourut de septicémie.

Ceci nous montre en peu de mots que le pansement antiseptique des plaies d'amputation du sein doit toujours être rigoureusement exécuté, — que la ouate ne suffit pas pour cette région, — que les altérations organiques rendent les opérations très dangereuses, et que les altérations locales trop étendues (adipose) s'opposent à la cicatrisation des plaies, quel que soit le pansement. — Ce qu'on ne saurait trop répéter.

— L'attentat commis sur le président des États-Unis, et terminé si malheureusement, a provoqué, cela se conçoit, une grande émotion aux Etats-Unis. Quel sera le châtiment du coupable ? La question n'est pas encore résolue. La loi de Lynch, pour certains exaltés, serait trop douce. Un médecin

général était aussi bon que possible et le tégument externe ne présentait rien d'anormal.

L'observation suivante est due au docteur Corré (*Revista medico-quirurgica. Buenos Ayres. — Progresso medico de Rio*, traduit par Bourel-Roncière, in *Arch. de méd. nav.*, juillet 1877, t. XXVII) de Buenos-Ayres. Elle offre ceci de remarquable, qu'elle a été relevée sur un nègre de la Réunion, et que le début des accidents remontait à une piqûre d'insecte survenue pendant le séjour du malade en France. Tous les traits symptomatologiques et anatomo-pathologiques de l'ainhum se retrouvent encore sur ce malade. Mais c'est le quatrième orteil qui est atteint.

Quelques mois plus tard, le professeur Pereira-Guimarães (*Revista medico de Rio*, *C. r.* in *Arch. de méd. nav.*, août 1877, t. XXVIII, p. 147), de l'école de médecine de Rio de Janeiro, publia quarante observations, dont une recueillie chez une femme. Tous les malades sont encore des nègres d'Afrique, ils ne se distinguent des cas antérieurement observés que par certaines particularités symptomatologiques, la longueur inusitée du pédicule, la plus longue durée des accidents (dix ans), la diminution au lieu de l'augmentation du volume du doigt. Mais ce qu'il y a de particulièrement intéressant ici, c'est que le professeur Pereira Guimaraes a constaté deux fois la présence de l'ainhum sur le quatrième et le cinquième orteil à la fois.

En 1878, l'ainhum a été encore observé, à Nossi-Bé, par notre très estimé collègue A. Corre (*Arch. de méd. nav.*, février 1879, t. XXXI, p. 136), sur un noir, métis de Malgache et de Cafre, âgé de trente-quatre ans. L'affection, dont le début remontait à plusieurs années, intéressait le cinquième orteil de chaque côté; tous les caractères symptomatologiques de l'ainhum se retrouvent dans cette observation. Mais Corre, ne trouvant pas la dégénérescence graisseuse aussi prononcée que l'indique Wucherer, constatant en outre, au cinquième orteil gauche, la présence d'une masse indurée au niveau du sillon, ainsi que des cicatrices anciennes, sans anesthésie pourtant, disséminées sur le corps du malade, en même temps qu'un aspect squameux des mains et des pieds, ne put s'empêcher de penser à la lèpre et crut devoir prendre la défense de l'hypothèse de Collas contre les Brésiliens, mais tout en regardant comme probable la nature lépreuse de l'ainhum. Corre, excellent observateur, repoussait catégoriquement l'explication donnée par Collas du processus qui amène la chute de l'orteil.

Mon excellent maître et ami Brassac (*Réflexions, etc.*, in *Arch. de méd. nav.*, décembre 1879, t. XXXII, p. 444) a montré qu'il s'agirait là tout au plus d'une coïncidence, et que les symptômes remarqués par Corre sont des signes probables, mais non certains, de lèpre à son début. Corre (*Arch. de méd. nav.*, octobre 1880, t. XXXIV, p. 391) lui-même, d'ailleurs, un peu plus tard, tout en maintenant sa manière de voir, a reconnu avec une sincérité scientifique qui l'honore hautement, que son successeur à Nossi-Bé, le médecin de première classe Guiol, qui continuait à voir son malade, ne reconnaissait en lui aucun des signes de la lèpre. C'est ici le lieu de dire également que Moncorvo (*Lettre, Arch. méd. nav.*, juin 1879, t. XXXI, p. 469), répondant aux doutes de Corre, a parfaitement établi que les médecins brésiliens, qui observent si souvent la lèpre, n'ont jamais négligé d'en rechercher les traces chez les malades frappés d'ainhum. Comment expliquerait-on, du reste, dans l'hypothèse où l'ainhum serait une manifestation lépreuse, l'entière guérison des malades amputés, et ce fait important cité par Moncorvo (*De l'ainhum*, in *Arch. de méd. nav.*, août 1876, t. XXVI, p. 152), d'un cas d'ainhum guéri par Silva Lima, au moyen du simple débridement de l'anneau constricteur ?

Les nègres interrogés par da Silva Lima lui assuraient que l'ainhum est fréquent en Afrique, que les femmes y sont aussi sujettes que les hommes et que certaines familles y sont prédisposées, au point que tous leurs membres en sont atteints. Ces faits, qui paraissaient douteux jusqu'ici, trouvent leur vérification dans une importante observation recueillie à Dakar par le médecin de 2e classe Dupouy (*Arch. méd. nav.*, novembre 1881, t. XXXVI, p. 385). Le malade, âgé de 60 ans, ne présentait sur le corps rien de particulier, l'affection, conforme aux descriptions faites plus haut, intéressait le cinquième orteil de chaque côté et datait d'environ vingt ans; suivant le malade, son père et deux de ses frères en avaient été ou en étaient atteints.

Nous sommes donc en possession d'observations d'ainhum recueillies au Brésil, sur des noirs d'Afrique, à Buenos-Ayres, sur un nègre de la Réunion, à Nossi-Bé, sur un métis de Malgache et de Cafre, au Sénégal sur un noir Ouolof; nous savons, en outre, que Collas a observé l'affection sur des Hindous, mais il ne nous en a donné aucune observation. Voilà le bilan de l'ainhum (1).

C'est à dessein que je n'ai pas compris dans l'énumération qui précède les observations très remarquables et très inté-

(1) Un cas d'ainhum est rapporté *in Lancet*, février 1879.

---

de l'Illinois, dont nous regrettons de ne pas connaître le nom, a proposé d'appliquer à Guiteau la peine suivante :

Un tireur habile lui ferait exactement la même blessure qu'il a faite à M. Garfield; ensuite, on le livrerait aux mêmes médecins qui lui feraient subir les mêmes opérations qu'ils ont faites à M. Garfield. S'il meurt, il aura souffert autant que sa victime; si on le sauve, on pourra le pendre après. On voit que c'est la loi de Lynch avec des raffinements un peu trop scientifiques.

Des médecins, et des plus haut placés (l'illustre névrologiste Hammond est de ce nombre), pensent que la mort du président Garfield doit être attribuée plutôt aux mauvais soins des chirurgiens qui l'ont assisté, qu'aux blessures produites par les balles de Guiteau. Il est bien difficile toutefois de ne pas incriminer ces dernières, surtout en présence des détails de l'autopsie dont nous avons déjà dit quelques mots, et dont on trouvera un compte rendu très étendu dans la livraison d'octobre de l'*American Journal of the medical sciences*, avec figures. Si bien soigné qu'eût été le président Garfield, il n'était guère possible de prévenir les accidents inflammatoires provoqués par le séjour de la balle dans une des vertèbres, et qui ont déterminé l'ulcération de la branche principale de l'artère splénique, d'où hémorrhagie rétropéritonéale, septicémie probable, et mort consécutive.

Quoi qu'il en soit, la maladie du président Garfield sera un peu lourde à sa liste civile, car les honoraires des médecins représentent déjà à eux seuls une assez forte somme. Les docteurs Bliss, Barnes, Woodward et Reyburn ont reçu chacun 100 dollars par jour; les docteurs Agnew et Hamilton, pour leurs opérations, visites et consultations, 1000 dollars par jour, soit 65000 dollars. Le tout se monte à environ 82000 dollars, soit de 400000 à 420000 francs. La maladie ayant duré 42 jours, le service médical a donc coûté environ 10000 francs par jour.

Mais plaie d'argent n'est pas mortelle, surtout aux États-Unis; et pour perpétuer le souvenir de leur président par

ressantes recueillies par mon collègue et ami Guyot à la Nouvelle-Calédonie (*A propos de l'ainhum*, in *Arch. de méd. nav.*, décembre 1879, t. XXXII, p. 440; sept. 1880, t. XXXIV, p. 298), parce que, de tous les cas publiés à propos de l'ainhum, ce sont ceux qui s'écartent le plus de la description type de l'affection. S'il s'agit réellement d'ainhum, Guyot aura eu l'heureuse fortune de rencontrer le premier l'ainhum congénital et le mérite de le reconnaître en présence de nombreuses difficultés.

La première observation est celle d'un enfant néo-calédonien, âgé de deux ans, qui présentait à sa naissance une amputation spontanée des extrémités du troisième orteil droit, ainsi que du médius et de l'annulaire de la main droite. Le troisième orteil droit, déjà tronqué, présentait, en outre, à la face dorsale de la deuxième phalange, une masse arrondie, de consistance adipeuse, et, au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange, un rétrécissement relatif avec induration. Le deuxième orteil droit était complet, mais, au niveau de l'interstice articulaire de la première et de la deuxième phalange, existait un sillon linéaire très marqué où la peau, comme tassée, de consistance fibreuse, régulièrement déprimée, commençait à pénétrer entre les surfaces articulaires. L'auriculaire de la main droite présentait un état analogue. Dès la naissance existait vers la base de la phalangette un étranglement circulaire déjà très profond; aujourd'hui, l'extrémité unguéale, transformée en une masse de la forme et de la grosseur d'une olive, molle à la pression, contenant un tubercule osseux central, est sur le point de se détacher, le pédicule a environ 3 millimètres de long et 2 millimètres d'épaisseur.

Est-ce bien là un cas d'ainhum? Je l'admettrais volontiers pour ma part, en ce qui concerne la troisième phalange du troisième orteil droit, tout en faisant toutes mes réserves quant aux autres doigts mutilés. Voilà la première observation prouvant que l'ainhum peut atteindre la main, la première aussi d'ainhum observé en dehors de la race nègre, puisque Collas n'a pas donné d'observations détaillées. Cette dernière constatation est intéressante, mais elle n'a pas, à mes yeux, l'importance que l'on paraît y attacher, attendu qu'une maladie peut bien changer de forme, mais qu'elle ne change pas de nature par ce fait qu'elle passe d'une race à une autre.

Les autres observations de Guyot, si intéressantes qu'elles soient, à titre d'exemples d'amputations spontanées, n'auraient jamais peut-être figuré à côté de l'ainhum, si le cas du jeune Néo-calédonien que je viens de rapporter ne leur servait de transition. Il s'agit, en effet, de trois naturels des îles Gilbert (dont une enfant de six semaines) qui présentaient divers types de syndactylies et des traces multiples d'amputations spontanées. Ce qui autorise Guyot à les rapporter à l'ainhum, c'est, dans un cas, *un sillon très profond* intéressant la face palmaire et le côté du pouce; dans un second, un autre sillon d'un demi-millimètre de profondeur situé vers le tiers inférieur de la main droite. Mais un symptôme ne caractérise pas complètement à lui seul une maladie, l'anatomie pathologique et l'ordre des accidents y contribuent également. Or, les malades de Guyot n'ont fait que passer sous ses yeux, et ses observations sont de pures constatations d'un état temporaire. Elles n'en sont pas moins intéressantes, mais rien ne prouve qu'elles appartiennent à l'ainhum dont l'aspect et la marche sont si caractéristiques. Ces sillons obliques, siégeant volontiers au niveau des interstices articulaires, me rappellent bien plus le fait de Mirault, d'Angers (*Gaz. hebd.*, 1863, n° 8, p. 113), observation capitale qui, suivant Moncorvo, aurait décidé Da Silva Lima à publier ses observations. Ils se rapprochent peut-être encore davantage du cas soumis par M. Lannelongue à l'examen de l'Académie. Ainsi que l'a très bien remarqué le savant chirurgien, c'est la question tout entière des amputations spontanées que ces faits évoquent et qu'il faut reprendre en sous-œuvre.

Quant à l'ainhum, ce n'est qu'un des processus de ces mystérieuses mutilations. Nous n'en connaissons ni l'étiologie, ni la nature, mais ce n'est pas une raison pour le confondre avec tous les autres, sous le prétexte que le résultat est le même.

Pour moi, jusqu'à preuve contraire, je croirai que l'ainhum est une affection indépendante, étroitement localisée aux orteils et peut-être aux doigts, liée si l'on veut à quelque trouble de l'innervation trophique que nous ne connaissons pas, mais aussi distincte de la lèpre que peut l'être le mal perforant, sur la nature intime duquel, après bien des efforts, nous ne sommes pas beaucoup plus éclairés.

E. Rochefort.

---

un mouvement digne de lui, les Américains ont ouvert une souscription dans le but de fonder un hôpital national qui portera le nom de Garfield. On devrait y réserver une salle pour les aliénés du genre de Guiteau.

L. H. Petit.

École pratique. — *Applications médicales, chirurgicales et obstétricales de l'électricité.* — M. le docteur Apostoli commencera son cours le mercredi 7 décembre, à deux heures (amphithéâtre n° 3), pour le continuer tous les mercredis suivants, à la même heure.

Collège de France. — *Cours de médecine.* — M. le professeur Brown-Séquard commencera son cours le jeudi 8 décembre, à deux heures et demie, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure, salle n° 6. Le professeur traitera de l'*Histoire physiologique et clinique de la mort.*

— M. François-Franck, remplaçant de M. Marey, commencera son cours le lundi 5 décembre, à quatre heures et demie, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure (salle n° 7). Il traitera de la *Circulation du sang dans les veines.*

Cours public sur les maladies des yeux. — M. le docteur Galezowski commencera ce cours à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), le lundi 5 décembre 1881, à huit heures du soir, et il le continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure. Ce cours comprendra l'étude : 1° des opthalmies sympathiques; 2° des affections syphilitiques de l'œil; 3° des névroses oculaires; 4° des cataractes et de leur mode opératoire. — Démonstrations ophthalmoscopiques à la fin de chaque séance.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

De l'hémorrhagie chez les femmes opérées de la hernie a l'époque de la menstruation par M. Fleury (de Clermont-Ferrant (1).

Je désire appeler l'attention de la section de médecine sur une variété d'hémorrhagie qui se manifeste quelquefois à la suite de l'opération de la hernie étranglée, et que j'ai déjà eu l'occasion d'observer chez trois malades. Il s'agit, bien entendu, de femmes, puisque c'est à l'époque des règles qu'elles se sont manifestées.

Je voudrais savoir si quelques-uns de mes savants confrères ont pu faire les mêmes remarques, mais je ne les ai vues signalées dans aucun ouvrage de chirurgie.

Dans tous les traités de pathologie externe, il est surtout question de l'écoulement du sang qui se produit après la section de l'une des artères qui entourent l'infundibulum de l'anneau crural; de là des préceptes en grand nombre pour pratiquer le débridement. Tandis qu'Astley Cooper préconise les incisions multiples, Dupuytren conseille la section en dehors et en haut; Pott divise l'arcade crurale directement en haut, Gimbernat en dedans sur le faisceau falciforme qui porte son nom.

Dans les faits que je signale, le débridement n'est pas en cause, c'est l'état congestif des organes situés dans la cavité pelvienne qui domine la position.

Si l'on réfléchit, en effet, aux modifications nombreuses et importantes que subissent à l'époque menstruelle les organes génitaux internes de la femme, il est impossible de ne pas conclure à l'existence chez cette dernière d'une imminence hémorrhagique; au moment des règles, en effet, on observe des phénomènes de congestion sanguine du côté des organes contenus dans le petit bassin. Le sang gorge le tissu de l'utérus, qui double presque de volume, à la manière des tissus érectiles, la muqueuse utérine se gonfle, s'épaissit, se plisse sur elle-même au point que M. Rouget voit dans ces phénomènes une véritable érection. L'organe devient ainsi le siège d'une turgescence érectile, la trompe, les ligaments larges sont tuméfiés, les parois vaginales elles-mêmes ont augmenté de volume, la vulve prend une coloration plus foncée et le tissu cellulo-musculaire du petit bassin est tout entier turgescent. L'anatomie de ces divers organes nous donne l'explication de ces différents phénomènes.

Nous sommes donc en droit de conclure que, pendant la période menstruelle, les femmes sont soumises à une espèce d'imminence hémorrhagique.

Dans quel rayon cette dernière s'exerce-t-elle? Est-elle générale ou simplement localisée aux régions voisines de la cavité pelvienne, de telle sorte qu'une plaie donnera lieu dans la circonscription du bassin à une hémorrhagie abondante, tandis qu'une blessure équivalente faite dans une région plus éloignée ne présentera pas cette complication ?

Lorsqu'on voit le retour des règles accompagné, chez la moitié des femmes, de troubles généraux sympathiques, et chez presque toutes d'un certain malaise, il est permis de croire que cette imminence hémorrhagique n'est pas seulement bornée aux diverses régions de l'abdomen et qu'elle retentit sur l'économie tout entière.

Quoi qu'il en soit, l'expérience nous apprend que la herniotomie pratiquée chez les femmes pendant la période menstruelle est fréquemment compliquée d'hémorrhagie consécutive.

Il me suffira, pour le démontrer, de citer les trois observations suivantes; les deux premières concernent des malades opérées en ville, la troisième a été recueillie dans mon service chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Clermont :

Obs. 1. — Le 18 novembre 1861, je fus appelé dans une petite ville des environs de Clermont, pour y voir une jeune dame qui, depuis quelques années, avait au pli de l'aine une grosseur que l'on avait considérée comme une hernie, puisqu'on lui avait conseillé de porter un bandage; mais comme elle n'éprouvait aucune gêne de cette grosseur et que le bandage la faisait souffrir par la pression qu'exerçait la pelote, elle y avait renoncé.

Dans la soirée du 16 novembre, elle apprend une fâcheuse nouvelle après son dîner; une indigestion bientôt suivie de vomissements en est la conséquence, et dans les efforts qu'elle fait la tumeur de l'aine augmente de volume, bientôt elle ressent à l'épigastre des douleurs et des tiraillements que suivent des nausées et des vomissements. Une potion calmante est ordonnée, elle fut prise sans succès. Je suis appelé le lendemain.

Cette coïncidence de malaises, de nausées, de vomissements et de l'apparition d'une tumeur à l'aine me donna de suite la pensée qu'il s'agissait d'une hernie étranglée et qu'une portion d'intestin était pincée dans l'anneau; mais comme la tumeur était encore molle, peu douloureuse, le médecin ordinaire de la malade ne crut pas à l'existence d'un étranglement; on pouvait donc attendre, l'obscurité, qui pour lui existait encore, ne tarderait pas à se dissiper.

Après avoir fait quelques tentatives de taxis, qui restèrent sans succès, je prescrivis des onctions avec de l'extrait de belladone et l'application d'une vessie remplie de glace (il était alors sept heures du soir).

Malgré l'action des réfrigérants, les règles parurent dans la nuit. Cette dame était à son époque menstruelle.

Le lendemain, l'état de la malade s'était aggravé, il y avait même eu un vomissement de matières verdâtres, et de temps en temps elle se plaignait de ne pas pouvoir respirer; le malaise partait toujours du creux de l'estomac. La tumeur était plus volumineuse, plus tendue, formée en dedans par une portion rénitente, et en dehors par un corps mou. D'un côté devait être l'intestin, de l'autre l'épiploon, suivant toutes les apparences; aussi, lorsque j'arrivai à deux heures, il n'y avait plus aucune espèce de doute à conserver.

Je préparai tout pour une opération qui devenait d'autant plus urgente qu'au sentiment de gêne à l'épigastre s'ajoutaient des douleurs assez vives pour faire pousser des cris à la malade. L'opération fut des plus simples. Le sac contenait une sérosité citrine, une anse intestinale constituait la plus grande partie de la tumeur, le reste était formé par l'épiploon qui adhérait à l'anneau.

Le débridement a bien offert quelques difficultés, je n'ai pu le faire qu'à travers l'épiploon, mais la réduction n'en a pas moins été facile, seulement comme celui-ci adhérait au sac, j'ai excisé toutes les parties qui faisaient saillie à travers l'anneau.

Il m'a semblé, pendant l'opération, que l'écoulement du sang était plus abondant qu'à l'ordinaire, cependant aucune ligature n'a été faite. Quelques boulettes de charpie ont été placées au fond de la plaie, des compresses d'eau froide appliquées pardessus. Immédiatement après l'opération, la douleur épigastrique a disparu et la malade n'a plus ressenti que la cuisson de la plaie.

Tout allait donc pour le mieux lorsqu'au bout de quelques heures on s'est aperçu que les pièces du pansement étaient imbibées de sang.

Le médecin qui soignait la malade a eu recours, sans succès, à l'eau de Léchelle, et au perchlorure de fer étendu d'eau. L'écoulement du sang n'a cédé qu'à l'emploi du perchlorure de fer pur.

Lorsque j'arrivai, à dix heures du soir, l'hémorrhagie était arrêtée.

Je me demandai, en présence d'un pareil fait que j'observais pour la première fois, si la menstruation avait été pour quelque chose dans cette complication; cela me parut assez probable, car le débridement avait été très simple, et l'épiploon est bien peu vasculaire. Si la section d'une artère en eût été la cause, l'hémorrhagie eût été immédiate, comme j'ai eu l'occasion de l'observer dans une autre circonstance.

Un second fait vint bientôt confirmer cette manière de voir.

Les suites de l'opération n'en furent pas moins heureuses pour la malade qui plus tard a pu porter, sans en être fatiguée, son bandage, car auparavant la pelote appuyait sur la portion d'épiploon qui était irréductible; l'excision que j'en

(1) Travail lu au Congrès pour l'avancement des sciences, à Alger, avril 1881.

avais pratiquée au niveau de l'anneau avait fait disparaître la saillie qui existait à l'extérieur.

OBS. II. — Au mois d'août de l'année 1863, on m'appela à la hâte dans une maison de Clermont pour y voir une domestique qui se plaignait d'éprouver des coliques très violentes. Cette fille, qui est âgée de quarante-deux ans, est douée d'une bonne constitution et a toujours joui d'une excellente santé. Elle a bien aperçu depuis quelque temps une petite grosseur au pli de l'aine gauche, mais elle n'y a jamais attaché une grande importance, car elle n'était pas toujours apparente.

Dans la nuit du 8 au 9 août, elle a une indigestion et dans un effort qu'elle fait pour uriner, la grosseur sort de l'abdomen beaucoup plus volumineuse qu'elle ne l'est ordinairement.

A la vue et au siège de la tumeur, à sa dureté et à sa tension, je ne doute pas que ce ne soit une hernie crurale étranglée. Je fais quelques tentatives de taxis qui restent infructueuses; je recommande à la malade de les renouveler de temps en temps et je prescris l'application de sachets remplis de glace.

Sous l'influence de cette médication, les accidents n'augmentent pas, mais la tumeur reste toujours la même, sa tension est telle que l'étranglement me paraît très fort. Je me décide à opérer dans la soirée.

La malade me dit qu'elle a ses règles, mais qu'elles sont sur le point de finir. Cette considération ne pouvait pas m'arrêter. L'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané donne issue à une quantité de sang plus considérable qu'à l'ordinaire. Les recherches les plus attentives ne me font cependant découvrir aucun vaisseau susceptible d'être lié. Je me borne à absterger la plaie et je continue l'opération.

Le sac est très mince, exactement appliqué sur l'intestin, la constriction est tellement forte que, pour diviser l'anneau crural, je suis forcé de glisser un bistouri sur une sonde cannelée; la hernie est formée par une anse d'intestin grêle, sa couleur est d'un rouge violacé. Le doigt glissé dans l'ouverture éprouve une certaine résistance, formée par une bride transversale, située à quelques millimètres au-dessus de l'anneau. Je crains en réduisant de refouler l'intestin dans cette espèce de cul-de-sac et je coupe sur mon doigt cette bandelette fibreuse qui est peut-être l'arcade crurale elle-même, l'intestin s'étant échappé par quelque ouverture du fascia cribriforme. La réduction devient dès lors très facile, et je puis m'assurer que l'anse étranglée flotte librement dans la cavité abdominale.

La plaie fournit bien un peu plus de sang qu'à l'ordinaire, mais dans la circonstance actuelle cela ne m'étonne pas. Au lieu d'introduire, comme je le fais généralement, un linge troué enduit de cérat par-dessus lequel sont placés des tampons de charpie, je glisse quelques boulettes serrées que je presse assez fortement, et je recommande à la malade d'appuyer le doigt sur le bandage triangulaire qui recouvre l'appareil.

Une heure s'était à peine écoulée qu'une hémorrhagie se déclare, je conseille des applications d'eau froide, mais elles sont insuffisantes. Je me rends alors auprès de la malade et j'enlève toutes les pièces du pansement qui sont imbibées de sang artériel. La plaie est alors mise à découvert. Le sang sort en nappe des parties profondes, il paraît fourni par les vaisseaux qui se distribuent aux muscles de l'abdomen, car je ne puis croire à la lésion d'un vaisseau d'un certain calibre.

Je comprime avec le doigt pendant que l'on court à la pharmacie la plus voisine chercher du perchlorure de fer; pendant ce temps, on projette de l'eau froide au visage de la malade qui est dans un état de demi-syncope. Je glisse ensuite entre les lèvres de la plaie de petits tampons de charpie imbibée de perchlorure de fer et je recommande aux personnes qui entourent la malade d'exercer à tour de rôle une compression légère au pli de l'aine.

Cette médication a réussi, comme je l'espérais; la guérison a été retardée par cet incident, mais elle n'en a pas moins été heureuse.

Pendant l'opération d'une hernie étranglée, une hémorrhagie est un accident grave qui doit faire craindre la division de quelques-uns des vaisseaux qui entourent l'infundibulum.

Le danger n'est assurément pas aussi grand pendant l'état menstruel, mais il n'en peut pas moins compromettre l'état des malades, comme nous l'avons vu dans cette circonstance.

Dans le premier cas, la ligature du vaisseau, quoique difficile, est peut-être urgente; dans le second, on peut se borner à l'emploi des astringents et des absorbants aidés d'une compression légère. Il faut donc, avant de pratiquer l'opération de la hernie crurale étranglée, interroger les femmes pour savoir si l'époque menstruelle est passée, car si elle existe ou même si elle est sur le point d'arriver, des phénomènes analogues peuvent se produire, comme nous le verrons bientôt; il faut donc se tenir sur ses gardes.

Lorsqu'une opération peut être renvoyée, nous choisissons notre moment; s'il s'agit d'un étranglement herniaire, la temporisation n'est plus permise, il faut agir, sauf à se tenir prêt à parer aux dangers que peuvent courir les malades.

OBS. III. — Une femme âgée de trente-cinq ans, mère de famille, née au village de Champeyroux (Puy-de-Dôme), est affectée depuis sept ans d'une hernie crurale qui n'a jamais été maintenue par un bandage et qui rentrait facilement sous l'influence d'une pression légère et même dans la position horizontale.

Le 10 juillet 1874, dans un accès de toux, la tumeur sortit, s'étrangla et devint irréductible. Toutes les tentatives que fit la malade pour la réduire furent inutiles, la hernie augmenta de volume, devint de plus en plus tendue et douloureuse; les hoquets, les nausées et les vomissements ne tardèrent pas à se montrer.

Le lendemain, un médecin est appelé, il pratique inutilement le taxis et engage la malade à se soumettre à l'opération de la herniotomie. Elle est conduite à l'hôpital de Clermont dans la matinée du 12 juillet.

La tumeur, du volume d'une grosse noix, était dure, tendue, douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau, le ventre était ballonné, mais ne présentait ni tension, ni douleurs, le pouls était résistant, sans offrir une grande fréquence, la malade se trouvait donc dans de bonnes conditions, la kélotomie fut immédiatement pratiquée.

Lorsque la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le *fascia superficialis*, le sac eurent été divisés, et l'anse intestinale mise à nu, je remarquai que cette dernière présentait une tache grisâtre sur un point très limité et offrait une couleur lie de vin dans le reste de son étendue. A sa partie externe et supérieure, on apercevait une petite portion d'épiploon.

Le débridement ayant été opéré directement en haut, l'anse intestinale étranglée fut attirée à l'extérieur, afin de juger des effets de la constriction, mais comme elle me parut en très bon état, excepté sur un point très circonscrit, elle fut repoussée dans la cavité abdominale avec l'épiploon qui avait conservé sa couleur et sa souplesse; un linge troué enduit de cérat fut placé sur la plaie, de la charpie par-dessus et le tout fut maintenu par un bandage triangulaire, des pilules d'extrait thébaïque furent prescrites à deux heures d'intervalle l'une de l'autre et un lavement dans la soirée. La religieuse de la salle ayant mal compris la prescription, voulut faire administrer le lavement au bout de deux heures, mais en découvrant la malade, on s'aperçut que l'appareil était imbibé de sang.

L'interne de garde, aussitôt appelé, essaya vainement à deux reprises différentes de se rendre maître de l'hémorrhagie au moyen du tamponnement, il fallut envoyer chercher le chef du service.

Comme j'étais convaincu que les émissions pratiquées n'avaient intéressé aucun vaisseau important, je dus chercher ailleurs la cause de l'hémorrhagie. Je demandai à la malade si elle n'avait pas ses règles; sa réponse fut négative, elle ne les attendait pas avant huit jours.

Un tamponnement fait avec des boulettes de charpie attachées les unes aux autres et glissées dans la plaie, des compresses imbibées d'eau froide eurent bientôt suspendu l'écoulement du sang. La nuit suivante, la malade ressentit au bas ventre des coliques et des douleurs suivies bientôt de l'écoulement du flux menstruel, la cause de l'hémorrhagie était alors manifeste. Au bout de vingt-quatre heures, un engorgement inflammatoire se manifesta à la région inguino-crurale droite, et l'issue à travers la plaie d'un liquide jaune à odeur stercorale ne tarda pas à démontrer que, à la chute de la petite eschare que l'on avait remarquée sur l'intestin, venait de se produire une fistule; l'écoulement des matières intestinales ne persista que six jours, la plaie se recouvrit bientôt de bourgeons de bonne nature, la cicatrice marcha rapidement et le 30 juillet la malade put retourner dans son village.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'opérer des femmes enceintes, je me demande si le même accident ne se produirait pas.

Chez elles, en effet, le nombre des globules diminue, la proportion d'eau augmente dans le sang artériel comme dans le sang veineux, elles fournissent au fœtus des quantités considérables de principes immédiats dissous, il résulte de là que plus la grossesse avance, plus on voit prédominer l'eau; dans ces conditions, l'hémorrhagie est facile et le moindre traumatisme la provoque. La déchirure des végétations vulvaires, leur excision amènent des pertes de sang que l'on a quelquefois de la peine à arrêter. Il me semble que l'opération de la hernie étranglée pourrait faire courir à ces femmes les mêmes dangers et qu'il est bon d'en être averti. Il est vrai que l'utérus, en se développant, éloigne des anneaux l'intestin grêle et l'épiploon qui sont les organes les plus mobiles et ceux qui entrent le plus souvent dans la composition des hernies.

M. Verneuil a communiqué à la Société de chirurgie un cas de trachéotomie qui provoqua une hémorrhagie incoercible chez une femme enceinte; il l'attribue à une stase sanguine et à une turgescence considérable des plexus veineux thyroïdiens produite par la distension de l'abdomen.

Le même effet ne pourrait-il pas se produire dans les veines situées dans l'excavation pelvienne? Mais, je le répète, je n'ai aucun fait de ma pratique personnelle à invoquer. C'est une question que j'adresse à mes savants collègues qui font partie du Congrès.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

La parole chez les sourds-muets, par M. *Hément*. — Selon M. Hément, après huit ou dix années de bonnes études, la voix ne présente plus, chez les sourds-muets, la rudesse qui a frappé M. Blanchard, et il est possible, dans bien des cas, d'y reconnaître un *accent* particulier, en rapport avec l'origine des sujets. A l'appui de l'influence qu'exerce l'hérédité sur les caractères de la prononciation, M. Hément cite des exemples d'enfants restés orphelins peu de temps après leur naissance, et présentant, comme leurs parents, soit une tendance à parler du nez, soit une difficulté à prononcer certaines articulations, comme celle de l'*s* ou du *ch*.

Emploi du chlorure de zinc. — M. *Delaurier* adresse une note relative à l'emploi externe du chlorure de zinc dans certaines affections.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre du commerce et des colonies demande l'avis de l'Académie sur une brochure de M. le docteur *Fiessinger* (de Thaon) concernant les *opérations vaccinoles* (*Commission de vaccine*), et transmet plusieurs formules et échantillons de remèdes secrets et nouveaux renvoyés à la section spéciale.

L'Académie reçoit: 1° des lettres de M. le docteur *Siredey*, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section des associés libres; 2° de M. le docteur *Mathias Duval*, candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie; 3° M. le docteur *Pargoive* (de Liancourt) adresse un mémoire manuscrit concernant une *Méthode nouvelle de traiter le choléra* (*Commission des épidémies*); 4° M. le docteur *Renard* envoie le *Rapport pour* 1880 *sur les eaux thermales de Hammam-Riza et de Hammam-Meskoustine* (*Commission des eaux minérales*).

M. le docteur *Dally* adresse: 1° une brochure sur l'*anthropométrie médicale*; 2° un mémoire sur *l'exercice méthodique de la respiration dans ses rapports avec la conformation thoracique et la santé générale*; 3° un mémoire qu'il a signé avec M. le docteur *Chassagne*, intitulé: *Influence de la gymnastique sur le développement de la poitrine, des muscles et de la force de l'homme.*

M. le docteur *E. Janssens* envoie l'*Annuaire démographique de Bruxelles pour* 1880 et le *Rapport fait au conseil communal de Bruxelles par le bourgmestre et les échevins sur la situation des affaires de Bruxelles en* 1880.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose: 1° au nom de M. le docteur *G. Eustache* (de Lille), une brochure intitulée: *Les vacances d'un médecin au Congrès médical international de Londres*; 2° de la part de M. le docteur *Cazenave de la Roche* (de Menton), un mémoire imprimé portant le titre suivant: *Une lacune dans l'enseignement de nos études médicales*; 3° le *Catalogue de la bibliothèque des malades de l'Hôtel-Dieu*; 4° au nom de M. le docteur *Jules Félix* (de Bruxelles) un ouvrage intitulé: *De l'action physiologique et thérapeutique du phosphore pur et de son emploi dans le traitement curatif de la bronchite chronique, de l'emphysème et de la phthisie pulmonaire*; 5° de la part de M. le docteur Francesco Orsi (de Pavie) un mémoire imprimé portant le titre suivant: *Caso di tumore tuberculare della midolia allungata.*

M. *Le Roy de Mericourt* présente, au nom de M. le docteur *Fonssagrives* (de Montpellier), son *Formulaire thérapeutique à l'usage des praticiens.*

M. *Verneuil* offre, de la part de M. le docteur *L. H. Farabeuf*, le tome II de son *Précis de manuel opératoire.*

M. *Lasègue* fait hommage, au nom de M. le docteur *Albert Blum*, d'un ouvrage intitulé: *Chirurgie de la main*, et en son nom, un travail portant le titre suivant: *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve.*

Décès de M. Briquet. — M. *le Président* fait part à l'Académie du décès de l'un de ses membres les plus âgés, M. le docteur Briquet, décédé vendredi dernier, à l'âge de quatre-vingt-six ans. M. Briquet était un clinicien; il avait conquis les grades de professeur agrégé à la Faculté et de médecin des hôpitaux, et ses travaux avaient eu surtout pour objet la pathologie médicale; ayant publié un ouvrage sur le quinquina, il fut nommé à l'Académie, le 31 janvier 1860, dans la section de physique et de chimie. M. le Président se fait l'interprète de tous ses collègues en rendant hommage « au savant modeste, au praticien original », qui faisait, il y a quelques semaines encore, une communication à l'Académie.

Élection. — M. *Vulpian* est élu, en remplacement de M. Briquet, membre de la commission chargée de dresser la liste de présentation à la place déclarée vacante dans la section des associés libres.

Fièvre jaune. — M. le ministre de la marine prie l'Académie « de se livrer, au sujet de la fièvre jaune, à une enquête semblable à celle qu'elle a faite sur la peste de 1879 », afin de guider les médecins de la marine dans leurs recherches et de faire connaître quels sont les faits actuellement acquis à la science dont la pratique peut tirer profit dans le but de prévenir le retour d'épidémies pareilles à celle qui sévit depuis trois ans avec une extrême violence dans nos colonies. — L'Académie renvoie la lettre de M. le ministre à une commission composée de MM. Pasteur, Davaine, Fauvel, Rochard, Le Roy de Méricourt et Léon Colin.

Cas de polysarcie. — M. *Hillairet* présente à l'Académie une enfant de cinq ans pesant 124 livres, mesurant 1^{m},15 de hauteur.

Paludisme et diabète. — Six fois dans le cours de la présente année, M. *Verneuil* a observé diverses affections chirurgicales chez des sujets atteints simultanément de glycosurie et de paludisme plus ou moins ancien; chez les deux premiers notamment, qui devaient subir des opérations, il chercha, d'une part, l'influence que les maladies constitutionnelles préexistantes pourraient exercer sur le travail réparateur local, et, d'autre part, le retentissement que pourrait avoir le trauma opératoire sur l'organisme ainsi doublement empoisonné. C'est, on le voit, un nouveau chapitre que M. Verneuil s'efforce ainsi d'ajouter à son œuvre si remarquable et si importante sur l'influence des traumatismes sur les diabètes, et c'est en même temps une nouvelle étude sur la glycosurie paludéenne qu'il entreprend. A vrai dire, l'histoire des rapports entre la glycosurie et la malaria est fort peu avancée: depuis quarante ans au moins, on a signalé dans les antécédents de quelques diabétiques l'existence de la malaria, mais ce commémoratif, important aux yeux des uns (Prout), n'a guère de valeur pour les autres (Cantani); d'ailleurs, on ne s'est pas même occupé d'établir par des relevés statistiques s'il s'agissait là d'une relation étiologique ou d'une simple coïncidence. Depuis plus de vingt-deux ans, cependant, on a avancé que l'urine recueillie pendant l'ac-

cès fébrile palustre, renferme de la glycose fréquemment, mais passagèrement et en quantité généralement assez faible; mais ce résultat annoncé par M. Burdel (de Vierzon) a été contesté par M. Gigon (d'Angoulême), et l'un et l'autre semblent s'être mis dans des conditions de recherches également bonnes; et depuis près de dix ans que la négation a succédé à l'affirmation, nul n'a tenté de donner une solution à ce conflit. En tout cas personne, même parmi ceux qui admettant volontiers le rapport entre les deux maladies, ont fourni des faits à l'appui, n'a songé à examiner quelle influence les deux éléments associés pouvaient avoir l'un sur l'autre, si le paludisme était plus ou moins grave chez les diabétiques et le diabète plus ou moins grave chez les paludiques, enfin, comment se comporteraient les affections intercurrentes, traumatiques ou autres, chez les sujets atteints des deux maladies générales.

Se plaçant uniquement à ce dernier point de vue, M. Verneuil rapporte les six observations qu'il a recueillies cette année et qui comprennent les cas suivants : épithélioma du pénis, épithélioma de la pointe de la langue, gangrène spontanée de la peau du talon en voie d'extension, rétrécissement de l'œsophage, tumeur volumineuse à la joue, fistule anale chez un strumeux. Dans ces deux derniers cas, le paludisme avait précédé la glycosurie; chez tous le traumatisme détermina le réveil de l'affection antérieure, si bien qu'il semble à M. Verneuil qu'on peut établir les conclusions suivantes : 1° la malaria engendre fréquemment la glycosurie; — 2° celle-ci se présente sous deux formes, l'une, contemporaine de l'accès fébrile, et comme lui passagère, l'autre, plus ou moins tardive, indépendante des paroxysmes fébriles et en tout cas permanente; la seconde forme est vraisemblablement la suite de la première, mais l'époque de la substitution est tout à fait inconnue; rien ne prouve même que dans les pays paludiques le diabète ne puisse pas s'établir d'emblée comme forme larvée de l'intoxication; — 3° la glycosurie permanente semble atteindre de préférence des paludiques vigoureux entachés d'arthritisme; — 4° la glycosurie palustre paraît être une des formes bénignes du diabète; — 5° les affections intercurrentes survenues chez les paludo-diabétiques peuvent prendre certains caractères du paludisme ou de la glycosurie ou des deux maladies à la fois. Les lésions traumatiques peuvent aisément réveiller ou aggraver les deux diathèses, mais de préférence les manifestations telluriques.

M. *Léon Colin* reconnaît la pénurie des documents qui permettent de trancher complétement la question soulevée par M. Verneuil, bien que de nombreux travaux aient été publiés sur le paludisme et qu'il ait été étudié depuis longtemps par un grand nombre d'observateurs. Il faut d'ailleurs une attention clinique de tous les instants pour reconnaître la présence d'un diabète plus ou moins passager sous l'influence de la fièvre intermittente, et il lui semblerait prématuré, dans l'état actuel de la science, de conclure à un rapport aussi direct que M. Verneuil voudrait le faire admettre entre la malaria et la glycosurie. Les observations recueillies par M. Verneuil ne lui semblent pas non plus absolument probantes; le petit nombre des accès de fièvre, l'intervalle considérable qui s'est écoulé depuis que les opérés avaient été atteints par la malaria feraient plutôt supposer que les accidents fébriles sont dus uniquement à l'opération et n'ont aucun rapport avec une affection disparue depuis si longtemps. En résumé, M. Colin pense qu'il faudrait d'autres preuves pour apprécier le caractère réel de l'impaludisme chez les sujets en question.

M. *Verneuil* demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance, afin de rapporter des renseignements précis sur les observations qu'il a pu faire de réveil du paludisme à des dates et à des époques très éloignées.

Le sentiment général de l'Académie est également que la discussion d'un aussi important mémoire, dont la lecture avait duré une heure et quart, ne pouvait être improvisée; plusieurs membres, parmi lesquels M. Le Roy de Méricourt, se proposent de combattre les conclusions de M. Verneuil à la séance de mardi prochain.

Viandes américaines. — On se rappelle qu'un décret du 18 février 1881 a prohibé l'entrée en France des viandes de porc salées provenant d'Amérique en raison des trichines que ces viandes renferment. M. le docteur E. Decaisne, candidat dans la section des associés libres, vient donner lecture d'un mémoire dans lequel il demande le retrait de ce décret; ce mémoire est rempli de considérations d'ordre économique et commercial. Quant à sa partie scientifique et hygiénique, elle ne fait que rappeler que les trichines renfermées dans la viande de porc sont tuées par un certain temps de salaison, et dans tous les cas par une cuisson à la température de l'eau bouillante. — L'examen de ce mémoire est renvoyé à MM. Bouley, Proust et Chatin (voy. p. 780).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Correspondance. — Récidives de la coxalgie. — Hernie irréductible enflammée; kélotomie; guérison. — Inversion utérine. — Hernie ombilicale étranglée; kélotomie; guérison. — Ablation d'un goître; mort. — Présentation d'une pièce.

M. *Monod* présente une femme de soixante-douze ans, atteinte d'éléphantiasis des jambes, et dépose sur le bureau la photographie de cette malade.

— M. *Lannelongue* offre, au nom de M. *Comballat* (de Marseille), un mémoire sur la résection du maxillaire supérieur.

— M. *de Saint-Germain* fait hommage à la Société, au nom de l'auteur, M. *Félizet*, d'une brochure intitulée : *Notes pour servir à l'histoire de la trépanation dans les fractures du crâne.*

— M. *Trélat* lit une note contenant le résumé de ses idées sur les récidives coxalgiques. Les rechutes sont fréquentes; ce sont des rechutes et non des récidives, parce que la guérison n'est qu'apparente. La douleur existe souvent, mais n'est pas un phénomène nécessaire. La gouttière de Bonnet corrige les attitudes vicieuses et supprime la douleur; on croit l'enfant guéri et on abandonne l'appareil, et tout est à recommencer. Ce que M. Verneuil appelle récidives apparentes sont des rechutes réelles.

M. *Verneuil.* Entre les récidives et les rechutes il n'y a pas un abîme. Dans sa communication, M. Verneuil a surtout étudié la difformité revenant lentement, la flexion du membre se faisant peu à peu, sans douleur, l'enfant n'étant pas fatigué par la marche. Cette substitution d'une difformité lente et indolente à une maladie que l'on considérait comme guérie, est chose rare et qui n'était pas décrite. M. Verneuil a cherché à l'expliquer par les contractures et les atrophies musculaires bien constatées. Un jour ou l'autre, M. Trélat rencontrera des cas analogues.

M. *Marjolin.* Les terminaisons de la coxalgie sont différentes suivant le moment où intervient le chirurgien. Au début, quand il y a arthralgie simple, avec le repos on obtiendra la guérison sans rechutes. Si l'enfant ne se repose pas assez longtemps, ou si les os sont malades, on aura des récidives.

— M. *Périer* lit un rapport sur une observation de kélotomie adressée à la Société de chirurgie par M. Lemay (de

Saint-Sever-sur-Adour). Un homme de soixante ans avait deux hernies inguinales anciennes. Le 2 février, celle de gauche devint irréductible. Un médecin essaya de réduire par le taxis. Le 3 février, le malade eut une selle régulière. Cependant, un spécialiste fit deux séances de taxis de une heure par séance; le malade était épuisé.

Le 4 février, M. Lemay fut appelé; le scrotum était distendu par un épanchement séro-sanguinolent; il y avait menace de phlegmon, ce qui décida M. Lemay à intervenir chirurgicalement. Il fit donc la kélotomie et réduisit une anse intestinale de 30 centimètres de longueur; le péritoine était déchiré en deux points. Méthode de Lister. Le malade guérit.

Le taxis forcé n'eut pas de conséquences graves, et la guérison eut lieu malgré la déchirure du sac. Si l'étranglement eût été absolu, la première séance de taxis eût suffi pour déchirer l'intestin. M. Lemay demande s'il est bien nécessaire d'exciser le sac pour guérir la hernie? C'est une condition favorable pour obtenir une guérison durable.

M. *Desprès* condamne le taxis d'abord, et ensuite l'opération. Quand un malade rend des gaz par l'anus, le chirurgien ne doit pas faire la kélotomie. Les bains, les purgatifs, et en dernier ressort la bande de caoutchouc suffisent pour amener la réduction. Dans ces cas, la guérison après la kélotomie est exceptionnelle.

M. *Périer*. Les chirurgiens sont maintenant disposés à tenter la cure radicale des hernies irréductibles.

M. *Trélat*. On comprend que la crainte du phlegmon ait fait agir M. Lemay; d'un autre côté, la méthode antiseptique a ouvert la porte aux opérations de cure radicale des hernies. Un homme a une hernie irréductible sans phénomènes d'étranglement, quelle est l'indication? Voir d'abord si l'irréductibilité persistera; on obtient parfois la réduction après trois semaines de traitement : repos, purgatifs, taxis, bande de caoutchouc, etc. Si la hernie reste irréductible, le chirurgien se trouve en face d'une infirmité et il se résout ou non à tenter la cure radicale de la hernie irréductible. Ou bien encore, la hernie est rentrée, mais sort à chaque instant par l'anneau trop large; c'est encore à voir s'il faut opérer. C'est donc contre l'infirmité qu'on agira ou non, mais non pas contre une hernie irréductible depuis quinze ou vingt jours.

— M. *Périer* fait un rapport sur une observation d'inversion utérine traitée comme un polype utérin; l'observation est adressée à la Société par M. Chavernac (d'Aix). Une femme accoucha pour la deuxième fois à vingt-huit ans; la sage-femme fit des manipulations intempestives. Depuis, la malade accusa une sensation de corps étranger dans le vagin et eut des métrorrhagies. Un médecin crut à la présence d'un polype et appliqua une ligature avec un serre-nœud, mais on dut suspendre la constriction à cause de l'atroce douleur accusée par la malade.

C'est alors que M. Chavernac vit l'opérée; elle était pâle, froide, affaiblie par l'hémorrhagie, souffrant beaucoup; la tumeur était grosse comme le poing et saignante; c'était une inversion utérine; le col utérin était presque effacé et on ne trouvait plus l'utérus dans le bassin. M. Chavernac coupa le fil de la ligature, mais la malade mourut trente-six heures après. M. Périer montre l'utérus portant encore les traces des liens constricteurs. Dans les cas où l'ablation de la matrice serait nécessaire, M. Chavernac donnerait la préférence à la ligature élastique.

— M. *Chauvel* communique une observation de hernie ombilicale étranglée; kélotomie le sixième jour, guérison le quinzième jour.

La hernie ombilicale, ordinairement non réductible, était maintenue par une pelote concave; un jour elle rentra et on appliqua une pelote convexe. A la suite d'un effort, elle ressortit et demeura irréductible. Les signes d'étranglement parurent aussitôt; vomissements. Le quatrième jour il y eut une certaine amélioration. Mais bientôt les vomissements revinrent; extrémités froides; la hernie avait le volume d'une grosse noix. Opération le sixième jour, avec les précautions antiseptiques et le chloroforme. Le pédicule était mince et le sac épais; on trouva deux anses d'intestin grêle; l'étranglement était produit par le collet du sac. Résection du sac; sutures au catgut; guérison. L'intervention chirurgicale est maintenant admise dans les hernies ombilicales étranglées, et dans ce cas l'étranglement existait en réalité.

M. *Terrier* est d'avis d'intervenir rapidement quand il s'agit de hernies ombilicales étranglées; aussitôt le malade réchauffé, il faut opérer.

— M. *Bouilly* lit une observation d'ablation de goître hypertrophique simple; mort en 68 heures.

Femme originaire d'Aix en Savoie; le goître débuta en 1876; pendant quatre ans, il n'occasionna aucune gêne; mais il y a six mois, la tumeur augmenta notablement. La malade entra à l'hôpital le 10 octobre 1881. Le goître avait le volume d'une orange et adhérait à la trachée; on ne constatait ni souffle ni battements. Accès fréquents de suffocation. Souffle anémique au cœur.

Opération le 22 octobre 1881. Méthode antiseptique. Dans l'après-midi, l'opérée accusa une sensation de gêne derrière le sternum, jusqu'à l'appendice xyphoïde; face pâle; le lendemain, la température était de 39 degrés. Le jour suivant, froid, cyanose, pouls fréquent, dyspnée. Odeur fétide quand on change le pansement. La malade meurt dans la journée.

A l'autopsie, on voit que le champ opératoire est couvert d'un pus fétide; derrière le sternum on voit une nappe purulente. Le feuillet séreux du péricarde est enflammé. La tumeur était une hypertrophie glandulaire simple. La malade a succombé à un phlegmon du médiastin et à une péricardite consécutive.

— M. *Lannelongue* présente une pièce. Un enfant portait depuis sa naissance une petite tumeur au côté externe du cinquième doigt de la main gauche. Cette tumeur avait le volume d'une cerise et avait un pédicule de 1 centimètre de longueur. M. Lannelongue coupa le pédicule avec des ciseaux. Sur une coupe on voit qu'il s'agit d'une tumeur érectile, dont la partie centrale est formée d'un lacis de vaisseaux, et la périphérie de tissu lacunaire contenant un liquide kystique.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Thrombose de l'artère centrale de la rétine dans la migraine ophthalmique : M. Galszowski. — Comparaison de la survie des nerfs et des muscles à l'anémie locale : M. Ch. Richet. — Formation des globules rouges dans la moelle des os : M. Malassez. — Rapports entre les différences des dégénérations secondaires chez divers animaux et les différences des troubles paralytiques : M. Pitres. — Sang des sauriens : MM. Blanchard et Regnard.

M. *Laborde* rappelle à l'occasion du procès verbal (recherches de M. Brown-Séquard sur la rigidité *post mortem*), le travail très étendu de M. Rondeau sur ces questions (*Rigidité cadavérique*, th. de Paris).

— M. *Galezowski* ayant eu l'occasion d'examiner un certain nombre de cas de migraine ophthalmique, a constaté que quelques-uns des accidents visuels accompagnant la migraine pouvaient persister après sa disparition et passer à l'état de troubles permanents : parmi ces troubles il cite les scotomes; M. Charcot a observé de même la persistance de l'aphasie, etc.

L'auteur s'est donc préoccupé de déterminer le siège et la nature des lésions qui déterminent la permanence des acci-

dents visuels : dans un cas tout récent il a constaté l'oblitération de l'artère centrale de la rétine avec atrophie papillaire. Pour lui cette oblitération résulte non d'une embolie de l'artère, mais d'une thrombose. Il suppose que le spasme vasculaire qui accompagne l'accès peut produire un resserrement tel des petits vaisseaux, que la circulation y soit complètement suspendue et que la coagulation sanguine en soit la conséquence.

— M. *Ch. Richet* a comparé la survie des nerfs et des muscles à la suite de l'anémie locale. Ayant observé antérieurement (expériences avec Brissaud) que l'anémie obtenue par la bande d'Esmarch supprime en deux ou trois minutes les contractures des hystériques, tandis que les muscles et les nerfs moteurs conservent toute leur excitabilité, il pense que l'élément frappé de suspension fonctionnelle est ici la plaque motrice.

Ces expériences ont montré combien il est difficile de se prononcer sur le degré de survie du nerf moteur dans un membre anémié : l'organe terminal étant paralysé très vite, on ne peut savoir ce qui advient de la fonction du conducteur centrifuge. Aussi M. Richet s'est-il adressé au nerf sensible ; en privant complètement le membre postérieur d'un chien de sa circulation (par l'amputation de tous les tissus sauf du nerf sciatique), il a vu persister les manifestations de sensibilité au minimum une heure et demie dans l'extrémité du membre. Il semble donc que les appareils nerveux sensibles périphériques, résistent beaucoup plus longtemps à l'anémie que les organes terminaux des nerfs moteurs.

— M. *Malassez* a étudié le mode de formation des globules rouges aux dépens des globules nucléés de la moelle des os. Dans les deux principales théories émises jusqu'ici, on suppose ou bien que le noyau disparaît, — la portion persistante constituant le globule définitif, — ou bien que c'est le noyau lui-même qui va devenir le nouveau globule rouge après avoir été comme chassé, par expression, de la coque qui le renfermait. M. Malassez n'accepte ni l'une ni l'autre de ces explications : les faits qu'il a observés lui font admettre pour la formation des globules rouges, aux dépens des cellules nucléées de la moelle des os, une autre théorie qui se rapproche de celle qu'il a déjà exprimée au sujet de la formation des globules rouges dans la rate. Il a observé à la surface des cellules nucléées des prolongements en forme de bourgeons qui, en se pédiculisant de plus en plus, finissent par se libérer de la cellule mère et deviennent les nouveaux globules rouges.

Quand aux cellules rouges de la moelle des os elles-mêmes, il n'admet pas qu'elles soient le dernier stade de transformation des globules blancs ; jamais il n'a pu saisir les formes intermédiaires. Elles proviendraient d'autres cellules dont le protoplasme se différencierait de plus en plus en se chargeant graduellement d'hémoglobine.

— M. *Pitres*, recherchant comparativement le siège et l'étendue des faisceaux de sclérose descendante dans la moelle de l'homme et de divers animaux, est arrivé aux conclusions suivantes :

Chez l'homme, la bande de dégénération occupe la partie postérieure du cordon latéral opposé à la lésion des régions motrices du cerveau ou de la capsule interne ; elle s'étend à une grande partie du faisceau latéral ;

Chez le singe, comme cela est évident sur des pièces de Ferrier, la disposition est la même ;

Chez le chien, la dégénération occupe une étendue moins grande du faisceau latéral ;

Chez le lapin, enfin, on ne trouve pas trace de dégénération secondaire dans la moelle à la suite des lésions destructives des zones motrices corticales.

M. Pitres trouve la raison de ces différences dans ce fait que les faisceaux dégénérés à la suite des lésions de l'appareil moteur cérébral passent chez l'homme et le singe en presque totalité dans la moelle, en petite partie seulement chez le chien, et s'arrêtent dans le bulbe au niveau des noyaux pyramidaux chez le lapin (noyaux pyramidaux bulbo-protubérantiels : Pitres).

Ces faits concordent avec la différence des troubles du mouvement observés chez les différents sujets à la suite des lésions corticales : l'homme et le singe présentent des paralysies complètes et persistantes ; le chien, des paralysies vagues, difficiles à constater quelquefois ; quant au lapin, il n'en présente pas d'appréciable.

— MM. *Blanchard* et *Regnard* ont dosé comparativement les gaz du sang en différentes parties de l'appareil circulatoire de crocodiles et de caïmans.

Le sang de l'aorte gauche (émanant du ventricule veineux) contient beaucoup plus d'acide carbonique et moitié moins d'oxygène que le sang de l'aorte droite fournie par le ventricule artériel. Mais si l'on examine la teneur en gaz du sang de l'aorte abdominale, on constate que la proportion d'acide carbonique s'y rapproche de celle qu'on constatait dans l'aorte gauche (veineuse) : celle-ci contenant 41^cc^,6 pour 100, l'aorte abdominale renferme 38^cc^,7 pour 100. Par conséquent il s'est opéré un mélange entre les deux sangs aortiques : c'est au niveau du foramen de Panizza qu'une partie du sang de l'aorte gauche a passé dans l'aorte droite.

Dans la grande veine abdominale l'acide carbonique est à l'oxygène sensiblement dans le rapport de 50 à 1.

Quant à l'azote, sa proportion est peu modifiée dans les différents sangs : elle est environ de 2 pour 100.

Le poids de la fibrine est de 7,50 sur 1000 dans le sang total ; on peut affirmer qu'il en existe aussi une très grande proportion dans la lymphe, sans qu'un chiffre puisse être précisé en raison de la petite quantité de ce liquide qui peut être recueillie.

La capacité respiratoire du sang s'est montrée la même pour les reptiles que pour les poissons déjà étudiés à ce point de vue par MM. Jolyet et Regnard : le chiffre qui la représente (7,4) serait donc à peu près constant dans la série des animaux à sang froid.

REVUE DES JOURNAUX

Kyste crânien ; compression cérébrale ; opération ; amélioration des facultés intellectuelles, par M. AUBERT, chirurgien de l'Antiquaille.

Ce qui donne à cette observation un véritable intérêt, c'est l'influence que la guérison du kyste a eue sur l'intelligence de la malade, par suite du relèvement de la table osseuse. Ce kyste, de 5 centimètres de diamètre, consécutif à un coup reçu sur la tête vingt ans auparavant, siégeait sur la partie latérale de la région frontale droite, moitié dans la région chevelue, moitié dans la partie libre du front. Ouvert par le thermocautère, après ponction exploratrice, il donna issue à un liquide jaune contenant des cristaux de cholestéine. Le fond du kyste était formé par une paroi osseuse refoulée. Lavage phéniqué, pansement au lint borique, avec les soins nécessaires pour empêcher la réunion trop prompte des lèvres de la plaie et faciliter le retrait des parois. La table osseuse se releva peu à peu ; au bout de deux mois et demi environ, la paroi osseuse était de niveau avec la surface frontale. Or, à partir de ce moment, la malade, femme mariée, âgée de quarante ans, qui manquait de mémoire pour les choses les plus vulgaires de son existence et apportait une extrême négligence dans les soins de son ménage, devint rapidement une ménagère rangée, attentive, pensant à tout. Ce changement a été assez marqué et assez brusque pour frapper l'attention de ceux qui fréquentaient l'opérée (*Lyon médical*, 1881, n° 32).

De la gangrène gazeuse; définition clinique, par M. Daniel MOLLIÈRE.

L'introduction de la méthode antiseptique de Lister dans les hôpitaux de Lyon y a fait à très peu près disparaître, si l'on s'en rapporte à l'expérience personnelle de M. Mollière, la diphthérie des plaies, l'infection purulente, la septicémie par absorption de matières putrides. L'érysipèle, s'il se montre encore assez fréquemment, a cessé d'être dangereux. Reste la *gangrène gazeuse*. « Jusqu'ici, dit l'auteur, la méthode antiseptique n'a eu sur le développement de cette effroyable maladie *aucune influence*. » Par suite de cette exception même, elle peut être plus aisément étudiée qu'autrefois, où elle était souvent méconnue et, à cause de cela, regardée comme peu fréquente.

Or, voici les symptômes que lui assigne M. Mollière :

1° Au début, douleur excessive au point inoculé, avec aspect normal de la plaie, absence de gonflement (s'il y a eu pansement antiseptique); température normale; 2° quelques heures plus tard, quelquefois en même temps, respiration précipitée, anxiété; c'est une *dyspnée prémonitoire* qui a, au point de vue du diagnostic, une importance capitale; à cette période encore, la température reste normale; 3° peu après éclatent les accidents locaux : *gonflement, crépitation gazeuse* au pourtour de la plaie, douleurs intenses; cette *suffusion gazeuse* est plus ou moins abondante, quelquefois les gaz, même à vue d'œil, distendent les parties, se répandant au loin dans les régions avoisinantes; 4° au même moment, on observe des plaques livides, puis violettes, puis vertes, qui s'étendent rapidement; si on les incise, on entend fuir les gaz; elles sont absolument insensibles; ces plaques qui se développent et s'agrandissent, sous les yeux mêmes du chirurgien, se couvrent plus tard de phlyctènes rougeâtres, quelquefois même de phlyctènes gazeuses; toujours apyrexie; 5° à partir de cette période, la dyspnée augmente, il y a très rarement un peu de délire; mais il n'y a pas de fièvre; la température s'abaisse, les extrémités se refroidissent, le thermomètre marque 36 degrés, 35°,5, la face devient cyanosée et le patient succombe avec des symptômes analogues à ceux que présentent les enfants qui meurent de diphthérie; 6° il est *à peu près impossible* d'obtenir chez les patients atteints de cette affection l'*ivresse alcoolique*, même en administrant des doses énormes de cognac.

Quand le malade vient de succomber, le corps se putréfie avec une excessive rapidité. Les gaz se développent et distendent la peau outre mesure. Au bout de quelques heures, le cadavre a doublé de volume et est méconnaissable. Il est donc à peu près impossible de savoir quelles sont les lésions viscérales qui coïncident avec cette intoxication. Les gaz qui se développent dans ces circonstances sont inflammables; l'auteur l'a constaté vingt minutes environ après la mort.

La lésion siège, *non dans le sang*, comme l'avait dit Maisonneuve, comme l'auteur lui-même l'avait cru autrefois, *mais dans le tissu cellulaire*. Le tissu cellulaire avant l'apparition des gaz est œdémateux est d'une *coloration jaune ictérique*. Il est infiltré d'une sérosité qui se coagule rapidement sous l'influence du refroidissement. La coloration du tissu cellulaire est caractéristique. Partout où elle existe, *on trouve le microbe*, agent morbifique de cette affection. C'est un bâtonnet volumineux que M. Mollière n'a jamais rencontré dans le sang. La gangrène gazeuse est facilement inoculable.

MM. Arloing et Chauveau vont, paraît-il, entreprendre des expériences sur cette redoutable maladie. Il y aura à rechercher le rapport ou les différences qui existent entre elle et le charbon *symptomatique*. On vient de voir que les gaz de la gangrène sont inflammables; or, ceux du charbon symptomatique sont formés d'*acide carbonique* (*Lyon médical*).

BIBLIOGRAPHIE

I. **Osteotomy with an Inquiry into the ætiology and pathology of knock-knee, bow-leg, and other osseous deformities of the lower limbs**, by WILLIAM MAC EWEN, m. d. surgeon and lecturer on clinical surgery, Glasgow royal Infirmary. — London, Churchill, 1880.

II. **Nouvelles considérations sur l'ostéotomie dans les incurvations rachitiques des membres**, par le docteur Jules BŒCKEL, de Strasbourg. — Paris, J.-B. Baillière, 1880.

III. **Traitement du genu valgum chez l'adulte par l'ostéotomie extra-articulaire**, par le docteur Jules BŒCKEL, *Bull. gén. de thérapeutique*, t. XCIX, 1880, p. 117.

I. Les déformations osseuses des membres inférieurs, les *genu valgum* et *varum*, reconnaissent pour cause générale le rachitisme, pour cause locale l'action du poids du corps s'exerçant sur des os ramollis et, par conséquent, incapables de remplir leurs fonctions normales. L'examen sérieux des conditions de santé, d'âge, d'habitude, qui amènent le développement de ces courbures, montre qu'il est impossible de leur assigner avec Holmes Corœ une étiologie différente. Pour le *genu valgum* en particulier, les mensurations pratiquées sur 166 membres mettent hors de discussion l'influence prépondérante de la courbure en dedans du tiers inférieur du fémur, associée le plus souvent à un allongement anormal de son condyle interne. La déformation précitée du fémur existait 120 fois sur 166 cas, et l'allongement du condyle interne 117 fois chez les mêmes sujets. Bien plus rares sont les courbures de l'extrémité supérieure du tibia. Dans le *genu varum*, les déformations siègent à la fois sur les diaphyses des deux os principaux des membres inférieurs.

Après ce rapide exposé étiologique des courbures osseuses des membres inférieurs, Mac Ewen nous fait assister aux progrès historiques de l'ostéotomie. Comme nombre d'autres opérations, celle-ci n'est entrée réellement dans la pratique que depuis l'emploi du pansement de Lister, gage assuré de son innocuité. Peu d'instruments sont nécessaires. Le ciseau pour les excisions cunéiformes, l'ostéotome à double plan incliné pour les simples incisions osseuses, un maillet de bois dur; tel est l'arsenal fort modeste de l'ostéotomie. Comme l'a si bien dit Billroth, le ciseau est le véritable *bistouri des os*. Les scies doivent être rejetées. Mais si simples que soient ces instruments, encore faut-il qu'ils soient aptes à remplir leur but, sans se briser ou se courber. Et, à ce propos, le chirurgien de Glascow entre dans des détails minutieux et des plus importants, sur la forme, les dimensions, le poids et la trempe de ces instruments, sur la nécessité pour l'opérateur d'en étudier le maniement, la solidité, et de vérifier par lui-même leur état de propreté. Dans ces remarques opératoires générales, il indique la direction des incisions extérieures, le placement et le maniement des ostéotomes, le moyen de les maintenir, de les diriger, d'éviter leur fixation; il insiste sur les précautions à prendre, anesthésie et ischémie locale, sur la nécessité de ne pas diviser le périoste avec le bistouri et de ne pas le déchirer avec le tranchant du ciseau; il fait comprendre l'action si différente du ciseau à un seul plan incliné et de l'ostéotome proprement dit. Ces considérations ne sauraient être trop méditées. En règle générale, Mac Ewen donne à l'incision des parties molles une direction perpendiculaire à celle de la section du périoste et de l'os. Rarement, la division de l'os doit être complète, une partie du cylindre pouvant être brisée ou courbée dans le redressement du membre.

Je passe sur l'ostéotomie pour ankylose osseuse de la hanche et du genou, sur les méthodes de traitement autres que cette opération, appliquées au *genu valgum*. Le chirurgien anglais combat le redressement forcé ou ostéoclasie

manuelle, comme vague et incertain dans son action, comme applicable seulement aux enfants dont les os sont encore mous et flexibles. L'appareil de Collin pour l'ostéoclasie n'est pas étudié. En revanche, Mac Ewen insiste longuement sur l'ostéo-arthrotomie d'Ogston, de Reeves, de Chione, dont il montre le principe erroné et les dangers sérieux. Il repousse également l'ostéotomie faite au-dessous du genou et donne ses préférences à l'ostéotomie sus-condylienne du fémur, méthode imaginée par lui et qui se recommande à la fois par sa simplicité, sa sécurité et ses excellents résultats.

Il nous semble inutile de décrire cette opération, aujourd'hui bien connue. On sait que la section du fémur est transversale, placée au-dessus du cartilage dia-épiphysaire, pratiquée de dedans en dehors, et qu'en suivant exactement les préceptes de l'auteur, elle n'expose à léser ni muscle, ni nerf, ni gros vaisseau. De plus, elle laisse absolument intacte l'articulation du genou. Aidée de la section du tendon du biceps dans les cas les plus graves, elle permet un redressement absolu, que maintiennent plus tard des appareils appropriés. Elle est de tout point supérieure à la section du fémur par le côté externe, section qui laisse par le redressement un hiatus osseux énorme et difficile à combler.

Comme le *genu valgum*, le *genu varum* et les courbures antérieures du tibia sont curables par l'ostéotomie simple, multiple ou cunéiforme, et les mêmes appareils, modifiés suivant les conditions, sont employés pour maintenir le redressement jusqu'à consolidation osseuse. En résumé, Mac Ewen a pratiqué sur 557 membres appartenant à 330 patients, 835 ostéotomies, qui n'ont été suivies que huit fois de suppuration. Une amputation et trois morts accidentelles, tel est le résultat de sa pratique. Le livre de Mac Ewen vient d'être traduit par M. le docteur A. Demons, agrégé de la Faculté de Bordeaux (Paris, G. Masson, 1882). Très fidèle et très utile, cette traduction a été présentée mercredi dernier à la Société de chirurgie.

II. A côté du chaleureux plaidoyer du chirurgien anglais en faveur de l'ostéotomie dans les incurvations rachitiques des membres, le mémoire de Bœckel sur le même sujet mérite de prendre place, bien que s'appuyant sur une statistique beaucoup moins importante. Après un rapide historique de l'ostéotomie, le chirurgien de Strasbourg s'occupe des indications de l'opération. Il montre son peu de gravité et sa nécessité pour obtenir le redressement des courbures qui ont résisté, tant au traitement général qu'à l'ostéoclasie manuelle. Une incision conduite jusque sur l'os, laisse décoller le périoste, et permet d'introduire le ciseau tranchant dont les deux faces sont également inclinées (ostéotome de Mac Ewen). La section complète du cylindre osseux lui paraît préférable à la division partielle complétée par une fracture. Un appareil plâtré est immédiatement appliqué sur le membre redressé; enlevé le quinzième jour pour vérifier l'état des parties, puis replacé jusqu'à consolidation complète.

A l'appui de ses opinions, Bœckel apporte ses observations résumées, dont quinze, à lui personnelles, sont données avec les détails les plus précis. L'ostéotomie, dit-il, telle que nous l'entendons, est sous-cutanée, sous-périostée et totale; le pansement de Lister en est un utile adjuvant.

III. En ce qui concerne le *genu valgum*, Bœckel montre que, si l'opération n'est pas sans gravité (5 morts sur 226 cas et 10 accidents graves), elle ne doit pas cependant être absolument rejetée. Le redressement par les appareils, l'ostéoclasie manuelle ne réussissent plus passé dix ans; l'ostéoclasie mécanique de Collin n'est pas praticable pour les adultes ou du moins son action est douteuse. Aux déformations qui résistent à ces modes de traitement, convient l'ostéotomie sus-condylienne du fémur de Mac Ewen. C'est à cette dernière que se rattache définitivement Bœckel comme au procédé le plus simple d'exécution et le moins dangereux.

Dr J. CHAUVEL.

VARIÉTÉS

M. BRIQUET. — M. le docteur Pierre Briquet, qui portait si allègrement le poids de son grand âge, et qui lisait encore à l'Académie de médecine, il y a peu de mois, un long mémoire sur la *Prédisposition à l'hystérie*, vient de succomber à une pneumonie. Il était dans sa quatre-vingt-sixième année. Agrégé libre de la Faculté, ancien médecin des hôpitaux, il appartenait à l'Académie de médecine depuis 1860. Ses trois œuvres principales sont : 1° un *Traité pratique et analytique du choléra-morbus* (1850), en collaboration avec le docteur Mignot (de Chantelle), son élève; 2° un *Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations* (1853), ouvrage couronné par l'Académie des sciences, qu'on consulte encore avec fruit, et où la clinique et les recherches expérimentales se prêtent un mutuel appui; 3° un *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (1859). Il faut citer également un long et consciencieux rapport à l'Académie sur les épidémies de choléra-morbus, qui a donné lieu à une discussion souvent interrompue et qui, croyons-nous, n'a jamais été officiellement close.

Briquet était un érudit dans le genre classique; il a traduit pour sa satisfaction personnelle, plusieurs auteurs latins.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Léon-Jean Colin, médecin principal de première classe, a été promu au grade de médecin-inspecteur en remplacement de M. Gueury.

VIANDES DE PORC ÉTRANGÈRES. — Un décret du 18 février 1881 interdisait l'introduction en France des viandes de porc salées d'Amérique. Des emplois de micrographes-experts avaient été créés pour l'examen des viandes de porc de provenance étrangère. Le décret subsiste provisoirement, mais le *Journal officiel* du 17 novembre publie la note suivante : « Les examens à l'emploi de micrographe-expert pour l'inspection des viandes de porc de provenance étrangère antérieurement annoncés au *Journal officiel*, sont ajournés jusqu'à une époque encore indéterminée. »

CHOLÉRA. — Le *Conseil international de santé*, à Constantinople, a édicté un règlement provisoire, à l'occasion du pèlerinage de la Mecque, contenant les mesures préventives à prendre contre le choléra. La place nous manque aujourd'hui pour publier ce règlement qui comprend douze articles.

FIÈVRE JAUNE DU SÉNÉGAL. — Il y a eu deux décès de fièvre jaune à Saint-Louis le 1er et le 3 novembre, et dix à Gorée.

MORTALITÉ A PARIS (47e semaine, du vendredi 18 au jeudi 24 novembre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1022, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 13. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 48. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 36. — Phthisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonie, 69. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 23; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 87; de l'appareil digestif, 48; de l'appareil génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 35. — Causes non définies, 10.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 8 décembre 1881.

LA SECTION DES ASSOCIÉS LIBRES. — CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — LES TROIS NOUVEAUX TRAITÉS D'HYGIÈNE FRANÇAIS.

Académie de médecine : La section des associés libres.

Le bruit s'était répandu que la commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la classe des associés libres allait demander de surseoir à l'élection. Dans ces simples termes, la résolution de la commission eût pu paraître peu flatteuse pour les candidats; mais, en réalité, le sursis n'est proposé que pour fournir l'occasion d'écarter une cause d'embarras qui revient presque à chaque élection, pour provoquer la revision partielle de l'article 7 de l'ordonnance de 1820, et tâcher de faire à la classe des associés libres une situation meilleure, plus large, plus équitable et plus rationnelle que celle qu'elle tient de cette ordonnance, et qu'elle a gardée à travers toutes les modifications successivement introduites dans l'organisation de l'Académie.

Les associés libres, dit l'article 7, « seront choisis parmi les personnes qui cultivent avec succès *les sciences accessoires à la médecine*, ou qui auront contribué d'une manière quelconque à leurs progrès, ou enfin qui, dans les divers établissements consacrés au soulagement de l'humanité, l'auront servie avec zèle et distinction. Ils devront résider à Paris. »

Pour se rendre compte de la valeur de cet article, il faut considérer que les membres *titulaires* de l'Académie ne formaient alors que trois sections : une de médecine, une de chirurgie et une de pharmacie. Les sciences dites accessoires, la physique, la chimie, la botanique, la zoologie n'y étaient donc pas représentées, ou ne l'y étaient qu'indirectement et dans la mesure de leur corrélation avec la pharmacie. L'article 7 comblait cette lacune, et la comblait selon l'esprit du temps, en créant, dans l'intérêt des sciences *accessoires*, une classe accessoire elle-même, n'ayant ni le même mode d'élection, ni les mêmes droits que les sections de titulaires. Or, depuis cette époque, après quelques vicissitudes, l'Académie en est arrivée à posséder *onze* sections, dont une comprend l'*histoire naturelle médicale* (avec la thérapeutique), et une autre la *physique* et la *chimie médicales*. Dès lors, l'article 7, s'il était rigoureusement appliqué, ne pourrait conduire qu'à l'un de ces deux résultats : ou faire de la classe des associés libres une succursale de ces deux sections et grossir de

FEUILLETON

L'Exposition d'électricité.

LA MESURE DES COURANTS INDUITS. — LE COMPTE RENDU DE LA COMMISSION D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE. — RÉCLAMATIONS DES ÉLECTROTHÉRAPEUTES. — LES APPAREILS SIGNALÉS PAR LA COMMISSION. — DIFFICULTÉS DE L'EXPÉRIMENTATION PAR LES COURANTS INDUITS. — L'ÉLECTROTHÉRAPIE PAR L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE. — ERRATUM (1).

(Suite. — Voyez les numéros 44 et 47.)

Dans le précédent feuilleton je n'ai parlé que des mesures des courants continus, parce que ce sont ces courants qui offrent en médecine les applications les plus faciles à contrôler, et je dirai même, les plus utiles et les plus nombreuses. Nous avons en effet depuis quelques vingt années, suivi cette modification de l'électrothérapie qui, sous l'impulsion spéciale de Duchenne, n'employait guère que les courants induits, tandis que, grâce aux travaux de Remak en Allemagne, d'Althaus en Angleterre, d'Onimus et Legros en France, les applications des courants continus ont repris toute la faveur qu'ils méritent. Nous avons vu que leur distribution peut être désormais réglée, à condition qu'on fasse intervenir dans le circuit et pendant l'application un instrument de mesure exacte. Il nous reste à examiner quels sont les moyens de préciser l'emploi de l'électricité par les courants d'induction, et de l'électricité statique. Ce dernier mode d'électrisation est facile à mesurer, si l'on se place au point de vue physique ; mais les médecins électriciens qui l'emploient n'ont pas toujours, jusqu'à présent, jugé nécessaire l'expression mathématique de l'application des chocs, du souffle, des décharges, du bain. Cepen-

(1) Le lecteur a probablement corrigé de lui-même deux fautes de copie (dans notre dernier article), qu'il importe de rectifier : la première est à la page 756, n° 47, à la fin de la seconde colonne, *au lieu de* « 1023 centigrammes d'hydrogène ou 1146 centimètres cubes », *il faut lire* « 0g,00001023, soit 0cc,1146 d'hydrogène »; la seconde est à la page 759 : 1re colonne, 2e ligne du *feuilleton*, *au lieu de* « nécessaire » *lire* « discutée ». (A. H.)

membres actifs, choisis dans la famille médicale, un groupe de savants déjà bien considérable; ou, abstraction faite de la clause relative aux services purement humanitaires, faire entrer, à titre d'*ornement*, des illustrations scientifiques, auxquelles on pourrait même demander de se faire remplacer dans leur fauteuil par leur portrait. On ne saurait trop le rappeler, Littré, Daremberg, Peisse et la plupart des membres actuels de la classe n'y ont été ou n'y sont que par contrebande; car les « sciences accessoires » ne leur doivent rien, non plus que les « établissements consacrés au soulagement de l'humanité ». C'est dire assez de quelle nécessité il est de reviser cet article. Inapplicable dans sa teneur actuelle, il a fini par n'avoir plus de sens et par amener la bigarrure croissante des candidatures comme des élections. Tandis que les accoucheurs frappent à la porte de la section des accouchements, ou les pharmaciens à la porte de la section de pharmacie, celle de la classe des associés est assiégée par des savants de tout ordre, auxquels les autres entrées seraient peut-être fermées ; si bien que cette classe est exposée à recevoir, disons le mot, les déchets de la classe des titulaires.

En quoi devrait consister la réforme de l'article 7? Rien de plus simple et de plus indiqué, à notre avis : 1° conserver la clause humanitaire, par cette raison que ceux qui rendent des services dans les établissements de bienfaisance peuvent en rendre aussi, par leur expérience spéciale, à une Académie de médecine; 2° supprimer absolument la clause relative aux sciences accessoires; 3° la remplacer par une autre qui appellerait dans la classe des associés deux ordres de savants : d'abord les critiques, les historiens et les philosophes de la médecine, vers lesquels l'Académie s'est toujours portée d'elle-même par un juste instinct des besoins de la compagnie; puis ceux qui ont rendu des services dans des branches *spéciales* de la médecine ou de la chirurgie. Quelle qu'ait été notre invariable opinion sur la situation à faire aux spécialités dans l'enseignement, nous approuvons fort qu'elles y soient et nous allons jusqu'à regretter qu'elles n'y occupent pas une plus large place. Or, cette justice rendue par l'enseignement au spécialisme, pourquoi l'Académie ne s'y associerait-elle pas, ou plutôt pourquoi n'augmenterait-elle pas la part qu'elle lui fait déjà? Car plusieurs des sciences représentées dans les sections, accouchements, hygiène, médecine légale, sont des spécialités au sens le plus strict. Il est à remarquer que, dans ce système, la plupart des candidatures qui se sont produites pour le siège actuellement vacant se trouveraient être d'accord avec le principe de la classe. Ce serait au bulletin de vote à écarter ceux que leurs travaux, quelque recommandables qu'ils pussent être, seraient de l'ordre de ceux qui sont représentés dans les sections de titulaires.

A côté de cette question s'en place une autre qu'il serait assez opportun de soulever : c'est celle de la situation hiérarchique de la classe des associés. Dès que cette classe ne serait plus ouverte à l'accessoire de la science, mais à la science elle-même dans toute sa valeur et toute sa dignité, il n'y aurait plus de raison pour ne pas l'élever au même rang que l'autre classe. Mais cette seconde question reviendra en son temps.

Obligés de nous occuper dans ce numéro de questions d'urgente actualité, il nous est impossible de nous arrêter aujourd'hui à celle qui a été brillamment traitée mardi à l'Académie de médecine par MM. Verneuil, Le Roy de Méricourt et Rochard (la fièvre intermittente, la glycosurie et le traumatisme). La discussion n'est d'ailleurs pas terminée, M. Colin (du Val-de-Grâce), si nous ne nous trompons, devant prendre la parole mardi prochain.

Conseil supérieur de l'instruction publique.

En même temps qu'il donnait sa démission de doyen de la Faculté, M. le professeur Vulpian renonçait à la délégation qu'il avait reçue des Facultés de médecine pour les représenter au Conseil supérieur de l'instruction publique. Cette retraite volontaire a vivement ému les professeurs des diverses Facultés. Ils ont regretté, pour la plupart, la détermination qu'avait cru devoir prendre notre éminent confrère; de sorte que, cédant à de pressantes instances, M. Vulpian est revenu sur sa décision première, et a cru devoir poser de nouveau sa candidature au Conseil supérieur. La Faculté de médecine s'étant réunie mardi dernier pour désigner son délégué, s'est donc trouvée contrainte de se demander si elle devait renouveler à M. Vulpian le mandat dont il avait été chargé, ou si elle confierait à son nouveau doyen, M. Béclard, la mission de la représenter au Conseil supérieur de l'instruction publique. Après une discussion assez longue et assez vive, M. Béclard a obtenu 28 voix, M. Vulpian 20 voix et six professeurs ou agrégés ont cru devoir s'abstenir en déposant un bulletin blanc. Aussitôt après la proclamation de ce scrutin, M. Vulpian a écrit à M. Béclard pour lui

---

dant il serait facile, en employant des électromètres qui se trouvent chez la plupart de nos fabricants, et surtout en se servant comme condensateurs, de cylindres dont la surface serait calculée et connue par avance, d'obtenir dans ces expériences d'électrothérapie des conditions comparables entre elles, c'est-à-dire pouvant être reproduites exactement. Il n'en est pas de même pour les courants induits que les médecins praticiens ont appliqués longtemps en suivant des indications qui ont été établies empiriquement plutôt que scientifiquement. Aujourd'hui les électrothérapistes invoquent des données plus exactes; la plupart veulent être électriciens, c'est-à-dire qu'ils déclarent connaître à fond l'histoire physique des instruments qu'ils emploient. Nous leur donnons raison sur ces points, car nous avons constaté que la plupart des spécialistes ont profité des circonstances exceptionnelles offertes par l'Exposition d'électricité pour prouver leur compétence en notions physiques d'électrologie.

Les articles publiés par nos confrères dans la plupart des journaux de médecine démontrent très nettement cette préoccupation générale, que nous devons constater ici pour bien établir ce mouvement ou ce processus très rationnel vers la rectification des procédés ou l'unification de l'expérimentation.

On s'explique ainsi les réclamations qui dans la presse médicale ont accueilli le premier rapport de la Commission d'électrophysiologie, publié dans la *Revue des cours scientifiques*. On avait déjà regretté que cette commission fût présidée par un savant qui s'était fort malencontreusement mis en dehors de la confraternité scientifique internationale en se prononçant contre la France, dans des termes et à un moment qu'il nous est pénible de rappeler.

Nous ne saurions dire quel accueil lui a été fait parmi les savants français, ni s'il n'y a pas eu quelques protestations, mais nous constatons que la publication des comptes rendus des deux séances de la commission qu'il présidait a déjà donné lieu à des réclamations très justifiables. Il a fallu que

annoncer, en termes aussi précis que courtois, qu'il s'inclinait devant la décision de ses collègues, qu'il renonçait définitivement à toute candidature, et qu'il serait des premiers à voter pour le doyen de la Faculté de médecine. Ce désistement à la fois très digne et très sincère n'étonnera pas ceux qui connaissent le caractère de l'honorable professeur. Nous ajouterons que, dans sa correspondance avec divers professeurs de province, M. Vulpian les a engagés à voter pour M. Béclard, et qu'il l'a fait de manière à ne laisser aucun doute sur ses intentions. La situation en ce qui concerne la Faculté de Paris est donc des plus nettes. Il n'y a plus qu'un seul candidat, et nous ne ferons que traduire un sentiment unanime en déclarant que M. Béclard mérite à tous égards l'honneur de représenter les Facultés de médecine. Nous dirons plus. Il eût été regrettable que le doyen de la Faculté de Paris ne fît point partie du Conseil supérieur de l'instruction publique. Comme doyen et comme délégué des Facultés, M. Wurtz, puis M. Vulpian appartenaient en effet, non seulement au Conseil supérieur, mais encore à la section permanente de ce Conseil (autrefois comité consultatif). Ils avaient donc le droit de discuter les questions qui leur étaient soumises par le ministre, et de préparer avec le directeur de l'enseignement supérieur toutes les questions qui intéressent l'enseignement de la médecine.

Si M. Vulpian avait été élu au Conseil supérieur, comme il est probable que, pour des motifs que nous n'avons pas à apprécier, il n'aurait plus été nommé à la section permanente, les Facultés de médecine auraient perdu un de leurs représentants les plus utiles et les plus autorisés; la situation de leur délégué aurait été amoindrie et son appui n'aurait pu leur être aussi efficace que par le passé. Nous aimons à penser que, membre du Conseil supérieur, M. Béclard fera partie de la section permanente de ce Conseil. Il sera donc en situation de rendre tous les services que l'on est en droit d'attendre de lui. Aussi comprendrait-on avec peine que les hésitations qui se sont manifestées un instant parmi nos confrères de province puissent subsister après le vote de la Faculté de Paris.

Tandis que la Faculté de Nancy se dispose à voter pour M. Béclard, à Montpellier on persistait, il y a quelques jours encore à porter malgré lui M. Vulpian; à Lille et à Lyon, on restait indécis; à Bordeaux, les professeurs songeaient à présenter un de leurs collègues. Toutes les questions personnelles étant laissées de côté, il nous semble que le raisonnement des professeurs qui hésitent à laisser à Paris l'un des deux délégués au Conseil supérieur, est susceptible de bien des objections. Ce qu'ils prétendent faire, c'est avant tout et surtout de nommer un délégué qui soit à même de défendre leurs intérêts, et en particulier de faire rapporter l'arrêté qui divise en quatre classes les professeurs de Montpellier et de Nancy, et d'obtenir de l'administration centrale que la situation des professeurs des Facultés mixtes soit mieux définie. Or, on semble ignorer que ces questions administratives ne sont point discutées par le Conseil supérieur de l'instruction publique. Seuls les membres de la section permanente de ce Conseil peuvent être appelés à donner leur avis lorsque le ministre les consulte. Il importe donc que les Facultés de médecine aient à Paris un délégué qui puisse, par sa présence aux délibérations, non seulement du Conseil supérieur, mais encore de la section permanente, prendre la défense de tous les intérêts qui lui sont confiés, et éclairer le ministre et le directeur de l'enseignement supérieur sur toutes les réformes qu'il paraît utile de réclamer. Nous savons que M. Béclard est prêt à soutenir la cause de l'enseignement médical à tous ses degrés; que son autorité, son expérience, son dévouement sont à la hauteur de la tâche qu'il a acceptée quand on l'a placé à la tête de la Faculté de Paris, combien, en un mot, il est digne de toute la confiance de ses collègues. Nous espérons donc que nos confrères de province n'hésiteront pas à voter pour le nouveau doyen de notre Faculté.

Les trois nouveaux Traités d'hygiène français.

Depuis quelques mois, trois nouveaux Traités d'hygiène ont paru en France : la seconde édition du *Traité d'hygiène* de M. Proust, le *Traité d'hygiène publique et privée, basée sur l'étiologie*, de M. Bouchardat et les *Nouveaux éléments d'hygiène*, de M. Arnould (1). La publication simultanée d'ouvrages aussi importants et consacrés à une science qui prend chaque jour une faveur plus grande, non seulement dans le monde scientifique mais parmi le public tout entier, mérite une très sérieuse attention; aussi voudrions-nous essayer d'établir le caractère en quelque sorte spécial de chacun de ces ouvrages et montrer ensuite dans quelle voie

(1) *Traité d'hygiène*, par M. Proust, 2e édition. Paris, G. Masson, 1881, 1 vol. in-8 de VI-984 pages. — *Traité d'hygiène publique et privée, basée sur l'étiologie*, par M. Bouchardat. Paris, Germer Baillière, 1881, 1 vol. in-8 de 1096-CLXIII p. — *Nouveaux éléments d'hygiène*, par M. Arnould. Paris, J. B. Baillière, 1881, grand in-8 de VIII-1392 pages.

---

le secrétaire des séances rectifiât dans la *Revue des cours scientifiques* (3 décembre) certaines parties du rapport publié par le président de la commission, et aujourd'hui que ce compte rendu officiel vient de paraître, nous constatons avec un certain étonnement que M. le président de la commission d'électrophysiologie « n'avait pas reconnu l'opportunité du débat »! Il est fort heureux que le professeur Marey, que MM. Joubert, Lippmann, d'Arsonval et Déprez aient rappelé ou appris à leurs collègues étrangers l'état de la science électrologique française et aient réussi à faire accepter par des savants aussi compétents et aussi célèbres qu'Helmholtz et de Ziemsen, les pratiques expérimentales qui sont appliquées habituellement au Collège de France, à la Sorbonne et dans un grand nombre de laboratoires.

Le procès-verbal officiel des deux séances de la Commission d'électrophysiologie du Congrès international des électriciens étant aujourd'hui entre les mains ou à la disposition de chacun, nous devons nous mettre en dehors de toute question de personnalité pour enregistrer les résultats de cette discussion internationale.

Des savants de premier ordre ont reconnu qu'il n'y a pas aujourd'hui de moyen absolu de définir ou de mesurer la force des courants induits, et en effet, dans les expériences de physiologie, comme dans les applications thérapeutiques, chaque expérimentateur ou chaque médecin a pris pour habitude de se servir de *son appareil* plus ou moins exactement défini, pour examiner des résultats différentiels, c'est-à-dire que chacun peut comparer les résultats obtenus, mais serait fort embarrassé d'en assurer le contrôle ou d'en reproduire exactement les effets avec l'appareil du laboratoire voisin, à moins qu'on n'accepte comme cela existerait à Munich ou à Berlin, a-t-on dit, un unique constructeur de chariots à bobines identiques, à graduation invariable, mais quelque peu arbitraire.

En somme, l'emploi des courants induits, au point de vue de l'électrophysiologie et de l'électropathie, est loin d'être réglé

ils tendent à faire engager l'étude et l'organisation de l'hygiène dans notre pays.

I

Ces trois gros livres diffèrent tant par le plan suivi que par les préoccupations auxquelles chacun des auteurs s'est efforcé de donner satisfaction. Avec M. Bouchardat l'hygiène n'a pas encore cessé d'avoir des rapports très souvent étroits avec la thérapeutique, tandis qu'avec M. Proust elle revêt un caractère presque exclusivement médical et que M. Arnould, à son tour, insiste plus complètement sur les multiples applications qu'elle emprunte aux branches diverses des sciences positives. Ce n'est pas que tous les trois n'aient un même but, que le premier définit en basant ses études sur l'étiologie, suivant le titre même de son livre et que M. Arnould étend jusqu'à ses extrêmes limites en déclarant que « l'hygiène est l'étude des rapports sanitaires de l'homme avec le monde extérieur et des moyens de faire contribuer ces rapports à la viabilité de l'individu et de l'espèce ».

Le programme si vaste, commun à ces trois livres, peut prêter, on le conçoit sans peine, à de nombreuses amplifications; mais comme il devenait nécessaire de s'y tracer des bornes plus ou moins précises, il en est résulté que, suivant la disposition d'esprit de chacun, telle partie est devenue prépondérante, telle autre plus effacée. Sous le prétexte que l'hygiène doit apprendre, non seulement à conserver la santé, mais à l'augmenter et même à l'améliorer, on peut aisément glisser vers la thérapeutique et la pathologie; à vrai dire, on rencontre encore sur ce terrain de nombreuses indications dont la prophylaxie aura son profit; mais il n'en est pas moins désirable que la science de la santé ne reste pas tributaire uniquement de l'une des divisions quelconques de l'art médical, pas plus que de l'une des sciences physiques ou biologiques. Il n'en était pas ainsi autrefois, et nous n'ignorons pas qu'aujourd'hui encore l'art de se bien porter serait volontiers soumis à une médication variée dont les produits n'auraient de différence avec ceux de la médecine qu'une épithète d'*hygiénique* accolée aux étiquettes; nous reviendrions ainsi aux beaux jours des préceptes scolastiques, de la science du régime, des traités diététiques, et l'exploitation commerciale y trouverait son compte.

Lors donc que M. Bouchardat prit possession de la chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, le 6 mars 1852, après un concours resté célèbre et qui fut le dernier pour les chaires professorales, il rendit à la science, qu'il professe encore avec tant de zèle, un signalé service en déclarant tout d'abord que « l'étude des causes doit être le fondement de l'hygiène ». Le livre qu'il vient enfin de publier et qui reproduit un enseignement de trente années, porte à chaque page l'empreinte de cette préoccupation, et, ne serait-ce qu'à ce titre, il restera comme un monument, comme une date dans l'histoire de l'hygiène. A l'époque où son éminent auteur en jetait les premiers jalons, et ils ont été évidemment posés au commencement même de son enseignement, les emprunts faits par l'hygiène à toutes les sciences étaient loin d'être encore soupçonnés; ce n'est précisément qu'à mesure que l'étiologie des maladies, de plus en plus étudiée, permettait de poursuivre les investigations dans un cercle plus étendu, qu'il put, à son tour, tirer de ce principe fécond tant de précieuses conséquences. M. Bouchardat a conservé, il faut bien le dire, quelques-unes des divisions du plan dogmatique de Hallé; mais plus heureux que celui-ci, il a pu réaliser complètement le programme qu'il s'est tracé. Ce n'est pas, qu'à l'imitation de son illustre prédécesseur, le premier professeur d'hygiène de la Faculté de Paris, il ne soit assez disposé à partir de ce principe que, tout pouvant être utile ou nuisible à l'homme, l'hygiène doit tout embrasser; on en jugera, par exemple, par les nombreuses pages qu'il consacre aux boissons alcooliques et aux maladies de l'urine, et par son étude si remarquable et si particulière de la misère physiologique. Le plan qu'il a adopté comprend : 1° le sujet de l'hygiène, formes et mesures de santé, classification de l'hygiène, histoire de l'hygiène, de la vie et de sa durée, de la santé relative et absolue, l'homme considéré individuellement et collectivement, constitutions, tempéraments, professions, races, familles, etc.; 2° les principes de l'hygiène, les modificateurs, « ingesta, excreta, gesta, applicata, circumfusa et percepta »; et 3° l'hygiène générale qui comprend encore des « percepta », l'hygiène publique et sociale, l'hygiène individuelle. Onze cents pages parviennent à peine à remplir ce vaste programme; nous n'avons pas besoin de dire quelle immense quantité de matériaux on y trouve et quelle variété y apportent les travaux particuliers, bien connus, de l'auteur sur plusieurs des questions traitées.

M. Proust pense hardiment que les divisions entre lesquelles on partageait et on partage encore l'étude de l'hygiène sont surannées; ce ne sont « qu'éternelle et vide querelle de mots », subtilités propres à donner « une allure pédante et scolastique à une science vivante et jeune entre toutes ». Et de fait, concevant pour l'hygiène autre chose que

---

avec une précision suffisante; cependant, il y a des indications fort importantes à considérer dans les conclusions de la Commission d'électrophysiologie. C'est pourquoi je les reproduis intégralement, à titre de document :

« M. le Président propose que la Commission recommande :

» 1° L'emploi des électrodes impolarisables dans tous les cas, excepté pour la décharge des poissons électriques;

» 2° Pour l'étude des variations rapides : la grenouille galvanoscopique, le téléphone, l'électromètre Lippmann, le galvanomètre Déprez, le galvanomètre Thompson;

» 3° Pour l'étude des variations lentes : les boussoles apériodiques de du Bois-Reymond, de Déprez et d'Arsonval et tous les appareils analogues. »

Ceux qui ont suivi de près les réunions du Congrès, et ceux qui n'ont pu y trouver la place qu'ils auraient désiré occuper à titre de spécialistes en électrothérapie, ont manifesté avec énergie leur désappointement de ces conclusions quelque peu restreintes; il eût peut-être été intéressant d'admettre au Congrès des médecins pratiquant l'électrisation sous ses diverses formes; les électriciens du Congrès en ont jugé différemment, et les électropathes s'en sont plaint, mais rien ne les empêchait de faire un congrès spécial, ce qui n'eût pas été plus difficile à instituer que ces conférences qui ont généralement obtenu, auprès des médecins, un succès que nous constatons avec plaisir.

Quoi qu'il en soit, il reste établi que, pour employer les courants induits, il est préférable de se servir d'un appareil à chariot dont on peut mesurer approximativement l'action par la grenouille galvanoscopique ou suivant les notations données par le fabricant.

L'appareil de d'Arsonval et Gaiffe est un des types les plus exacts en ce genre. Il se compose d'un condensateur de 1 micro-farad divisé en 100 parties, d'une batterie voltaïque divisée en Volts, et d'un petit appareil d'induction à chariot; l'unité adoptée est la quantité d'électricité dont se charge

l'étude des moyens dont nous disposons pour conserver la santé, il pense que tout ce qui peut conduire à l'amélioration de l'homme, à l'accroissement de son bien-être physique et moral, de son activité somatique et intellectuelle, devient de son ressort direct et légitime. *Nil humani a me alienum puto*, est-il tenté de dire ; mais tout en acceptant un tel programme dans sa généralité et comme résumant la tendance même de l'hygiène, il s'efforce de le restreindre ; il nous convient, ajoute-t-il, de faire œuvre de médecin et de biologiste, et non de philosophe ou de réformateur ; il faut donc vouloir se borner aux problèmes prochains et immédiats que soulève notre science.

Si on le suit dans cette seconde édition de son Traité, publiée si peu de temps après la première, on commence par étudier l'homme considéré en général, c'est-à-dire au point de vue anthropologique et ethnogénique, puis au point de vue des indications que la démographie fournit sur les mouvements de la population. On peut alors plus fructueusement rechercher quelles sont les règles d'hygiène applicables à l'homme considéré comme individu, suivant les âges, suivant ses professions et industries. La considération des milieux dans lesquels il vit, modificateurs si puissants de sa santé suivant leur salubrité propre, conduisent à l'examen des qualités de l'air et des perturbations de l'atmosphère, des aliments, des boissons, de l'eau. Des principes puisés dans ces divers chapitres, on en déduit l'influence des vêtements, des bains, de la gymnastique, des habitations privées, des édifices publics, des hôpitaux et maternités, de l'hygiène des villes et des campagnes. Vient enfin l'étude de la climatologie, de la distribution géographique des maladies, celle des maladies virulentes et miasmatiques, dont on peut établir les conditions étiologiques et poser les règles prophylactiques. L'hygiène internationale, c'est-à-dire la prophylaxie des maladies pestilentielles exotiques, chapitre tout nouveau de l'hygiène auquel l'auteur a apporté une part personnelle et si importante, termine ce Traité. Comme celui de M. Bouchardat, mais plus régulièrement et plus rigoureusement, pourrions-nous dire, c'est au public médical qu'il s'adresse surtout; car il fournit aux praticiens et à tous ceux qui exercent un rôle consultatif, de quelque nature que soit ce rôle, dans les sphères administratives, les notions les plus précises et les plus indispensables ; les qualités de clinicien de l'auteur s'y montrent dans tous les chapitres, surtout dans son étude si complète des maladies professionnelles, et nous serions étonné si les médecins qui le lisent n'y trouvaient de fécondes ressources pour entretenir et propager tout autour d'eux les préceptes de l'hygiène privée et publique.

L'idée dominante du volume publié par M. Arnould, sous le titre beaucoup trop modeste que nous avons rappelé plus haut, se trouve indiquée dès les premières lignes, alors qu'il déclare se proposer l'étude des *rapports sanitaires* de l'homme avec le monde extérieur. Aujourd'hui, dit-il, l'hygiène veut, d'une part, des études, d'autre part, des applications matérielles. Et le programme des unes et des autres se trouve réparti dans son livre en trois grandes divisions : l'hygiène générale, l'hygiène spéciale, la législation et la police sanitaires. Les rapports nécessaires de l'homme, considéré comme le résumé d'attributs absolument communs à tous les individus de l'espèce, avec les milieux cosmiques qui influencent sa santé, soit naturellement, soit par suite de sa présence même, constituent la base de l'hygiène générale et comprennent le sol ou support commun, l'atmosphère, les abris, c'est-à-dire l'habitation et le vêtement, cet abri portatif, les soins corporels, les aliments et les boissons, l'exercice et le repos. Quant à l'hygiène spéciale qui sépare l'homme du reste des êtres et en fait un groupe dans la série animale, il convient de rechercher le caractère des rapports sanitaires avec les subdivisions de ce groupe lui-même et d'en conclure des règles qui ne sont qu'une adaptation précise des principes généraux. Aussi M. Arnould embrasse-t-il les études suivantes dans cette seconde partie : les groupes anthropologiques et ethniques, la démographie et la statistique démographique, l'hygiène de l'enfance, les groupes scolaire, industriel, militaire ou marin, rural, urbain, l'hygiène des malades y compris l'hygiène hospitalière et les institutions d'assistance. La troisième partie comprend enfin l'histoire et l'exposé de l'organisation de l'hygiène publique dans les divers pays, les lois édictées, les autorités sanitaires, les fonctionnaires de surveillance et d'expertise, les pénalités; M. Arnould aurait souhaité de pouvoir y annexer l'étude du meilleur enseignement public de l'hygiène.

Que de choses peuvent être placées dans un tel programme, est-on tenté de dire ! Le professeur de la Faculté de Lille l'a cependant rempli sans donner à aucune des parties des proportions inégales et, en agissant ainsi, il est parvenu à faire de son livre un ensemble à la fois complet et pondéré; ce n'est pas seulement le médecin qui y trouvera les enseignements qui lui manquent pour faire œuvre d'hygiéniste, mais aussi le chimiste, l'ingénieur, l'architecte, l'administra-

---

1/100° de micro-farad sous la tension d'un Volt. Le condensateur sert d'intermédiaire entre la batterie et l'appareil d'induction, et celui-ci étant à l'abri des irrégularités causées par l'étincelle d'extra-courant, et pouvant être actionné par des quantités d'électricité rigoureusement égales, donnera aussi des courants induits rigoureusement égaux tant que la bobine inductrice et la bobine induite seront dans les mêmes positions respectives.

Cet appareil constitue un progrès, mais les médecins, aussi bien que les physiologistes et les électriciens, ne sauraient oublier que si la perfection mathématique, si les mesures absolues sont indispensables à connaître à un moment donné de l'expérimentation ou de la thérapeutique, une telle exactitude instrumentale ne constitue qu'un des éléments complexes de l'observation. La physiologie guide dans ces cas la thérapeutique, mais, pour le présent, l'empirisme conserve néanmoins, dans cette technique électropathique, une part considérable qui ne saurait être restreinte que par les progrès constants de l'observation méthodique et raisonnée.

Nous ne pouvons décrire ici les divers appareils, recommandés par le Congrès, mais nous voulons donner une idée du nouveau galvanomètre astatique de MM. Déprez et d'Arsonval, qui a été au nombre des nouveautés intéressant le plus les physiologistes et les médecins.

Ce nouvel appareil est une modification du galvanomètre à indications rapides de M. Déprez, imaginée par M. d'Arsonval, et qui rend cet instrument de mesure applicable aux recherches d'électrophysiologie, et le range dans la classe de ceux qui utilisent l'action d'un champ magnétique puissant sur un courant dont la direction est perpendiculaire aux lignes de forces du champ.

Voici d'ailleurs la description qu'en a donnée M. Déprez dans le journal *la Lumière électrique* (n° 46, 7 septembre 1881) : L'instrument se compose de trois parties : 1° un aimant permanent, pesant environ 700 grammes, dont les branches sont écartées de 30 millimètres ; 2° un tube de fer

teur, etc., tous ceux enfin dont les connaissances spéciales sont mises à contribution pour élucider les difficiles problèmes de la santé et de la salubrité. Chacun des chapitres précise les acquisitions les plus récentes des diverses sciences; et leurs applications à l'hygiène y sont appréciées en des termes profondément pensés, avec la conviction raisonnée de l'expérience et du savoir; c'est, croyons-nous, le plus bel éloge qu'on puisse faire d'un ouvrage aussi considérable; et nous nous empressons d'y souscrire.

II

Telle est, aussi succinctement que possible, l'appréciation comparée que la lecture des trois nouveaux Traités d'hygiène français nous a suggérée; en entreprendre une étude bibliographique plus complète nous semble inutile et superflu, car elle ne pourrait qu'effleurer les multiples sujets que chacun d'eux traite à son tour et ce que nous avons dit de leur programme montre assez, pensons-nous, dans quel esprit les problèmes qu'ils soulèvent s'y trouvent envisagés. Quelle signification prend donc l'apparition successive et en un laps de temps si court de ces volumineux ouvrages portant cependant un titre commun? A quel mouvement des esprits, à quels besoins répondent-ils?

L'hygiène, il faut le dire bien haut, est presque inconnue en France, ou du moins si elle y est cultivée par un certain nombre de personnalités éminentes, elle n'a que peu d'action dans les conseils du pays. Deux causes, à notre sens, peuvent être invoquées à cet égard : l'organisation défectueuse de l'hygiène publique et l'insuffisance de l'enseignement de l'hygiène. Les Traités de MM. Bouchardat, Proust et Arnould permettent à chaque page de le constater, et c'est assurément l'espoir de faire changer ce pénible état de choses qui les a inspirés.

La troisième partie de l'œuvre de M. Arnould trace le rapide tableau des institutions d'hygiène publique chez quelques nations voisines. Tandis qu'à la fin du siècle dernier, notre pays comprenait, suivant l'expression de M. Arnould, que parmi les droits de l'homme il fallait aussi inscrire le droit de la santé, alors qu'il créait dès 1802 le Conseil de salubrité de Paris et préludait ainsi à l'organisation si remarquable des Conseils départementaux d'hygiène et de salubrité, du Comité consultatif d'hygiène publique, des commissions des épidémies et autres pouvoirs consultatifs analogues, tandis qu'en un mot, l'organisation de l'hygiène publique ne s'effectuait, en France, que dans l'une de ses parties, les peuples étrangers ne se bornaient pas à ces institutions incomplètes, mais plaçaient à côté des commissions d'examen et d'avis des fonctionnaires spéciaux, uniquement chargés de l'exécution de toutes les mesures nécessitées par la santé publique. Assurément notre service de prophylaxie contre les maladies pestilentielles exotiques, service si bien étudié dans le livre de M. Proust, se constituait à la suite des grandes Conférences internationales et se perfectionnait grâce à M. Fauvel, de telle sorte que consultants et agents étaient également compétents, et que l'exécution rapide des mesures prescrites était ainsi assurée; mais c'est qu'il ne s'agissait pas seulement alors d'intérêts sanitaires ; l'importance des relations commerciales était en jeu! Serait-il donc si difficile de faire, comme on l'a dit, pour l'hygiène publique du pays lui-même, que les conditions dans lesquelles s'exerce, en France, la médecine publique répondent désormais aux nécessités auxquelles elle a mission de faire face, et aux efforts qu'elle ne cesse de susciter? Ne pourrait-on donc pas, à côté des commissions spéciales, possédant des connaissances techniques variées, existant d'une manière si complète dans notre pays et que plusieurs nations étrangères n'ont pas manqué d'imiter, ne pourrait-on donc pas placer à côté d'elles une autorité toute particulière pour rechercher et mettre à exécution les mesures que réclame l'ensemble si vaste d'attributions que doit posséder l'administration de la santé publique? L'Angleterre a son Local Government Board et ses nombreux inspecteurs sanitaires; la Belgique, son inspecteur spécial et le bureau d'hygiène de Bruxelles; l'Autriche, des Réferents pour les affaires sanitaires; la Hongrie, une division spéciale du ministère de l'intérieur ; le Danemark, des inspecteurs de santé et des médecins cantonaux; la Norvège, les médecins de district dirigés par un médecin en chef attaché au département de l'intérieur; la Russie, des fonctionnaires médicaux; l'Italie, une division spéciale du ministère de l'intérieur, ses commissions et bureaux d'hygiène, tout particulièrement celui de Turin, le premier en date, et ses médecins condotti; l'Allemagne, de nombreux fonctionnaires médicaux auprès de chaque autorité administrative et l'Office impérial de santé; la Serbie, son service sanitaire spécial; les Etats-Unis, le conseil national de santé, de nombreux bureaux d'hygiène et des fonctionnaires spéciaux sur tous les points de leur vaste territoire, etc. Un projet a été déposé récemment au Parlement, à la suite d'une communication présentée à la Société de médecine, publique, pour réaliser une organisation analogue en France, afin de rendre à la médecine publique toute la puissance

---

doux occupant presque toute la longueur de l'aimant et ayant un diamètre de 25 millimètres; 3° entre ce tube et l'aimant se trouve un cadre mobile autour de 2 couteaux dont les arêtes coïncident avec l'axe du tube et sont supportées par un pilier. Ce cadre porte à son extrémité, située dans la courbe de l'aimant, une aiguille mobile sur un cadran gradué, suivant le système (C. G. S.). Ce cadre reçoit du côté ouvert de l'aimant le courant transmis par deux fils dont les extrémités coïncident aussi avec l'axe du tube (de façon à rester immobiles quand le cadran tourne) et trempent dans des godets contenant du mercure. Ce cadre peut être constitué par une lame métallique unique, par exemple si l'on veut mesurer des courants thermo-électriques ou par un fil très fin, très long et faisant un grand nombre de tours, si l'on veut déceler le passage de courants très faibles. Quand l'appareil est bien réglé, dit M. Deprez, le mercure des godets étant bien pur, sa sensibilité est comparable à celle des meilleurs galvanomètres ordinaires à aiguille astatique et à fil de cocon tandis qu'il est infiniment plus maniable et plus transportable; les indications ne sont d'ailleurs nullement influencées par les masses magnétiques qui se trouvent dans son voisinage.

Tous ceux qui ont eu à manier les galvanomètres si délicats, employés jusqu'à présent, apprécieront les avantages de cet appareil dont la sensibilité est extrême et qui convient parfaitement pour la mesure des résistances.

Toutes ces considérations sur la mesure des courants électriques nous amènent à conclure que l'instrumentation électropathique offre actuellement des caractères nécessaires de précision, et si pour l'électrophysiologie nous devons faire quelques réserves, celles-ci ne s'appliquent point aux appareils mais aux moyens de les employer. Elles résultent de la nature même des recherches et de la multiplicité des conditions expérimentales. En effet, depuis longtemps, les expérimentateurs ont constaté l'importance du sens du courant (ascendant ou descendant) ou même de la disposition des électrodes négative et positive lorsqu'on irrite un nerf. La

d'action qu'elle comporte, en assurant aux délibérations des Conseils d'hygiène une exécution rapide et complète; ce projet a été favorablement accueilli, le Comité consultatif d'hygiène, il y a quinze jours, l'a jugé à son tour digne d'une sérieuse attention à la suite d'un rapport de M. Gallard, et s'il parvenait à se réaliser par l'entente des divers ministères intéressés, il nous permettrait d'avoir bientôt une Direction de la santé publique, placée entre des mains compétentes et comprenant l'assistance médicale, le service sanitaire extérieur, l'hygiène publique, la statistique et la démographie. Si cette organisation centrale pouvait être en relation avec des agents spéciaux dans les départements et avec des Bureaux municipaux d'hygiène, à l'exemple de ceux du Havre et de Nancy, alors sans doute, comme à Bruxelles, nous verrions, sous l'influence d'une administration éclairée et spéciale, le nombre des décès zymotiques descendre successivement depuis la création du Bureau d'hygiène de cette ville d'une moyenne de 904,2 à 191! Nous verrions aussi les remarquables rapports que M. Bouchardat a si souvent faits au Conseil d'hygiène de la Seine ne pas rester sans sanction et se réaliser les vœux et les préceptes qu'on trouve émis à chaque chapitre de leurs livres par MM. Proust et Arnould.

III

La nécessité de posséder des commissions délibératives spéciales et des fonctionnaires particulièrement chargés d'exécuter leurs avis, implique une grande dissémination de l'enseignement de l'hygiène à tous les degrés. M. Arnould regrette, avons-nous dit, de n'avoir pu étudier dans son ouvrage le meilleur mode d'enseignement public de l'hygiène, MM. Bouchardat et Proust n'en font pas mention d'une manière particulière; mais les Traités qu'ils viennent de publier ne sont-ils pas la preuve même de leurs préoccupations à ce sujet? MM. Bouchardat et Arnould y reproduisent en effet leur propre enseignement, et M. Proust professera certainement un jour celui que son livre développe. On peut affirmer que, si la science sanitaire dont ces Traités renferment toutes les indications était propagée et vulgarisée autant que possible, soit qu'il s'agisse d'hygiène privée ou d'hygiène publique, les désastres produits par les nombreuses maladies évitables qui nous assiègent seraient prévus et conjurés, que les habitations et l'entretien de nos villes, notre atmosphère, seraient en grande partie dépourvus de causes d'insalubrité. Mais pour obtenir ce résultat, il ne faudrait plus avoir le regret de voir, par exemple, des architectes et des ingénieurs construire des habitations collectives contraires aux règles les plus élémentaires de l'hygiène et les médecins qu'ils consultent ignorer tout aussi complètement ces mêmes règles. Il faudrait, en un mot, que l'hygiène fût enseignée aussi libéralement que possible, et que ceux qui veulent lui consacrer leur temps, comme ceux-là mêmes qui peuvent être appelés à en conseiller les préceptes, puissent trouver quelque part un enseignement approprié.

Nous ne pouvons examiner en ce moment ce que, suivant nous, devrait être cet enseignement dans sa généralité. Ses principes essentiels devraient-ils être indiqués dans les diverses écoles techniques et professionnelles où se préparent ceux dont les connaissances exigeront plus tard la présence au sein des commissions consultatives, les physiciens, les chimistes, les ingénieurs, les architectes, les juristes, les administrateurs, les vétérinaires, les médecins; de plus une école supérieure d'hygiène publique devrait-elle former ensuite les candidats pour le personnel de l'administration sanitaire, les professeurs d'hygiène, les inspecteurs spéciaux, les experts de la salubrité pour les laboratoires d'analyses de falsifications, laboratoires analogues à celui que la ville de Paris possède depuis deux ans. Nous ne voulons pas, non plus, examiner jusqu'à quel point pourrait être imité chez nous l'Institut d'hygiène de M. Pettenkofer à Munich, destiné à l'instruction publique des candidats admis aux fonctions de médecin de district à la suite d'un examen régulier, ou les enseignements techniques des officiers de santé et des inspecteurs de nuisance en Angleterre. Mais si l'on n'envisage la question qu'au point de vue de l'enseignement de l'hygiène dans les Facultés et Écoles de médecine, qu'on veuille bien songer à l'importance d'un tel enseignement, tel que le révèlent les programmes de MM. Bouchardat, Proust et Arnould, et aussi celui que M. Layet exposait l'an dernier au Congrès international d'hygiène de Turin.

Nous n'apprenons rien à personne en répétant une fois de plus, après bien d'autres, que cet enseignement n'existe, pour ainsi dire, pas en France; car il n'est confié qu'à un professeur obligé de choisir chaque année un petit nombre de chapitres qu'il devra développer, pendant quelques mois, trois heures par semaine. A l'exemple d'un grand nombre de Facultés de médecine de l'étranger, à Turin, Netley, Berlin, New-York, etc., il importe désormais que chez nous aussi les chaires d'hygiène aient une existence à part, que les leçons qui y sont professées soient plus fréquentes, et surtout que leurs ressources matérielles soient vraiment suffisantes. Comment, en effet, enseigner, par exemple, le programme

---

durée de l'excitation elle-même doit être notée, enfin l'irritation préalable d'un nerf par un courant induit faible ou par un courant fort produit des effets qui étaient restés inconnus des Allemands eux-mêmes, pendant que notre maître, M. Brown-Séquard, les découvrait et les démontrait publiquement, au laboratoire du Collège de France, plusieurs fois par semaine.

Quand on assiste à ces transformations multiples de l'action des courants induits sur les nerfs, et que l'on observe ces modifications apportées dans l'irritabilité nerveuse ou musculaire, aussi bien par des lésions locales, telles que l'élongation du nerf, que par une lésion périphérique (telle que l'action du chloroforme sur la peau), ou d'une lésion du système nerveux central (l'hémisection du bulbe), ou enfin l'action d'un poison (l'acide prussique), je le répète, lorsqu'on assiste à ces phénomènes complexes qui constituent les deux groupes de phénomènes d'inhibition ou de dynamogénie, on s'aperçoit que cette exactitude instrumentale n'est qu'une faible partie des conditions d'exactitude que l'on cherche à obtenir en électrophysiologie, mais c'est, en définitive, un progrès accompli.

J'ai voulu faire quelques réserves sur l'emploi des courants induits, parce que dans l'expérimentation biologique les difficultés s'exagèrent souvent par des conditions imprévues ou échappant aux mesures exactes; c'est ce qui explique ces sortes de surprises dans lesquelles il semble que les observateurs retombent périodiquement jusqu'au moment où l'on trouve le moyen d'éviter les causes d'erreur.

L'emploi de l'électrisation statique modifiée et appropriée au traitement raisonné des malades dans un hôpital spécial, sous l'impulsion de M. Charcot, et par les mains de ses élèves, a eu sa représentation instrumentale à l'exposition; il faut donc désormais, ainsi que l'a professé M. Charcot, faire une place à l'électricité statique à côté de l'électricité dynamique; on peut dire que c'est l'ancêtre qui revient près du foyer.

tracé par M. Arnould et par M. Layet, si l'on ne peut en même temps montrer aux élèves les modèles, les appareils que la science sanitaire utilise, leur faire toucher du doigt les falsifications, les projets et modèles architecturaux, sans leur fournir les éléments des expériences et des recherches qui ont pour but l'étude des causes des maladies, comme le dit M. Bouchardat, ainsi que les procédés propres à s'en prémunir. Il est donc devenu nécessaire en France, sous peine de laisser le corps médical dans l'ignorance des progrès si considérables de l'hygiène, d'assurer l'étude complète de cet enseignement dans les Facultés de médecine, suivant le désir exprimé par tous les professeurs, et plus particulièrement encore à plusieurs reprises par celui de la Faculté de Paris.

Il faut nous arrêter; la lecture des ouvrages de MM. Bouchardat, Proust et Arnould appelle l'attention sur des questions d'une telle importance, d'une nouveauté si grande et si attrayante, que tous ceux qui prennent intérêt aux études d'hygiène ne peuvent les fermer sans se promettre de les conserver près d'eux, afin de revenir souvent à des œuvres d'un caractère si élevé, remplies d'enseignements précis et autorisés, et sans prendre la résolution de s'associer, dans la mesure de leurs forces, aux efforts de leurs auteurs en faveur de la prospérité et de la vitalité du pays.

A.-J. MARTIN.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

TRAITEMENT DU DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE PAR LA GALVANO-PUNCTURE, par le docteur Ch. ABADIE.

Le décollement de la rétine reconnaît presque toujours une origine locale. Il s'observe le plus souvent chez les myopes, où la distension progressive du globe oculaire paraît être sa cause effective. Son apparition brusque au milieu de la santé générale la plus florissante témoigne bien que cette lésion est indépendante le plus souvent d'un état diathésique quelconque. Dans quelques cas cependant de choroïdites, liées à certains troubles pathologiques de l'organisme, la rétine peut se décoller, mais ces cas sont infiniment moins nombreux que ceux où le décollement survient sous l'influence d'une action mécanique.

Quoi qu'il en soit, dès que la rétine s'est détachée de la choroïde, on se trouve en présence d'une affection d'une gravité extrême, contre laquelle les divers traitements essayés jusqu'ici ont été presque toujours impuissants.

Les tentatives chirurgicales faites, dans ces derniers temps, ont principalement consisté dans des ponctions de la sclérotique, pratiquées avec un couteau étroit. Le liquide sous-rétinien s'écoule et parfois la rétine se réapplique; mais le résultat obtenu n'est que momentané, car la rétine n'étant qu'appliquée et non fixée aux tissus sous-jacents, ne tarde pas à se déplacer de nouveau. On a bien proposé et même essayé de fixer la rétine, en allant la chercher à travers une large ouverture et en l'enclavant dans la plaie scléroticale; mais l'expérience de tous les jours démontre qu'une large section des enveloppes de l'œil, suivie d'une perte notable du corps vitré, détermine fatalement l'atrophie du globe dans un délai plus ou moins éloigné.

Le problème à résoudre restait donc toujours celui-ci : fixer la rétine aux membranes sous-jacentes sans provoquer un délabrement considérable des enveloppes de l'œil.

L'observation de deux malades, que je suis depuis déjà bien longtemps m'a fourni quelques indications qui permettent peut-être d'atteindre cette solution si ardemment désirée. Le premier de ces deux malades, que j'ai examiné pour la première fois il y a environ huit ans, est atteint d'un double décollement de la rétine, et, chose bien remarquable et bien rare, depuis huit ans ce double décollement est resté stationnaire et permet à ce malade d'aller et venir et de gagner sa vie. Or, en l'examinant avec attention et à plusieurs reprises différentes, j'ai reconnu que, contrairement à la règle, le décollement de la rétine n'était pas devenu complet, parce qu'à la limite du décollement, des chorio-rétinites, parfaitement visibles à l'ophthalmoscope, maintiennent la rétine fixée à la choroïde.

L'autre malade est atteint d'un décollement de la rétine qui remonte à vingt ans, et qui est resté également limité. Chez lui aussi, des foyers de chorio-rétinite ont provoqué des adhérences qui ont empêché le décollement de s'étendre.

C'est en méditant sur ces cas qui sont des plus instructifs et des plus démonstratifs que je n'ai cessé de chercher le moyen de provoquer artificiellement des foyers de chorio-rétinite destinés à fixer la rétine à la choroïde. Pour atteindre ce but, j'ai songé à l'électro-puncture. J'ai pensé qu'en ponctionnant les enveloppes de l'œil au moyen d'une aiguille rougie par la pile, on pourrait déterminer une adhérence ou plusieurs, si cela est nécessaire, de façon à capitonner pour ainsi dire la rétine contre la choroïde.

Avant de me livrer à ces tentatives sur l'homme, j'ai cru utile de faire quelques expériences sur les animaux. Sur des lapins et sur des chiens, j'ai pratiqué avec un galvano-cautère effilé en forme d'aiguille, tantôt une ponction, tantôt plusieurs, éloignées de 8 à 10 millimètres l'une de l'autre. L'opération n'a provoqué qu'une réaction absolument insignifiante, jamais je n'ai vu survenir d'inflammation sérieuse, soit du côté des membranes profondes, soit du côté du segment antérieur de l'œil. Les milieux conservent leur transparence. Au bout de

---

En électricité statique, la mesure est facile, à ce point qu'on avait proposé de prendre pour base des mesures d'unités électriques un système électrostatique; pratiquement les machines de Holtz, la machine Holtz-Carré, avec les modifications apportées par MM. Vigouroux et Andriveaux, répondent aux nécessités thérapeutiques, et d'ailleurs un *électromètre* de Snow-Harris donne la mesure de la *tension*, tandis qu'un électromètre de Lane permet d'apprécier « la quantité ».

S'il est pour nous une question délicate, c'est l'appréciation de la puissance thérapeutique de l'électricité statique, tour à tour contestée, admirée, critiquée, mais restant toujours un problème difficile à résoudre, et dont l'étude n'est point sans danger pour l'expérimentateur (psychologiquement parlant).

La réhabilitation de l'électricité statique a été portée devant le public médical. On pourrait se livrer sur ce point à des considérations diverses ; ce que nous voudrions pouvoir exposer, ce sont les résultats produits par l'électricité statique sous forme de bains électriques, de décharges, d'étincelles, de vent, d'aigrettes, etc., etc.

N'ayant pu recueillir sur ce sujet aucun document expérimental, pouvant amener une conviction personnelle, nous ne saurions mieux faire, pour constater l'état actuel de la science, que de reproduire l'opinion de M. Charcot, telle qu'il l'a résumée dans la *Revue de médecine* (n° 2, 1881, p. 156 et suivantes). L'électricité statique, suivant M. Charcot, a droit à une place dans les moyens physiques de traitement de l'hystérie. « A la vérité, disait-il, en février, nous » sortons à peine, sur cette question, de la période des essais » préparatoires, mais ce que nous avons observé déjà est » fort encourageant..... Il importe, en effet, de relever que » l'électricité statique, en dehors de l'hystérie, nous a paru » apte à rendre de grands services dans une foule d'affec- » tions diverses, et même, dans quelques-unes, de ne pou- » voir être remplacée par aucun autre agent..... » Certains

quelques jours, quand la ponction est faite assez en arrière de la région ciliaire, on découvre à l'ophthalmoscope une plaque blanchâtre, entourée d'une aréole noirâtre de pigment, tout à fait comparable aux foyers de chorio-rétinite qu'on observe chez l'homme.

En disséquant ensuite au bout d'un certain temps les yeux des animaux qui ont servi à ces expériences et en saisissant délicatement la rétine sur les yeux frais, immédiatement après l'énucléation, on constate qu'au niveau des points touchés par le galvano-cautère, elle a contracté des adhérences avec les tissus sous-jacents.

Chez l'homme, j'ai procédé de la même façon que chez les animaux. Si le décollement de la rétine siège en bas (ce qui est la règle), le globe oculaire, maintenu aussi élevé que possible au moyen de la pince à fixation, et les paupières étant écartées au moyen des élévateurs, on plonge l'aiguille de platine, rougie par la pile, dans la sclérotique, en ayant soin d'éviter le muscle droit inférieur et de se tenir aussi en arrière que possible de la région ciliaire.

Le galvano-cautère perfore facilement la sclérotique, mais le calorique s'épuise aussitôt, et il est rare que la ponction soit assez profonde pour que le liquide sous-rétinien s'échappe au dehors. Il faut *replonger l'aiguille rougie* de nouveau dans la même ouverture en l'enfonçant plus profondément encore. Le liquide sous-rétinien s'échappe alors à travers l'ouverture. J'attache une grande importance à replonger ainsi une seconde fois l'aiguille plus profondément; je crois que la formation d'un foyer circonscrit de chorio-rétinite fixant désormais la rétine dépend surtout de cette seconde manœuvre.

Dans un cas où le décollement était très étendu, j'ai fait deux ponctions à deux endroits différents, immédiatement l'une après l'autre. Chez les animaux, j'ai pratiqué jusqu'à trois ponctions en trois endroits différents sans qu'il en soit résulté de sérieux dommages. Pendant cinq ou six jours après l'opération, je maintiens le bandeau compressif; d'ordinaire, la réaction est presque insignifiante; l'ouverture pratiquée aux enveloppes de l'œil reste fistuleuse une dizaine de jours environ, puis elle se referme et c'est à peine si on en retrouve la trace à la surface de la sclérotique.

Au bout de quelques jours, en examinant le fond de l'œil à l'ophthalmoscope, si la ponction a été faite (ce qui est nécessaire) en arrière de la région ciliaire, on aperçoit une tache blanchâtre entourée d'une aréole noirâtre tout à fait semblable à celle qui se produit dans les expériences sur les animaux.

C'est le foyer de chorio-rétinite où désormais la rétine est devenue adhérente.

Jusqu'ici, j'ai pratiqué la ponction scléroticale huit fois avec le galvano-cautère; dans six cas anciens où le décollement était très étendu, l'opération a toujours amené une certaine amélioration, mais qui n'a pas été de longue durée; ordinairement, au bout de quinze jours à trois semaines, le décollement s'est reproduit. Par conséquent, on peut dire que, contrairement à la théorie, dans le décollement ancien et très étendu, ce procédé ne donne pas encore de très bons résultats.

Il n'en est plus de même dans les décollements récents et limités et la galvano-puncture de la sclérotique (nom qui me paraît devoir être donné à cette opération), pratiquée deux fois dans ces conditions, m'a donné des succès qui me paraissent devoir être durables. Aussi, je n'hésite plus à faire connaître ces faits, parce qu'ils sont réellement des plus encourageants. Je considère que l'avenir seul pourra décider de la valeur définitive de cette nouvelle méthode opératoire.

Mais elle paraît rationnelle, et l'attention des ophthalmologistes étant dirigée de ce côté, les perfectionnements, s'il en est de nécessaires, seront plus facilement trouvés, les difficultés qui restent à vaincre seront plus facilement surmontées. L'effort de tous, en pareille matière, est toujours préférable à l'effort d'un seul.

Je dois déclarer que je ne suis pas le seul à avoir eu l'idée d'employer le galvano-cautère pour guérir le décollement rétinien. MM. Martin (de Bordeaux) et de Wecker ont annoncé au récent congrès ophthalmologique de Londres qu'ils avaient ponctionné les enveloppes de l'œil avec une aiguille rougie par la pile, dans des cas de décollement de la rétine. Mais ces ophthalmologistes distingués n'ont donné aucun détail, ni sur leur manière de procéder, ni sur les résultats obtenus.

Antérieurement au congrès de Londres, je m'occupais aussi de cette même question. Tenant compte des observations signalées plus haut, je poursuivais l'idée de déterminer par le galvano-cautère des foyers de chorio-rétinite destinés à provoquer des adhérences. Mais avant d'entretenir le public médical de ce nouveau mode de traitement, j'avais besoin de faire des études plus complètes et de perfectionner l'outillage.

Pour exécuter cette opération délicate, il ne faut, en effet, songer à utiliser ni le thermocautère qui envoie trop de chaleur rayonnante, ni un stylet rougi à une lampe à alcool qui se refroidit trop vite. L'accumulateur Planté, qui sert pour le polyscope de M. Trouvé, ne possède qu'à la longue la force électro-dynamique suffisante. M. Trouvé, qui a bien voulu s'occuper avec moi de cette question, m'a procuré une pile à grande surface qui fonctionne admirablement et qui permet de conserver le couteau de platine bien au delà de la limite nécessaire.

En outre, j'ai supprimé le régulateur à pédale qui exige que l'opérateur établisse ou interrompe lui-même le contact pour le remplacer par un petit porte-couteau très

---

cas de paralysie faciale périphérique sont difficiles à traiter par la faradisation et la galvanisation, à cause de l'imminence de la contraction; en pareille circonstance, l'électricité statique a plusieurs fois mené la cure à bonne fin, et même, ce qui est fort remarquable, lorsque la contraction existait déjà, elle l'a fait disparaître. Une autre action, qui paraît propre à l'électricité statique, se voit dans la paralysie agitante : le souffle, où de faibles étincelles arrêtent instantanément le tremblement des parties sur lesquelles on les dirige; la maladie elle-même est favorablement modifiée. Malheureusement, en pareil cas, l'amendement n'est que temporaire, il ne saurait s'agir de guérison dans certaines névropathies, irritations spinales, dyspepsies, dysménorrhées, etc., l'électrisation statique a donné des résultats qu'un long traitement par les autres moyens n'avait pu procurer. Dans l'hémianesthésie cérébrale par lésion organique, elle peut ramener la sensibilité, sans transfert, ainsi que le fait d'ailleurs quelquefois l'aimant.

Quelle que soit la valeur des résultats obtenus, M. Charcot n'a cependant pas encore posé de conclusions définitives. En effet, il nous engageait à procéder pendant quelque temps à une tranquille analyse des faits, et nous conviait, il y a un an environ, à une exposition des résultats des expériences cliniques qui seraient faites dans l'année; nous attendons ces résultats; il nous suffit pour le moment d'avoir montré l'importance de l'électricité statique dans l'électrothérapie.

Il n'y a donc plus aucune forme de l'électricité qui n'ait été appliquée en médecine; la galvanocaustie, l'électrolyse nous offriraient l'occasion de compléter cette revue des progrès de l'électrothérapie, si nous ne devions nous borner à l'indication des faits les plus nouveaux.

Les perfectionnements des procédés d'électrolyse dans le traitement des tumeurs, des anévrysmes, méritent d'être rappelés à propos de l'Exposition, ils ont été affirmés (en Italie, plus spécialement, par la présentation des appareils), mais les progrès de l'électrolyse ont été suffisamment signa-

mince qu'on tient comme une plume à écrire et qui permet de manœuvrer avec une grande précision. Le contact et l'interruption sont établis par un aide sur l'appareil générateur de l'électricité. Jusqu'ici, comme j'ai eu soin de le faire remarquer, la galvano-puncture ne m'a donné des résultats satisfaisants que dans les décollements récents et peu étendus. Mais dans le cours de ces recherches, j'ai fait quelques remarques intéressantes qui permettront peut-être d'étendre l'action de ce mode de traitement à d'autres affections oculaires, contre lesquelles nous restions jusqu'ici désarmés. J'ai observé qu'à la suite de la ponction de l'œil pratiquée avec le galvano-cautère, la tension intra-oculaire baisse considérablement et, alors même que la plaie scléroticale paraît définitivement cicatrisée, la tension reste presque toujours au-dessous de la normale. J'ai eu l'idée d'utiliser cette propriété pour affaiblir la tension de l'œil contre certains états glaucomateux où l'iridectomie et la sclérotomie se sont montrées insuffisantes : chez un enfant de dix ans atteint d'hydrophthalmie congénitale dont un œil abandonné à lui-même était entièrement désorganisé, dont l'autre malgré une iridectomie pratiquée il y a cinq ans et une sclérotomie faite il y a quelques mois continuait à rester avec une vision réduite à une simple perception lumineuse.

J'ai pratiqué la galvano-puncture de l'œil le moins malade, cette opération a amené un affaiblissement énorme de la tension intra-oculaire et une amélioration telle de la vision que cet enfant compte actuellement les doigts de la main à 40 centimètres. Je crois donc que dans ces cas rebelles où la sclérotomie donne parfois, il est vrai, de bons résultats, mais parfois aussi est impuissante, dans ces formes malignes de glaucome qui évoluent quand même, malgré l'iridectomie, la galvano-puncture pourra peut-être être employée avec utilité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRIE. — M. *Colineau* adresse une note concernant un remède contre la diphthérie. (Renvoi à la section de médecine.)

CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE DANS L'EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE. Note de M. *S. Danillo*. — Les résultats des recherches de l'auteur, faites sur des chiens, peuvent être résumés de la façon suivante :

« 1° Les altérations de la moelle épinière dans l'intoxication par le phosphore doivent être rangées dans la classe des myélites, soit centrales, soit diffuses. 2° Dans les cas aigus de l'empoisonnement par le phosphore, le système nerveux central contient des dépôts de pigment d'origine hématique. Ce fait n'avait pas été noté avant mes recherches. 3° Les grandes doses de phosphore donnent lieu à une myélite centrale, dans toute la longueur de la moelle, avec formation d'extravasats et de pigment. Les doses moindres et réitérées provoquent une myélite diffuse, intéressant la substance grise et la substance blanche. 4° Le phosphore présente donc un moyen puissant à l'aide duquel on peut faire naître à volonté, dans la moelle épinière, une irritation inflammatoire, soit localisée dans la substance grise, soit diffuse, c'est-à-dire occupant à la fois la substance blanche et la substance grise. 5° Un certain nombre des phénomènes nerveux morbides observés durant la vie doivent être rapportés aux effets de l'une ou de l'autre de ces deux sortes de myélite. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre des travaux publics accuse réception du rapport de M. *Léon Colin* sur les *soins à donner aux ouvriers employés à des travaux de terrassements dans des terrains marécageux ou dans des alluvions de formation récente ;* il remercie l'Académie « pour le précieux concours qu'elle a bien voulu donner à son administration dans cette circonstance ».

M° Michot, notaire à Paris, informe que Mme veuve *Laval*, née Tessier, par un testament en date du 20 novembre 1879, a légué à l'Académie : 1° le portrait de Jobert de Lamballe peint au pastel par Giraud ; 2° une somme de 30 000 francs, en rentes sur l'État, « dont les arrérages seront donnés chaque année comme récompense à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant ». Le choix de cet élève appartiendra à l'Académie de médecine.

M. le docteur *Moullié*, médecin-major en retraite (de Serignac, près Agen), adresse un mémoire sur *les maladies, infirmités et autres causes qui ont motivé l'exemption du service militaire dans les départements de Tarn-et-Garonne pour les années* 1876, 1877 *et* 1878. (Renvoi à MM. Larrey et Lagneau.)

M. le docteur *N. Parissis* envoie, en son nom et au nom de M. le docteur *Jean A. Telzis*, une brochure intitulée : *De l'île d'Hydra* (*Grèce*) *au point de vue médical et particulièrement du tzanaki, maladie spéciale de l'enfance, et des maladies des plongeurs*.

M. *G. Fraisse*, étudiant de la Faculté de médecine de Paris, se porte candidat pour le *concours Vulfranc-Gerdy*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° les fascicules 4 à 9 de l'*Embryologie* ou *Traité complet du développement de l'homme et des animaux*, par M. le docteur *Kölliker* (de Wurtzbourg), traduction de M. *Aimé Schnieder* (de Poitiers) ; 2° une communication imprimée, faite par M. le docteur Sébastien Labastide sur la *peptone* à l'Académie de médecine de Mexico ; 3° au nom de M. le docteur *A. Jacobi* (de New York), une brochure intitulée : *Rudolf Virchow, an address introductory to the course of lectures of the term* 1881-82*;* 4° de la part de M. le docteur *Eklund* (de Stockholm), une brochure portant le titre suivant : *Contribution à la géographie médicale, la nouvelle caserne des recrues de Skeepsholm au point de vue hygiénique*.

M. *Tillaux* présente une traduction de M. le docteur *Demons* (de Bordeaux) de l'ouvrage sur l'*ostéotomie*, de M. le docteur *William Maceven* (de Glasgow).

M. *Noel Gueneau de Mussy* fait hommage d'un travail qu'il vient de publier dans la *Revue d'hygiène* sur la *Laiterie hygiénique d'Aylesbury à Londres*.

lés dans ce journal pour que nous n'insistions pas sur ce sujet ; nous préférons user de la place dont nous pouvons encore disposer pour examiner les applications des téléphones et des microphones à la médecine et à la physiologie, ce qui sera le sujet de notre prochain et dernier article.

A. HÉNOCQUE.

(*A suivre.*)

CONCOURS DE L'INTERNAT. — A la suite de la première épreuve ont été reconnus admissibles les candidats dont les noms suivent : MM. Ambresin, Aron, Ayrolles, Barbier, Barbilliou, Barral, Basset, Baudoin, Belin (Ed.-Victor), Belin (J.-Dominique), Bernard, Berthod, Bettremieux, Beurnier, Bidault, Blanc, Bonfils, Boquin, Bottey, Bottez, Boucher, Bouchut, Bourdel, Boursier, Bouttier, Braine, Broca, Brodeur, Brossard, Brunou, Bucquet, Budov, Buret, Carron, Cayla, Chambellan, Champeil, Chatellier, Chochon-Latouche, Chopard, Clado, Collet, Condoléon, Costches, Coulon, Courbatieu, Coustade (Antoine), Crespin, Dalché, Daugé, Dagot, Debrigode, Delotte, Demars, Deschamps, Didion, Dieudonné, Doyen (Emile), Doyen (Louis), Dubief, Duchon-Doris, Duflocq-Dumoret, Durand-Fardel, Dutertre, Feulard, Filibilin, Florand, Fournier, Fremont, Gauchcrand, Gille de la Tourette, Gillet, Gylly, Goix, Gomat, Gontierre-Cachera, Graverry, Guerrier, Hallé, Hamonic, Hartman, Jacquelot, Jordet, Jausehne, Jacqs, Jouliard, Ladvoitte, Lallemant, Lancry, Largeau, Legendre (Paul-Ernest), Legendre (Paul-Louis), Lepage, Levier, Lormond, Lubet-Barbon, Malibren, Mencet, Marciguez, Marfau, Ménétrier, Mérigot de Joigny, Monnier, Morel-Lavallée, Morin (Georges), Namu, Néhel, Notta, Peltier, Peraire, Perrin, Phocas, Pignol, Poupinel, Poupon, Proust, Pruche, Queyrat, Rambaud, Ranquedol, Renault, Ressein, Reverchon, Réviliod, Ribail, Ribeton, Rivet, Roger, Solat, Schachmann, Secheyron, Toinet, Toupet, Turquet, Vallin, Vigneron et Wins.

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Mollière* (de Lyon), une brochure intitulée : *De la gangrène gazeuse.*

Paludisme et diabète. — M. *Verneuil* rappelle que les réserves exprimées par M. Léon Colin dans la dernière séance à propos de sa communication sur l'influence du traumatisme chez des paludo-diabétiques (voy. p. 775) portent principalement sur trois points : 1° la fréquence douteuse du diabète palustre chronique; 2° la dépendance problématique de ce diabète et du paludisme antérieur; 3° la nécessité d'établir dans les antécédents du diabète réputé palustre l'existence avérée du paludisme.

Les paludiques incontestés sont, en effet, nombreux dans l'armée, déclarait M. Colin, et cependant on ne signale peut-être pas un seul cas de réforme ou de retraite par diabète palustre. Mais ne peut-il arriver, répond M. Verneuil, qu'en réformant des soldats atteints de cachexie palustre on réforme sans le savoir un bon nombre de diabétiques? Jusqu'à ce qu'on ait spécialement fait la recherche du sucre chez tous les hommes renvoyés dans leur foyer pour cause d'intoxication tellurique invétérée, il faudra bien admettre la fréquence de cette coïncidence, telle qu'elle résulte des remarques de MM. Burdel et Verneuil.

Un temps considérable, il est vrai, s'était écoulé chez quelques-uns des opérés, dont les observations ont été rappelées, depuis leurs dernières atteintes de paludisme; la glycosurie ou les autres accidents intermittents déterminés par le traumatisme doivent-ils être attribués à ce paludisme resté si longtemps inactif et ne s'agissait-il pas plutôt de ces affections nerveuses ou fébriles plus ou moins périodiques qu'on observe assez souvent chez des malades vierges de toute intoxication tellurique antérieure? M. Verneuil estime, d'une part, que, de toutes les intoxications, le paludisme est la plus tenace et le plus indestructible, et, d'autre part, qu'elle peut toujours reparaître à des époques très éloignées sous l'influence de causes excitatrices diverses et surtout à la suite de traumatismes. Il cite à cet égard de nouvelles observations, tant personnelles qu'empruntées à divers auteurs et dans lesquelles le réveil du paludisme s'est produit, à la suite de diverses opérations chirurgicales, sous la forme d'accès de fièvres intermittentes et de névralgies, après un temps considérable, 10, 15, 20 et même 40 années.

M. Verneuil revient enfin sur les rapports de l'impaludisme et du diabète, et donne lecture d'une note que vient de lui adresser M. Burdel (de Vierzon), dans laquelle celui-ci, confirmant ses recherches antérieures, affirme que, si la glycosurie paludique est le plus souvent éphémère dans la fièvre tellurique à l'état aigu, et suivant aussi les différents types qu'elle affecte, on peut dire, au contraire, que la glycosurie s'établit fixe et plus continue lorsque cette fièvre est en récidive et qu'elle passe à l'état chronique; il a en effet rencontré dans ces conditions des doses de sucre assez considérables; quant aux lésions traumatiques qui très souvent réveillent ou aggravent les diathèses, mais surtout les manifestations telluriques, M. Burdel déclare que les observations fourmillent sur ce point.

La fréquence admise par M. Verneuil, non seulement de la glycosurie, mais du diabète vrai, sous l'influence de l'intoxication palustre ou tellurique a paru à M. *Le Roy de Méricourt* si peu conforme à sa pratique dans plusieurs régions des plus palustres du globe, dans les hôpitaux de la marine, ainsi qu'à l'ensemble des observations faites par ses collègues de la flotte, qu'il a voulu se livrer à une sorte d'enquête, afin surtout de fournir un point de départ précis aux recherches que les médecins de la marine ne manqueront pas de faire à la suite de la communication de M. Verneuil. Il regrette d'abord que celui-ci ait employé, comme M. Burdel d'ailleurs, presque indifféremment les dénominations de glycosurie et de diabète; ces deux termes n'ont plus aujourd'hui la même valeur, leur diagnostic différentiel est connu désormais, et l'on sait que l'un des caractères essentiels de la glycosurie c'est d'être le plus souvent intermittente, de cesser et de disparaître également sous l'influence des causes les plus légères. Il cite, entre autres, la conclusion à laquelle M. Bouchardat est arrivé à cet égard : « On a signalé l'existence d'une faible proportion de glycose dans les urines des malades atteints de fièvres intermittentes, mais ce n'est pas le diabète vrai. » Cela a son importance, on le conçoit, et il ne serait pas indifférent pour beaucoup de glycosuriques transitoires, ou même permanents d'être soumis trop sévèrement au régime du diabète vrai. Examinant ensuite les observations de M. Seegen et celles de M. Verneuil, M. Le Roy de Méricourt n'y voit, en général, que des manifestations de glycosurie fugace et légère sous des influences diverses; il y voit aussi un trop petit nombre d'accès de fièvres pour admettre le réveil du paludisme; seuls deux cas paraissent présenter des diabètes vrais; mais pas plus que dans les autres, la relation entre l'intoxication palustre et la présence du sucre ne peut être absolument démontrée.

Si l'on n'a pas, jusqu'ici, cherché le sucre dans les cas de paludisme constatés en si grand nombre par les médecins de la marine et des colonies, aussi soigneusement que le mémoire de M. Verneuil va engager à le faire maintenant, on n'en possède pas moins de très nombreux relevés où cette constatation a été faite sur une large échelle; les glycosuries transitoires ont pu passer inaperçues, mais il n'en saurait être de même des diabètes confirmés, si aggravés par l'alimentation de bord et le séjour dans les pays tropicaux; or, ces cas y sont extrêmement rares, quelque communes que soient les fièvres intermittentes parmi le personnel.

Les divers ouvrages de géographie médicale de Hirsch, Lombard, Christie, Morehead, Rufz de Lavison, Huillet, Bérenger-Féraud, etc., considèrent la coïncidence du diabète et de la malaria comme exceptionnelle; on peut également s'en convaincre en lisant les rapports de la marine de guerre des Etats-Unis, les statistiques de l'hôpital de la marine à Rochefort et les notes prises par M. le docteur Maher dans cette ville, que cite successivement M. Le Roy de Méricourt. Aussi, afin d'éviter toute généralisation trop hâtive, appuie-t-il les réserves de M. Colin et il conclut en adressant à M. Verneuil les questions suivantes : 1° Dans quelle proportion la glycosurie passagère, fugace, se montre-t-elle contemporaine des accès de fièvres intermittentes? 2° Cette glycosurie fugace ne se montre-t-elle pas aussi fréquemment à l'occasion de tout frisson initial d'une maladie fébrile? 3° La glycosurie plus ou moins permanente qu'on constate chez les individus atteints de cachexie palustre amène-t-elle fréquemment le diabète vrai?

Il paraît indiscutable à M. *Rochard* que les manifestations de l'intoxication palustre peuvent reparaître après de longues années sous l'influence de causes diverses, traumatiques ou autres, souvent d'après des conditions particulières de races et de climats; mais les observations si nombreuses faites dans la marine et aux colonies permettent d'affirmer que le diabète vrai, celui dont les symptômes sont si apparents, est des plus rares chez les impaludés. Relevant, en passant, une remarque de M. Verneuil, il déclare que le gonflement de la rate est, dans les pays chauds à constitution paludéenne, beaucoup plus fréquent que celui du foie.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. *Chatin* sur les candidats au titre de correspondant national dans la quatrième division (physique et chimie médicales, pharmacie).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Lésions syphilitiques des amygdales : M. E. Besnier. — Prophylaxie de la diphthérie : M. Descroizilles. — Ecthyma chez les varioleux : M. Rendu. — Rétrécissement pulmonaire : M. R. Moutard-Martin. — Polysarcie chez un enfant : M. Hillairet. — Tænia inermis : M. Kiener. — Alimentation forcée des phthisiques : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *E. Besnier* regrette que la discussion soulevée dans la dernière séance, à propos du malade présenté par M. Féréol, ait été mal comprise, sans doute, d'après les comptes rendus qui en ont été publiés, puisqu'un chirurgien des hôpitaux a cru qu'il s'agissait de simples plaques muqueuses des amygdales, lésion qu'il s'étonne, écrit-il dans un article paru récemment, de voir qualifier d'exceptionnelle par les membres de la Société des hôpitaux. Le malade de M. Féréol présentait une hypertrophie énorme des amygdales dont l'aspect était modifié de telle sorte, qu'un diagnostic certain ne pouvait être établi, dans ce cas exceptionnel, d'après les seuls signes objectifs; la nature syphilitique de cette lésion insolite ne pouvait qu'être soupçonnée, par suite de la coïncidence des syphilides cutanées. L'évolution consécutive et le succès du traitement spécifique ont pleinement confirmé depuis cette manière de voir. L'hypertrophie et l'inflammation des tonsilles recouvertes de plaques muqueuses sont certainement assez fréquentes, ainsi que l'a fait observer M. Martineau, mais, dans le cas actuel, la lésion était absolument anomale et ne ressemblait à aucune de celles que l'on a décrites jusqu'ici.

M. *Martineau* a voulu parler non seulement de l'amygdalite déterminée par les plaques muqueuses, mais de l'hypertrophie syphilitique des tonsilles indépendante de toute syphilide érosive. Cette lésion, décrite par V. Tanturri, n'est pas rare, surtout chez la femme.

— M. *Descroizilles*, rapporteur de la commission nommée par la Société des hôpitaux pour étudier les mesures prophylactiques nécessitées par les trop nombreux cas de contagion de la diphthérie dans les établissements de l'Assistance publique, donne lecture des conclusions formulées par la commission. Bien qu'on ne puisse, dans l'état actuel de la science, indiquer de moyen prophylactique certain, la commission émet néanmoins le vœu : 1° que l'administration fasse installer dans les salles où se trouvent des malades atteints de diphthérie des pulvérisateurs de solution phéniquée. Ces salles devront, bien entendu, être transformées en services d'isolement, surtout dans les hôpitaux d'enfants; 2° que les soins les plus minutieux soient apportés à la propreté de ces salles, à leur ventilation et à la destruction rapide des pièces de pansement; 3° qu'elles soient abondamment pourvues, ainsi que les amphithéâtres d'autopsie, de tous les objets nécessaires pour les ablutions des mains et du visage des médecins et de leurs aides; 4° que la situation matérielle des internes des hôpitaux et des externes des services de diphthéritiques soit améliorée d'une façon aussi complète que possible; 5° enfin, qu'il soit mis à l'essai certains moyens prophylactiques spéciaux, tels que le respirateur à ouate ou autres qui pourront être jugés de quelque utilité. — La Société adopte les conclusions de la commission.

— M. *Rendu*, à propos de la communication de M. Ducastel sur l'Ecthyma épidémique chez les varioleux, rapporte plusieurs observations analogues qu'il a recueillies dans le service d'isolement dont il a été chargé pendant deux ans à l'hôpital Tenon. L'éruption décrite par M. Ducastel lui a paru, du moins chez les malades soumis à son examen, revêtir plus encore le caractère du pemphigus que de l'ecthyma, bien que cependant il ait pu constater des pustules ecthymateuses assez nettes à diverses reprises; de même que M. Ducastel, il l'a vue se montrer, soit au moment de l'éruption variolique, soit à la période de dessiccation des boutons de variole : ce dernier cas lui a même semblé le plus ordinaire. Chez un premier malade, c'est au huitième jour d'une variole très légère que des bulles pemphigoïdes et quelques pustules d'ecthyma apparurent au niveau du front. L'évolution de cette éruption fut simple et ne s'accompagna d'aucune élévation thermique. Chez un second malade, l'éruption secondaire de pemphigus débuta sur les avant-bras au dixième jour d'une variole discrète; la température se maintint inférieure à 38 degrés. Chez deux autres malades, l'éruption ecthymateuse se montra à la période de dessication des pustules d'une variole cohérente et s'accompagna d'une hyperthermie assez considérable (40°,5); d'ailleurs, ce mouvement fébrile fut, sans doute, déterminé bien plutôt par la formation d'abcès sous-cutanés coïncidant avec l'apparition de l'ecthyma; il n'y eut pas d'accidents graves, et la guérison fut obtenue. Dans un autre cas, des phénomènes alarmants de septicémie se montrèrent dès le début des bulles de pemphigus, la température atteignit 41°,5 et le malade mourut au dixième jour de l'évolution d'une variole confluente qui avait présenté tout d'abord une marche normale. Enfin, chez un autre varioleux, les bulles pemphigoïdes et ecthymateuses apparurent sur toute la surface cutanée, puis gagnèrent les yeux et amenèrent la suppuration et la destruction rapide des globes oculaires. M. Rendu n'a pu reconnaître dans la marche de cette éruption secondaire aucun caractère de contagiosité ou d'épidémicité; il se demande si les arguments invoqués à cet égard par M. Ducastel sont bien probants, car l'infirmier de son service qui fut atteint d'une éruption ecthymateuse des jambes était employé à la salle des femmes où l'affection n'avait pas encore fait invasion et son interne ne présenta qu'une seule pustule de l'index dont l'importance est au moins contestable. Il croit qu'il faut voir dans ces faits d'ecthyma secondaire une complication, rare peut-être, mais dépendante de la variole, et non pas une maladie épidémique de nature différente, venant se greffer sur l'épidémie variolique. De même qu'on voit, au cours de la variole, se produire des abcès sous-cutanés multiples, de même on verrait se produire, dans certains cas, des abcès sous-épidermiques donnant lieu à des pustules ecthymateuses.

M. *Ducastel* fait observer que l'épidémie d'ecthyma dont il a donné la description s'est propagée des salles d'hommes aux salles de femmes et que c'est lors de son apparition dans ces dernières, que l'infirmier du service a été atteint. L'ecthyma s'est, chez lui, localisé aux jambes, sans doute parce qu'il marchait souvent pieds nus dans la salle où se trouvaient les malades.

M. *Vidal* est d'avis que les faits publiés par M. Ducastel ont une grande valeur au point de vue de la nature épidémique de ces éruptions ecthymateuses, depuis longtemps observées au décours de la variole. Si le transport des malades dans des salles non infectées fait cesser l'apparition de nouveaux cas et si l'inoculation directe donne des résultats positifs, on ne pourra plus conserver aucun doute à ce sujet.

— M. *R. Moutard-Martin* présente une malade atteinte de rétrécissement de l'artère pulmonaire. Cette jeune fille n'offre aucun antécédent rhumatismal, aucune trace de cyanose, aucun symptôme de tuberculose pulmonaire. On constate chez elle au niveau du deuxième espace synchondrosternal gauche un frémissement cataire intense et un bruit de souffle systolique très rude, ayant manifestement son maximum en ce point. Pensant que l'anémie pouvait contribuer à renforcer, sinon à produire le souffle systolique, M. R. Moutard-Martin a soumis sa malade à un régime tonique, lui a administré diverses préparations martiales et lui a prescrit des douches froides; le bruit de souffle cardiaque ne s'est en rien modifié. Un léger épanchement pleurétique s'est montré du

côté droit; il est aujourd'hui à peu près complètement disparu et l'on ne constate aux sommets aucun signe de lésions tuberculeuses.

— M. *Hillairet* présente à la Société une petite fille de cinq ans qui a atteint un développement considérable; elle pèse actuellement 124 livres! Elle est normalement conformée, jouit d'une bonne santé et offre un état intellectuel en rapport avec son âge. Toutes ses formes sont arrondies par une énorme accumulation de tissu adipeux, ses mamelles sont volumineuses et pendantes; sa chevelure blonde a l'aspect d'une véritable toison crépue, longue et épaisse.

— M. *Kiener* lit une lettre de M. Richard, médecin-major à Philippeville, qui a obtenu, chez un de ses malades, l'expulsion d'un énorme paquet de vers intestinaux pesant 720 grammes et dans lequel il a pu compter vingt-sept têtes de *Tænia inermis!* Il rappelle la grande fréquence du tænia et en particulier du *Tænia inermis* chez les individus qui habitent l'Algérie.

— M. *Dujardin-Beaumetz* fait connaître les résultats qu'il a obtenus dans *le traitement des phthisiques par l'alimentation forcée* (voy. le compte rendu de la Société de thérapeutique dans le numéro du 18 novembre). Il reconnaît que, depuis sa communication sur ce sujet à la Société de thérapeutique, il a échoué dans l'introduction du tube mou chez un phthisique atteint de lésions pharyngo-laryngées, ainsi que M. Gouguenheim et M. Féréol l'avaient eux-mêmes observé.

— A cinq heures, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Traitement antiseptique des phlébites; emploi du chlorure de zinc. — Traitement du décollement de la rétine par la galvano-puncture. — Trocart fixateur des kystes de l'ovaire. — Les pansements à l'iodoforme.

M. *Demons* (de Bordeaux) lit un travail intitulé : *Contribution à l'histoire du traitement antiseptique des phlébites; emploi du chlorure de zinc.* Voici le résumé de l'observation qui fait la base de ce travail : un homme de quarante-quatre ans entre à l'hôpital le 7 septembre 1881; il a tenté de se suicider en s'ouvrant avec un rasoir les veines du pli du coude. Du côté gauche, les blessures sont superficielles; mais à droite, les veines médianes basilique et céphalique sont sectionnées; hémorrhagie. Ligature des quatre bouts veineux avec le catgut et pansement de Lister.

Le lendemain, l'état était assez satisfaisant. Le 9, le facies était altéré; pouls à 96. Dans la nuit du 10 au 11, légers frissons; plaie grisâtre. Le 11, frisson intense; température, 39°,3; pouls à 106; le membre est gonflé jusqu'à l'épaule. Dans la nuit, léger délire.

Le 12 septembre, langue sèche; température, 40°,3; pas de fluctuation; on croit à une phlébite compliquée de pyohémie; une incision ne donne pas de pus. M. Demons se décide à ouvrir les veines intéressées. Il met à nu les quatre bouts veineux; les parois sont grises, épaisses, friables, et contiennent des caillots gris noirâtres. Lavages avec une solution de chlorure de zinc au douzième, ligature des bouts supérieurs et pansement de Lister; sulfate de quinine.

Le 13 septembre, amélioration; température, 39°,4. Le 15, température, 37°,5. Le 16, fièvre à 39 degrés; une pneumonie se développe à la base du poumon droit. Le 28 septembre, le gonflement a disparu; on sent sous le doigt les cordons veineux indurés. Le 8 octobre, le malade quitte l'hôpital; la plaie est presque totalement cicatrisée (commission composée de MM. Cruveilhier, Nicaise et Terrier).

— M. *Abadie*. Le décollement de la rétine est une affection qui reconnaît le plus souvent une cause locale. Cette lésion survenant d'ordinaire brusquement chez les myopes au milieu de la santé générale la plus florissante, éloigne l'idée d'une influence diathésique quelconque. On peut donc chercher à la combattre par des moyens purement chirurgicaux. (Nomination d'une commission composée de MM. Perrier, Panas et Giraud-Teulon).

Nous publions sur ce point un travail de l'auteur, (voy. page 788).

— M. *Duplouy* (de Rochefort) présente un modèle de trocart fixateur des kystes de l'ovaire.

M. *Lucas-Championnière*. La fixation des kystes de l'ovaire n'est plus aussi recherchée qu'autrefois. Si la paroi est souple, la fixation se fait facilement avec n'importe quelle pince. Si le kyste est trop dur, ou les parois trop fragiles, l'instrument de M. Duplouy déchirera les parois comme les autres trocarts. D'ailleurs, l'épanchement du liquide kystique dans le péritoine est moins à craindre qu'autrefois.

M. *Polaillon*. Cet instrument fera, comme les autres, une plaie trop grande si les kystes sont très distendus.

M. *Duplouy* trouve son trocart peu compliqué, et il l'a employé cinq fois avec succès. Autant que possible, il faut éviter la diffusion du liquide dans le péritoine.

— M. *Marc Sée* fait quelques remarques sur le pansement à l'iodoforme. Il a employé ce pansement au Midi pour guérir les ulcérations chancreuses. Depuis quelque temps, on préconise l'iodoforme en Allemagne contre toute espèce de plaies ou d'ulcérations. Depuis le mois de mai dernier, M. Sée traite par l'iodoforme, à la Maison Dubois, les ulcères, les plaies résultant de l'ablation des tumeurs, les plaies anfractueuses; il a obtenu de bons résultats.

M. *Després* a employé l'iodoforme; mais si un malade peut être guéri autrement, il faut lui éviter cette mauvaise odeur. Pour démontrer l'efficacité de ce médicament, M. Sée devrait apporter une statistique intégrale; alors on verrait que le même résultat est obtenu avec le vin aromatique.

M. *Terrillon*. A Vienne, dans le service de Billroth, tous les pansements sont faits à l'iodoforme et on ne constate aucune mauvaise odeur. On prend de la gaze ordinaire que l'on dégomme et que l'on sèche; on la triture ensuite avec de l'iodoforme pulvérisé; la désinfection s'obtient avec l'essence de menthe ou de bergamote. Quand il s'agit d'une plaie consécutive à l'évidement d'un os, on bourre cette plaie avec la gaze ainsi préparée; le premier pansement reste en place sept à huit jours; quand on enlève ce pansement, on constate peu d'odeur, peu d'écoulement liquide, presque pas de fièvre.

M. Terrillon a vu, dans le service de Billroth, trois femmes ayant subi l'ablation de l'utérus par la voie vaginale; deux étaient guéries et la troisième allait bien. Aussitôt après l'opération, on bourra le vagin avec la gaze préparée qu'on laissa en place sept à huit jours.

M. *Verneuil*. L'iodoforme est un bon topique pour les ulcères de mauvaise nature; il donne aussi de bons résultats dans les ulcérations scrofuleuses rebelles.

M. *Trélat*. Appliqué sur une plaie, l'iodoforme détermine rapidement un coagulum ferme sous lequel la suppuration ne se fait pas. Sur la demande de M. Trélat, M. Desnoix a fabriqué une gaze iodoformée en ajoutant un peu de colle d'amidon pour mieux fixer la poudre. Chez un homme qui avait un écrasement de la main avec fractures comminutives des phalanges compliquées de plaie, le pansement avec cette gaze iodoformée donna de très bons résultats. En plus de son mode

d'action à la surface des plaies, l'iodoforme empêche la décomposition des liquides et permet les pansements rares.

M. *Marc Sée.* Outre les bons effets produits par l'iodoforme sur les plaies exposées, M. Sée insiste sur les services que rend ce médicament dans les plaies profondes, anfractueuses; ces plaies sont le véritable triomphe de l'iodoforme. On a même obtenu la guérison d'arthrites fongueuses par des injections d'iodoforme dissous dans l'éther.

L. LEROY.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1881.—PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Alimentation forcée chez les phthisiques : M. Moutard-Martin. — Du régime alimentaire dans la glycosurie : M. Duhomme.— Traitement des métrorrhagies : M. Créquy.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Moutard-Martin* déclare avoir expérimenté dans son service l'*alimeutation forcée des phthisiques*, et s'être vu forcé d'y renoncer. C'est un procédé pénible et douloureux pour la plupart des malades, et dont les résultats ne semblent pas devoir mériter longtemps l'enthousiasme du premier moment.

— M. *Duhomme* lit une note sur le *régime alimentaire dans la glycosurie.* Il déplore que l'on se serve du même terme de *glycosurie* pour désigner tantôt le fait matériel de la présence de la glycose dans l'urine, tantôt le processus morbide qui détermine les signes multiples du diabète sucré; il propose d'employer, pour spécifier cette maladie ou ce syndrôme, le mot de *uroglycosie.* On obtient, dit-on, la glycosurie par l'expérimentation physiologique; c'est un fait incontestable si l'on entend seulement par là que l'on détermine l'apparition du sucre dans l'urine pendant un temps plus ou moins long et en proportion variable; mais on ne peut reproduire l'uroglycosie. Il faut donc faire cesser la confusion en employant des dénominations différentes pour désigner les différents éléments du diabète sucré. La production de la glycose dans l'économie peut résulter, ainsi que l'a prouvé Claude Bernard, de deux facteurs : l'alimentation et la genèse au sein des tissus organiques. De ce dernier facteur biologique dépend le *maximum* propre à chaque diabétique, signalé par M. Duhomme dans une précédente communication. Sans vouloir conclure à l'inutilité du régime alimentaire chez les diabétiques, proposition qui a soulevé quelques contestations, M. Duhomme est d'avis que la suppression des aliments sucrés et féculents n'a pour effet que de faire disparaître la glycosurie, mais non l'uroglycosie; le régime transforme l'uroglycosie effective en uroglycosie potentielle. Il conclut d'une série d'expériences portant sur des glycosuriques faiblement atteints, et consistant dans la suppression progressive du régime sucré et féculent, que pour les divers malades la limite inférieure du taux de la glycosurie est la même, tandis que seule la limite supérieure diffère. Un régime également sévère amène la disparition de la glycose, et l'usage des féculents et des substances sucrées ne peut augmenter sa production au delà d'un maximum propre à chaque diabétique.

M. *C. Paul* a observé que le vin de Champagne, que l'on ne proscrit pas d'habitude du régime des diabétiques, augmente très sensiblement le taux de la glycosurie.

M. *Tanret* a expérimenté sur lui-même pour rechercher dans quelles proportions la lévulose et la glycose, produits de dédoublement du sucre de canne interverti par les phénomènes de la digestion, se retrouvaient dans l'urine. Il a ingéré 200 grammes de sucre de canne et a constaté dans son urine, au bout de deux heures, du sucre de canne et de la glycose, mais pas de lévulose. En ajoutant de l'alcool au sucre de canne, la filtration de la glycose dans le rein est plus prolongée et dure environ cinq à six heures; mais, dans tous les cas, la lévulose, sans doute moins stable, est entièrement brûlée et ne peut être retrouvée dans l'urine. Il a obtenu les mêmes résultats chez un diabétique.

M. *Biassou* fait observer que la glycose semble, au contraire, plus instable que la lévulose, puisqu'elle entre toujours avant cette dernière en fermentation.

M. *Tauret* maintient le résultat de ses expériences, et pense qu'on ne peut assimiler la digestion à une simple fermentation.

M. *Duhomme* a constaté la grande stabilité de la glycose dans l'urine. Il a analysé récemment une urine sucrée conservée depuis sept ans; elle n'a perdu qu'un quart de sa glycose.

— M. *Créquy* propose un nouveau moyen d arrêter les métrorrhagies, qui lui a réussi dans tous les cas où il l'a employé. Il s'agit d'un tampon composé d'un petit cône de racine de gentiane enveloppé d'amadou, et que l'on introduit dans le col de l'utérus après l'avoir préalablement trempé dans le perchlorure de fer. On laisse ce tampon en place pendant vingt-quatre heures. Il constitue un véritable bouchon, augmentant de volume à mesure que la racine de gentiane se gonfle, par suite de l'humidité qui l'imprègne, et fermant l'orifice du col d'une façon rigoureuse; de plus, le perchlorure détermine la formation d'une eschare qui contribue à l'hémostase. Ce procédé a réussi à suspendre une métrorrhagie intense, durant depuis plusieurs mois, chez une femme de quarante ans, et contre laquelle avaient échoué le décubitus dorsal et l'ergotine en capsules ou en injections hypodermiques. M. Créquy a obtenu quatre autres succès analogues.

M. *Moutard-Martin* pense que, si ce tampon peut avoir quelque utilité lorsque la source de l'hémorrhagie est au niveau du col, il ne peut en avoir aucune lorsque c'est dans le corps de l'utérus que siège la lésion; or, c'est le cas de beaucoup le plus fréquent. A quoi sert, en effet, la cautérisation du col si le sang vient du fond de l'utérus? N'y a-t-il pas à craindre des accidents inflammatoires ou des hémorrhagies consécutives à la chute de l'eschare?

M. *Bucquoy* craindrait d'avoir à déplorer de graves accidents en se servant de ce tampon. Si l'hémorrhagie provient du corps de l'utérus, le sang continuera, dans les cas intenses, à s'accumuler dans la cavité de la matrice, déterminera de violentes douleurs, et pourra même refluer par les trompes, et donner lieu à la formation d'une hématocèle rétro-utérine.

M. *Créquy* n'a jamais vu signaler d'accidents semblables lorsqu'on emploie le tamponnement vaginal; cependant les conditions lui semblent identiques.

M. *Bucquoy* pense que l'inconvénient du bouchon proposé par M. Créquy est précisément de fermer trop énergiquement l'orifice utérin. Lorsqu'on emploie le tampon vaginal, si l'hémorrhagie continue, le sang filtre dans le vagin, et l'on s'empresse d'enlever l'appareil.

M. *Créquy.* Cependant tous les accoucheurs préconisent le tamponnement aussi exact que possible dans les hémorrhagies qui suivent la délivrance.

M. *Bucquoy.* Dans ce cas l'utérus est dilatable; lorsque le sang s'y accumule, on constate l'augmentation de volume du globe utérin, et, prévenu du danger, on se hâte de retirer le tampon.

M. *C. Paul* est d'avis que le procédé de M. Créquy peut être bon dans quelques cas de métrorrhagies peu intenses, il serait dangereux dans le cas contraire. Il avait lui-même inventé un tampon composé d'un pessaire annulaire en caoutchouc dilatable, et dont l'orifice central était fermé par un diaphragme de même substance. Une fois ce pessaire in-

troduit dans le sinus qui entoure le col, on le gonflait d'air au moyen d'un tube adapté à cet effet, et l'occlusion de la partie profonde du vagin était complète et solidement établie. Il a dû renoncer à employer cet appareil, qui déterminait, lorsque le sang continuait à s'accumuler dans l'utérus, des douleurs intolérables. Il craindrait également la formation d'une hématocèle.

M. *Durand-Fardel* pense que M. Créquy aurait dû spécifier à quelle variété d'hémorrhagie utérine il avait appliqué son tampon. Le diagnostic de métrorrhagie ne peut suffire pour renseigner sur les conditions dans lesquelles l'appareil a semblé réussir.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires, ou **Du régime envisagé comme moyen thérapeutique,** par J.-B. Fonssagrives. Troisième édition. In-8 de 700 pages. — J.-B. Baillière et fils. Paris, 1881.

Si le livre de M. Fonssagrives était une simple réimpression, nous nous bornerions à le signaler par une courte note; mais l'auteur a, dans l'édition nouvelle, opéré une véritable transformation. Tout en conservant à l'ouvrage son plan primitif, il a voulu mettre son œuvre au courant de la science et profiter des récentes et nombreuses conquêtes de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques. Un traité d'hygiène alimentaire est un ouvrage utile, surtout au médecin praticien, si souvent interrogé sur l'alimentation des malades et des convalescents. Lui fournir des règles certaines sur lesquelles il puisse s'appuyer, c'est donc lui rendre un réel service; mais pour que le médecin utilise avec fruit ce travail, il faut qu'il soit complet et prévoie les divers cas. M. Fonssagrives a-t-il rempli ce cadre? C'est ce que nous allons chercher.

Il a divisé son ouvrage en quatre parties, passons-les sommairement en revue.

La première est consacrée à l'étude des éléments du régime, c'est-à-dire des diverses substances qui entrent dans l'alimentation, tâche ardue et difficile à rendre intéressante. L'auteur doit, en effet, pour être aussi complet que possible, faire une sorte d'énumération rapide et dans laquelle, quelque effort qu'il ait tenté, il laissera toujours des lacunes dont le lecteur aura le droit de se plaindre; par exemple, quand M. Fonssagrives énumère les boissons, on aimerait à lire un chapitre sur les eaux minérales, surtout sur les eaux acidules gazeuses qui sont devenues d'un emploi journalier. On y trouve Saint-Galmier, mais Vals, Bussang, Orezza, Alet, et tant d'autres dont l'usage se répand chaque jour, n'y sont pas mentionnées. Mais laissons de côté ce chapitre un peu secondaire, bornons-nous à cette critique légère et passons aux aliments proprement dits. Ce qui a trait aux substances albuminoïdes graisseuses et féculentes, sera-t-il complet? En premier lieu viennent les aliments plastiques, les viandes, les œufs, etc. Nous n'exigeons pas de l'auteur qu'il fasse un livre de cuisine, mais il serait pourtant utile d'indiquer les moyens les plus favorables de mettre, par une préparation convenable, les aliments dans des conditions qui les rendent aptes aux divers actes de digestion; sous ce rapport, l'ouvrage est assez complet, mais souvent il manque d'indications médicales. En dehors de ces deux lacunes, le médecin trouvera dans cette première partie des renseignements utiles et clairement exposés.

La seconde section, consacrée à l'ordonnance de l'alimentation, contient des chapitres intéressants et parmi lesquels nous signalerons celui qui traite des repas : de leur nombre, de leur composition dans les différentes manières d'être de santé et de maladie.

La troisième partie mériterait d'être en quelque sorte analysée dans les plus minutieux détails. Quelles sont, dit l'auteur, les conditions qui modifient le régime alimentaire? Et il les divise en *conditions physiologiques*, telles que l'âge, le sexe, certains états particuliers qui se produisent dans le cours de l'existence, la dentition, la puberté, la ménopause, l'état puerpéral, etc.; *conditions hygiéniques :* les climats, les saisons, les races, l'état social, etc. Nous conseillons une lecture attentive de tout ce chapitre qui renferme des données de géographie médicale d'un intérêt très réel et très grand. Enfin, il termine par les *conditions morbides;* ici nous pénétrons dans le domaine de la pathologie; le régime des convalescents, celui des malades sont étudiés par l'auteur avec un très grand soin. Il nous est impossible d'entrer dans le détail, car nous serions entraîné bien loin, mais nous devons signaler les chapitres consacrés à la convalescence des maladies aiguës, aux affections chroniques, aux affections chirurgicales. Outre la convalescence, on y trouve encore des indications spéciales pour les sujets atteints de certaines diathèses, de certaines maladies chroniques. On lira avec fruit ce que M. Fonssagrives dit des scrofuleux, des syphilitiques, des cardiaques, etc. Enfin, dans une quatrième partie, l'auteur résume ce qui a trait aux divers régimes exclusifs. Tel est à grands traits l'ouvrage de M. Fonssagrives; ajoutons que, à propos de chaque aliment, de chaque organe, de chaque indication morbide, l'auteur s'appuie sur l'étude physiologique et chimique pour formuler les indications. Dans ces conditions, il est évident que le volume tiendra une place honorable dans la bibliothèque du praticien.

H. Chouppe.

Index bibliographique.

De l'atélectasie pulmonaire, par le professeur Rommelaere, 92 pages. — Bruxelles, Manceaux, 1881.

Travail original et intéressant sur un sujet aujourd'hui peu étudié. L'atélectasie pulmonaire se caractérise par le syndrome suivant : matité absolue, absence des vibrations thoraciques, expectoration gommeuse, enfin souffle et bronchophonie quand il y a adhérence pleurale, respiration nulle dans le cas contraire. Elle a pour caractère anatomique constant l'arrêt de la petite circulation dans la partie atélectasiée. Comme elle détermine toujours une stase du système veineux général, elle produit secondairement du catarrhe bronchique, une altération de l'alvéole pulmonaire dont la couche de revêtement est hyperplasiée.

Les causes de l'atélectasie vraie, qu'il faut distinguer de la compression par épanchement pleural, sont : 1° des altérations vasculaires (stase dans la circulation pulmonaire); 2° des modifications morphologiques de l'alvéole; 3° l'ouverture de la cavité pleurale.

La production de l'atélectasie par obstruction bronchique n'est pas démontrée.

Elle a un pronostic très grave et doit être considérée comme une des causes de la mort subite dans les épanchements pleuraux très abondants.

VARIÉTÉS

Académie française : M. Pasteur. — M. Pasteur a été élu hier, 7 décembre, membre de l'Académie française en remplacement de Littré, au premier tour de scrutin, par 20 voix sur 33 votants.

M. TIRMAN.—Le comité consultatif d'hygiène publique de France vient de perdre l'un de ses membres les plus éminents, dans la personne de M. Tirman, nommé gouverneur général de l'Algérie. M. Tirman s'était signalé par son habileté comme préfet de plusieurs de nos départements, et en particulier de celui des Bouches-du-Rhône; il apportait au comité une grande expérience des questions administratives; ses connaissances juridiques, sa qualité de conseiller d'Etat, la précision extrême de sa pensée et de sa parole, son esprit de conciliation, le charme de sa personne, lui avaient acquis depuis deux ans une grande autorité au sein du comité. Aussi ses anciens collègues ont-ils voulu, samedi dernier, lui exprimer, dans un banquet d'adieux, leurs sympathies et leurs regrets. M. Wurtz, président, a porté le toast suivant :

« Je ne voudrais pas altérer le caractère intime de cette réunion en faisant un discours; je me borne à remercier, au nom de tous nos collègues, M. le gouverneur général de l'Algérie d'avoir bien voulu se rendre à ce dîner d'adieux. Il nous a tous honorés. Et je parle non seulement au nom des convives présents; j'exprime aussi le sentiment des collègues empêchés, dont quelques-uns m'ont prié de témoigner à M. Tirman leurs regrets et leur sympathie. Tous ont pu apprécier, en effet, les rares qualités qui le distinguent. Il a été pour nous un collègue accompli, et nous garderons de sa personne et de sa collaboration le meilleur souvenir. Mais si nous regrettons de le perdre, nous ne sommes pas surpris de le voir appelé à un poste aussi élevé et aussi difficile. Nous savons qu'il est à la hauteur de sa tâche, et qu'aux difficultés il opposera sa grande expérience des affaires, sa haute capacité et son esprit conciliant. Qu'il reçoive donc nos félicitations en même temps que nos adieux; qu'il nous permette de lever nos verres, dans un sentiment de cordialité unanime et chaleureuse, et de boire à sa santé. »

M. Tirman a répondu qu'il était extrêmement touché des témoignages d'estime et de sympathie émanant d'un corps qui compte des illustrations scientifiques comme MM. Wurtz, Pasteur, Bouley, etc., et qu'il aurait sans doute l'occasion de faire appliquer en Algérie les mesures sanitaires et les principes qui ont été discutés au comité; il a exprimé l'espoir de voir quelques-uns de ses anciens collègues attirés en Algérie par un congrès scientifique, et il a adressé à tous ses adieux les plus cordiaux.

Nous croyous savoir que M. Tirman a déjà demandé à M. Fauvel un programme de réformes sanitaires, en ce qui concerne la protection du littoral algérien contre les provenances épidémiques,

---

CONSEIL GÉNÉRAL (séance du 30 novembre). — *Nouvel asile d'aliénés : hospice départemental.* — Le Conseil a voté l'inscription au budget départemental d'un crédit de 885 000 francs pour la mise à exécution, en 1882, des projets relatifs à la construction d'un nouvel asile-hospice d'aliénés à Villejuif.— M. Georges Martin a proposé de prendre une délibération portant que le dépôt de mendicité de Villers-Cotterets sera, à partir de 1883, transformé en hospice départemental pour les vieillards des deux sexes de toutes les communes du département. Après une courte discussion, les conclusions de la commission ont été adoptées.

— Séance du 2 décembre. — *Enseignement de la médecine légale.* — M. *Decorse* a donné lecture d'un rapport relatif à l'exécution des installations complémentaires pour l'enseignement de la médecine légale; ce service devrait être installé à la Morgue; mais l'agrandissement de cet établissement étant impraticable, le nouveau service sera établi dans les bâtiments de la préfecture de police. La commission a constaté que ces installations porteront atteinte à l'économie générale du plan de réorganisation de la préfecture de police déjà voté par le Conseil ; elle en propose toutefois l'exécution, vu l'urgence, et demande, dans ce but, l'ouverture d'un crédit de 47 100 francs, qui, avec la subvention de 35 000 francs déjà encaissée par le département, formera la somme de 82 100 francs nécessaire à la réalisation du projet. — Sur la demande de M. *Hervé*, si la dépense est prévue au budget, M. le *directeur des travaux* répond qu'elle a été votée le 27 décembre 1878 par le Conseil, et se trouve portée au budget de report de 1881. (Les conclusions de la commission ont été adoptées.)

— Séance du 3 décembre. — *Asile d'aliénés.* — Sur le rapport de M. *Loiseau*, le Conseil a fixé à 127 358 francs le crédit à affecter aux grosses réparations et travaux neufs dans les asiles d'aliénés. Le même rapporteur a donné lecture d'un rapport concluant à fixer à 212 855 francs le crédit pour création d'asiles d'aliénés. Ce crédit comprend 24 900 francs pour le remplacement de conduites d'eau dans les sauts-de-loup à l'asile Sainte-Anne; 2° 150 000 francs pour commencer l'agrandissement du pensionnat de Ville-Evrard. — Adopté sous réserve d'une seconde délibération en ce qui concerne l'emploi des 150 000 francs pour l'agrandissement du pensionnat de Ville-Evrard.

LA PESTE D'ORIENT. — Le bruit a couru que la peste s'était montrée au fond oriental de la mer Noire. Il résulte des informations particulières qui nous sont transmises que ce bruit est erroné. Le district de Hoppa, limitrophe du district russe de Batoum, sur le littoral, en plein Lazistan, est indemne de peste : le médecin sanitaire de Trébizonde s'est rendu à la hâte à Vitzé (bourg du littoral), et s'est assuré que le bourg était exempt de toute *épidémie*.

FIÈVRE JAUNE. — D'après une dépêche de M. le gouverneur du Sénégal, il y a eu deux décès de fièvre jaune à Saint-Louis, les 17 et 19 novembre; deux décès aussi à Gorée les 21 et 22 novembre: un des morts est M. Carpentin, médecin principal. Dakar est en libre pratique depuis le 8 novembre, et Rufisque est resté indemne.

— Une médaille d'honneur en or de première classe vient d'être décernée à M. le docteur Chassaniol, second médecin en chef de la marine, en retraite, qui, malgré son grand âge (soixante-quinze ans), n'a pas hésité à se rendre au Sénégal où, pendant toute la durée de l'épidémie, il a prodigué gratuitement ses soins aux malades atteints de la fièvre jaune.

CHOLÉRA. — On télégraphie d'Alexandrie, le 2 décembre, que la commission sanitaire a reçu une dépêche de Constantinople annonçant qu'il n'y a eu, à la Mecque, qu'un seul cas de décès par le choléra le 19 novembre et un le 20 novembre. A Djeddah, on n'a eu à déplorer aucun décès dans les journées du 22 et du 23.

TRAITEMENT A DOMICILE. — MM. les médecins du 7e arrondissement sont informés que, le dimanche 18 décembre 1881, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

MORTALITÉ A PARIS (48e semaine, du vendredi 25 novembre au jeudi 1er décembre 1881). —Population probable : 1 988 806 habitants.— Nombre total des décès : 948, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 10. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 54. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 11. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 4. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 20. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43.—Bronchite aiguë, 38.—Pneumonie, 52.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 49; au sein et mixte, 29; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 84; de l'appareil circulatoire, 59; de l'appareil respiratoire, 55; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 2. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0.— Morts violentes, 30. — Causes non définies, 5.

Conclusions de la 48e semaine. — Les influences favorables de cette belle saison continuent à se faire sentir : la plupart des maladies causes de mort sont en baisse, en conséquence les 1022 décès de la semaine précédente sont remplacés par 948 en celle-ci, chiffre très bas pour une semaine de décembre. La diphthérie, qui avait très peu diminué, est, avec l'érysipèle, les seules affections épidémiques dont les décès aient quelque peu augmenté (diphthérie 54, au lieu de 48, érysipèle 11 au lieu de 5).

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

A partir de l'année 1882, la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* donnera dans le dernier numéro de chaque mois un supplément de huit colonnes, destiné à rendre plus complète la revue des journaux et des livres.

Paris, 15 décembre 1881.

LA FIÈVRE INTERMITTENTE. LA GLYCOSURIE ET LE TRAUMATISME. — PATHOLOGIE DU COMA DIABÉTIQUE.

La fièvre intermittente, la glycosurie et le traumatisme.

La principale difficulté qu'ait suscitée devant l'Académie la communication de M. le professeur Verneuil sur les rapports de la glycosurie avec le paludisme, et sur les rapports de celui-ci avec le traumatisme, vient, ce nous semble, de ce que l'auteur ne s'était pas attaché tout d'abord à distinguer la méliturie simple du diabète proprement dit, et qu'il s'était servi un peu indifféremment de l'une ou de l'autre expression. Voulant démontrer que le paludisme a pour effet de déterminer la présence du sucre dans les urines, et que le traumatisme ramène, quand elle paraît avoir entièrement disparu, cette condition étiologique de glycosurie, il a cru suffisant de constater dans l'urine des malades l'existence d'une certaine quantité de sucre, les grandes quantités paraissant constituer, à ses yeux, le diabète, et les petites quantités la méliturie. Il faut dire que cette façon d'envisager le sujet, lui avait été léguée par le distingué confrère auquel il empruntait, sur ce point, les principaux éléments de sa thèse, et qui a tout particulièrement attaché son nom à la question du *paludo-diabétisme.* La première conclusion du mémoire présenté à l'Institut en 1859 par M. le docteur Burdel, et citée par M. Verneuil, porte, en effet : « Il existe, dans les fièvres paludéennes, un véritable diabète *ou* glycosurie » (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1881, n° 48, p. 1464). Mais, comme l'a rappelé M. Le Roy de Méricourt, M. Burdel ajoutait aussitôt : « Cette glycosurie n'est qu'éphémère, c'est-à-dire que, étant l'expression des troubles nerveux survenus dans l'organisme, elle apparaît avec la fièvre, persiste autant qu'elle et disparaît avec elle... La plus grande quantité de glycose que j'ai rencontrée a été de 42 grammes pour 1000; dans les autres cas, beaucoup plus nombreux, la dose a été de 6, de 4, jusqu'à 0. »

Dans cette situation, on comprend que l'Académie ait éprouvé tout d'abord quelque surprise d'entendre si souvent M. Verneuil parler de diabète paludéen. Que la fièvre intermittente pût déterminer une méliturie passagère, tout le monde était prêt à l'admettre. Quelle affection fébrile n'est pas susceptible de la produire ; on pourrait dire quelle affection quelconque, pourvu qu'elle soit de nature à troubler notablement les fonctions du système nerveux central? Ces affections-là, si l'on nous permet la figure, touchent le quatrième ventricule, et elles font ce que faisait le stylet de Claude Bernard. Il y a même, dans les recherches de M. Burdel, ceci de particulier, qu'elles ont eu pour point de départ un cas de *convulsions*, convulsions auxquelles on a assigné, il est vrai, en termes un peu vagues, une « origine paludéenne », mais dont la part dans la production de la glycosurie peut être légitimement revendiquée. Donc, pas de doute sérieux sur ce point (M. Le Roy de Méricourt ne l'a d'ailleurs pas contesté, et M. Rochard l'a affirmé) : la fièvre intermittente produit plus ou moins fréquemment la méliturie transitoire; mais peut-elle en se répétant, en s'invétérant, engendrer la méliturie permanente, et résoudre ainsi la question encore débattue de la transformation de la glycosurie simple en diabète vrai? Voilà ce qu'aucun des adversaires de M. Verneuil n'a voulu encore concéder.

Il y a ici autre chose qu'une affaire de mots. Rien ne paraît plus simple ni plus séduisant que cette idée de poussées glycosuriques se répétant avec les accès fébriles, se prolongeant, se rejoignant, et finissant par une glycosurie permanente et définitive. Cependant, en dehors du paludisme, les choses ne semblent point se passer ainsi ; au moins peut-on l'affirmer pour la très grande majorité des cas. D'une part, le diabète vrai, celui qui se caractérise par de grandes quantités de sucre et d'urée, l'augmentation des phosphates, la soif, la polyurie, l'amaigrissement, etc., s'installe ordinairement d'emblée, avec une intensité souvent considérable dès le début, avec des variations de degrés, des oscillations remarquables, au cours même de la maladie. D'autre part, on voit des individus rendre fréquemment

des urines sucrées sous l'influence de conditions quelquefois manifestes, d'autres fois indéterminées, sans polyurie et sans que la santé générale en paraisse sensiblement affectée. En cela il en est de la glycosurie comme de l'albuminurie; et il en est de l'une et de l'autre comme de beaucoup de troubles fonctionnels dont l'importance varie avec la cause qui les fait naître. Des battements irréguliers du cœur peuvent se répéter mille fois dans la vie sous l'influence d'un trouble nerveux, sans devenir permanents; ils pourront ne plus cesser s'ils dépendent de quelque lésion organique confirmée. L'étude clinique de la glycosurie offre un spectacle analogue. Il y en a une, sans doute, dépendant aussi d'un désordre nerveux, qui n'est qu'une perturbation physiologique dont la répétition est sans danger; il y en a une autre qui altère gravement, continûment et pour toujours les grandes fonctions de l'organisme, et qui paraît dépendre d'une dyscrasie profonde et invétérée. Cependant nous ne voulons rien exagérer. La soif, la polyurie, l'émaciation ne sont pas les compagnes nécessaires de la glycosurie permanente, et l'on voit souvent, dans celle-ci, la quantité de glycose et celle de l'urée tomber transitoirement au niveau ou même au-dessous de celles qui appartiennent à la glycosurie simple. Mais, d'abord, il y faut le régime antidiabétique; et puis les variations de degré ne sauraient donner seules la caractéristique d'une maladie, et, pour continuer notre comparaison, les palpitations peuvent devenir plus faibles ou cesser même momentanément pendant le cours de l'affection organique du cœur la plus incurable.

Quoi qu'il en soit, sur cette question, au sujet de laquelle nous reconnaissons volontiers que l'état actuel de la science permet la divergence des opinions, M. Verneuil s'est trouvé autorisé, dans son second discours, à se couvrir, pour maintenir le caractère permanent de certaines mélituries signalées chez les paludiques, d'une autorité qui lui avait manqué tout d'abord. Plus affirmatif que M. Lecorché, qui, tout en croyant à la transformation possible de la glycosurie simple en diabète vrai, n'a pas cru pouvoir, dans sa conversation avec M. Le Roy de Méricourt, affirmer que cette transformation puisse avoir lieu par l'action du paludisme, M. Burdel a envoyé à M. Verneuil une note relative à des recherches récentes, et qui contient le passage suivant : « Si la glycosurie paludique est le plus souvent éphémère dans la fièvre tellurique à l'état aigu, et suivant les différents types qu'elle affecte, on peut dire, au contraire, que cette glycosurie s'établit fixe et continue lorsque la fièvre est en récidive et qu'elle passe à l'état chronique; c'est dans ces conditions que j'ai rencontré les plus hautes doses de sucre, et cette dose augmente à mesure que la cachexie se prononce... » Cette continuité même de la glycosurie, résultant du rapprochement et de la jonction finale de poussées intermittentes, au lieu d'une glycosurie rapidement développée, rapidement accrue et dès l'abord définitive, suffirait-elle encore à affirmer l'existence du vrai diabète? C'est une question qui peut être posée, mais qui compliquerait trop le débat actuel, et nous nous en tenons au fait de la permanence des urines sucrées.

Cette permanence, en tant qu'effet du paludisme, les observations recueillies par M. Verneuil l'établissent-elles péremptoirement? On hésite à l'accorder pour une raison générale et pour des raisons particulières.

Ce n'est pas la faute de M. Verneuil s'il n'a pu suivre, comme il l'eût fallu, le lien unissant la glycosurie actuellement sous ses yeux aux accidents paludéens qui s'étaient manifestés dix, douze, quinze, vingt ans auparavant chez des sujets à lui inconnus; mais enfin M. Le Roy de Méricourt a pu tirer parti de cette lacune forcée pour élever des doutes sur l'origine palustre de glycosuries qui, dans ces longs laps de temps, avaient pu trouver leur cause dans bien des conditions de la vie, telles que le chagrin ou l'alcoolisme. Pour nous, nous sommes frappé de ce fait que, chez les deux sujets auxquels M. Verneuil a dû pratiquer des opérations chirurgicales, et dans lesquelles il signale le réveil d'accidents paludéens, la glycosurie, cet effet du paludisme, non seulement disparaît *tout à fait* avant l'opération, sous l'influence d'un traitement, en peu de jours, ce qui n'arrive guère dans le diabète confirmé, mais ne revient plus, comme on devait s'y attendre, et comme M. Verneuil lui-même déclare qu'il s'y attendait, sous le coup des nouveaux accidents intermittents. Il faut ajouter que, chez tous les sujets, la dose de sucre était minime; elle était, dans la plupart des cas, de quelques grammes par litre d'urine; la plus forte, et cela chez un seul sujet, a été d'un peu plus de 36 grammes par 1800 grammes.

Nous laissons de côté à dessein les statistiques portées à à la tribune par MM. Colin et Le Roy de Méricourt et qui tendaient à établir que le diabète est rare au sein de pays infestés de fièvres intermittentes; nous les écartons, parce qu'on n'en peut tirer en ce moment que des présomptions et un point de départ pour de nouvelles recherches.

Quant à l'influence exercée par le traumatisme sur les sujets autrefois impaludés, laissant de côté, faute de constatations suffisantes, le point de vue glycogénique, nous sommes porté à la considérer comme réelle, sans dissimuler que, dans les observations rappelées, les accidents intermittents provoqués par la lésion traumatique ne nous paraissent pas, aussi clairement qu'à M. Verneuil, se rattacher toujours à une intoxication maremmatique ou tellurique. Des frissons ou des hémorrhagies intermittentes, même périodiques et justiciables de la quinine, chez un sujet atteint jadis de fièvres d'accès, ne sont pas nécessairement un retentissement tardif de ces fièvres, et peuvent n'avoir qu'un caractère accidentel. Cependant plusieurs des observations nous semblent assez décisives. A l'autorité si grande de M. Verneuil s'ajoute d'ailleurs celle de M. Jules Rochard, qui, convaincu lui aussi de la très grande ténacité des fièvres palustres, croit également qu'elles peuvent être réveillées par le traumatisme après un long espace de temps; il a même expressément consigné et développé cette opinion en 1877, et, chose qu'on paraissait oublier, à la tribune même de l'Académie.

De quelque manière que l'expérience ultérieure doive prononcer sur ces diverses questions, on doit savoir le plus grand gré à l'habile chirurgien de la Pitié d'avoir appelé sur elles l'attention des pathologistes. Si les faits lui deviennent favorables, il aura beaucoup contribué à populariser les vues de M. Burdel et de ses devanciers, et ajouté un nouveau et très intéressant chapitre à ses études sur l'importance du traumatisme en pathologie générale. En attendant, on ne saurait le trop louer de la tolérance et de la courtoisie dont, suivant son habitude, il a fait preuve dans tout le cours des débats; qualités précieuses qui frappent d'autant plus un critique qu'il sait mieux qu'un autre combien elles sont rares, et dont le signataire de cet article réclame le bénéfice.

— Nous appelons très spécialement l'attention sur deux communications qui se sont produites à la fin de la séance : l'une, très importante, de M. Panas sur un cas d'élongation du nerf sciatique devenu névromateux à la suite d'un coup de couteau (on trouvera un résumé de cette observation au

compte rendu de l'Académie); l'autre, de M. Alphonse Guérin sur le rôle physiologique des muscles bulbo-caverneux dans le dernier temps de l'urination. L'ingénieuse théorie de M. A. Guérin, appuyée d'expériences faites sur le cadavre, avait été déjà exposée par lui à l'Académie de médecine il y a plus de trente ans. Nous aimons à penser que, dorénavant, elle attirera davantage l'attention des physiologistes et des praticiens.

A. D.

La commission dite, par abréviation, des *associés libres* a eu mardi, comme nous l'avons annoncé, une entrevue avec le conseil de l'Académie (voy. notre dernier numéro). Le conseil a pensé que les préliminaires de l'élection étaient trop avancés pour qu'il fût possible de prendre, quant à présent, aucune mesure nouvelle. Les choses resteront donc en l'état, sauf à aviser ultérieurement.

L'article que nous avons publié sur ce sujet a eu l'honneur d'être le sujet de nombreux commentaires dans la salle des Pas-Perdus et sur les banquettes de l'Académie. Nous connaissons bien tous les systèmes qui mériteraient d'être examinés à côté de celui auquel nous nous sommes arrêté. Parmi eux, compte celui d'une classe non définie et qui deviendrait telle par la simple suppression du second paragraphe de l'article 7 de l'ordonnance de 1820. L'Académie serait toujours assurée ainsi de ne pas violer les termes de l'article, qui n'aurait pas de termes du tout, et pourrait nommer tel ou tel membre qui lui plairait dans tel ou tel ordre de science qui lui conviendrait. Nous n'ignorons pas que les choses se passent à peu près ainsi à l'Académie des sciences, à l'Académie des inscriptions et belles-lettres, à l'Académie des beaux-arts et à l'Académie des sciences morales et politiques. C'est le système des *dii minores* et des doubles emplois. Quand on parcourt les listes des membres libres de ces diverses Académies, on se demande, des uns, pourquoi ils appartiennent à la Compagnie, et des autres pourquoi ils n'appartiennent pas aux sections de titulaires. Pour ne prendre que celle qui se rapproche le plus de la nôtre, l'Académie des sciences, M. Bussy avait devant lui la section de chimie; M. Larrey la section de médecine et de chirurgie; M. Cosson la section de botanique; M. de Lesseps la section de géographie et de navigation; M. Bréguet, la section de mécanique; M. du Moncel, la section de physique; M. Damour, la section de minéralogie, etc. Restent M. de la Gournerie, M. Lalanne et le général Favé, les deux premiers ingénieurs en chef des ponts et chaussées, le troisième ancien directeur de l'Ecole polytechnique. On voit, par la composition actuelle de la classe, l'effet de son caractère indéterminé. Autrefois, on agrémentait l'Académie des sciences (à titre d'honoraires) d'un abbé Bignon, neveu de Colbert, d'un duc d'Aiguillon, d'un duc de la Force ou de Chaulnes, d'un cardinal Dubois. Peu à peu, et depuis l'ordonnance de 1816, la classe *annexe* de l'Académie s'est recrutée dans les mêmes groupes de savants que celle des titulaires eux-mêmes, et il est arrivé que des personnages les plus illustres et les plus méritants se sont empressés d'y entrer, en vertu de ce proverbe qu'*un bon tiens vaut mieux que deux tu l'auras :* M. de Lesseps, par exemple, qui se trouve être ainsi un géographe, un navigateur, un ingénieur de second ordre.

L'état de choses est donc devenu à l'Académie des sciences ce qu'on se plaint qu'il soit à l'Académie de médecine, où la délimitation plus précise encore des sections le rend plus inétable. En réalité, ceux qui demanderaient le simple retranchement d'une partie de l'article 7, ne demanderaient rien du tout qu'une satisfaction platonique et affirmeraient par là même qu'ils trouvent cet état de choses bon, puisqu'il existe de fait depuis bien longtemps, la lettre de l'article n'étant jamais appliquée, et qu'ils en provoqueraient la continuation.

Au contraire, la définition de la classe aurait pour résultat d'introduire *forcément* dans l'Académie au moins une spécialité qui n'y a aucune place officielle; nous voulons parler de l'histoire et de la critique médicales. Elle enlèverait aussi tout prétexte de demander purement et simplement la suppression d'une classe superflue (on sait qu'il n'en existe pas d'analogue à l'Académie française) comme le font un assez grand nombre de titulaires. Cette pensée de destruction restera dans le cas d'une simple suppression de texte qui ne retranchera, n'ajoutera, ne modifiera rien à ce qui existe. Et si la classe dure, elle gardera pour toujours la position hiérarchique dont on s'est souvent plaint ailleurs, notamment à l'Académie des sciences et à celle des inscriptions.

Pathogénie du coma diabétique.

I

Si l'on fait abstraction de quelques cas isolés publiés par Van Stosch, Prout, Jacksch, etc., c'est à Kussmaul (1874) qu'est due la première description, réellement satisfaisante, des accidents nerveux graves qui surviennent au cours du diabète sucré. Aujourd'hui, le « coma diabétique » est assez bien connu au point de vue clinique, bien qu'il soit beaucoup moins fréquent que son congénère, le coma urémique.

Rappelons en quelques mots les caractères principaux de ce syndrome morbide, en l'envisageant dans sa forme la plus sévère, la plus rapidement mortelle. Il s'annonce d'ordinaire par des prodromes, tels que céphalalgie frontale intense, vertiges, et surtout des troubles gastriques, anorexie, pyrosis, vomissements ou diarrhée profuse. A ces symptômes encore vagues, qui rappellent le début de l'urémie, s'en ajoutent bientôt d'autres qui, eux, ont une grande valeur diagnostique. En proie à une agitation incessante, le malade accuse une oppression, un sentiment d'angoisse des plus pénibles; et, pendant que la circulation s'accélère, du côté de l'appareil respiratoire se produisent les phénomènes les plus remarquables. Les mouvements respiratoires, d'abord précipités, se ralentissent peu à peu, deviennent de plus en plus profonds, de plus en plus suspirieux. L'excitation du début fait place à un assoupissement progressif; puis se montrent des signes de collapsus; la température s'abaisse, les extrémités se refroidissent, enfin le malade tombe dans un état comateux que n'interrompt d'ordinaire aucune crise convulsive et qui persiste jusqu'à la mort.

Dyspnée spéciale et coma ultime, absence de mouvements convulsifs, tels sont les traits principaux de ce syndrome morbide, auquel la dénomination de *coma dyspnéique* a pu être appliquée à juste titre. D'ailleurs, avons-nous besoin de le dire, les accidents ne présentent pas toujours cette acuité, et, d'autre part, la première période d'excitation et même la dyspnée angoissante peuvent faire entièrement défaut.

Si le tableau séméiologique est aujourd'hui achevé, au moins dans ses grandes lignes, il est loin d'en être ainsi en ce qui concerne la pathogénie de cette encéphalopathie spéciale. C'est sur ce point que les recherches se sont multipliées dans ces derniers temps, principalement en Allemagne, et si

la lumière ne s'est pas encore faite, il ne s'en dégage pas moins de cette enquête, à la fois expérimentale et anatomo-pathologique, certaines données nouvelles fort instructives.

II

Ce serait une tâche fort aride, sans réelle utilité, que de passer en revue toutes les théories émises depuis Kussmaul sur la pathogénie du coma diabétique; à ceux qu'un semblable historique pourrait intéresser, nous signalerons le premier mémoire d'Ebstein (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, Bd XXVIII).

L'inconstance et la variabilité des lésions cérébrales suffisent à écarter la conception qui rapporte le coma diabétique à des altérations de l'encéphale; évidemment c'est prendre l'effet pour la cause.

Plus séduisante, au premier abord, est la théorie des embolies graisseuses qui repose sur quelques faits bien établis. D'une part, le sang des diabétiques renferme une forte proportion de matières grasses émulsionnées; d'autre part, on a constaté dans plusieurs nécropsies, notamment celles qu'ont publiées Sanders et Hamilton (*Edinb. med. Journal*, 1879), la présence de granulations graisseuses dans les capillaires de plusieurs viscères, notamment des poumons. Il n'était donc pas irrationnel d'admettre qu'au cours du diabète, comme à la suite de certaines fractures compliquées, il peut se faire des embolies graisseuses, oblitérant divers territoires vasculaires. Mais les faits négatifs sont à coup sûr les plus nombreux; et, si la théorie de l'embolie graisseuse, d'ailleurs à peine esquissée, rend assez bien compte de la « dyspnée ultime » et même du coma, envisagés en particulier, elle cadre mal avec l'évolution générale du syndrome morbide, évolution qui éveille plutôt l'idée d'une intoxication.

Aussi, est-ce dans cette voie qu'ont surtout été dirigées les recherches des cliniciens et des expérimentateurs.

Frappés de la fréquence de l'albuminurie chez les diabétiques, Griesinger, puis Busch, ont fait du coma diabétique un cas particulier de l'urémie; mais, s'il est vrai qu'il existe d'ordinaire des lésions rénales chez les diabétiques, le syndrome que nous étudions diffère à trop de titres, au point de vue clinique, de l'encéphalopathie brightique, pour que cette conception puisse être acceptée. Cependant, si l'on prend le mot urémie dans son sens le plus compréhensif, le seul vrai d'ailleurs, si l'on désigne sous ce terme, en dehors de toute question de doctrine, les accidents produits par l'insuffisance urinaire, cette théorie renferme incontestablement une certaine part de vérité; nous verrons, en effet, que les troubles de la fonction rénale et les altérations de l'appareil uropoétique jouent sans doute un rôle dans la pathogénie du coma diabétique.

Étant donnée l'hypothèse d'une intoxication spéciale, on devait supposer *a priori* que la substance délétère, la matière peccante, est un produit de décomposition du sucre dans l'organisme; d'où la théorie de l'*acétonémie*.

Bien que divers auteurs, notamment Petters, aient, avant Kussmaul, signalé la présence d'un corps particulier, l'acétone, dans le sang et les urines de certains diabétiques, c'est à Kussmaul que revient l'honneur d'avoir cherché à édifier cette doctrine sur des bases expérimentales solides. Kussmaul établit ou plutôt croit avoir établi que les injections d'acétone, chez des animaux, produisent des accidents de tous points comparables à ceux qui caractérisent le coma diabétique; il en conclut que l'acétone, résultat du dédoublement du sucre dans les voies digestives, agit à la manière d'un poison stupéfiant sur les centres nerveux.

Cette théorie éprouva bientôt le sort qu'avait eu la théorie parallèle pour l'encéphalopathie albuminurique. On démontra, en effet, que l'acétonémie expérimentale n'offre que de vagues ressemblances avec le coma diabétique; on fit voir en outre que, chez les diabétiques, on ne trouve d'ordinaire que des quantités d'acétone trop faibles pour pouvoir produire des accidents toxiques; enfin, quelques auteurs cherchèrent à substituer à l'acétone, comme agent toxique et, par conséquent, producteur du coma diabétique, d'autres dérivés du sucre, tels que l'acide éthyldiacétique (Gerhard, Genthner, Rupstein), ou l'éther éthyldiacétique (Mosler, Quincke, Tappeiner et Buhl).

Dans un fort intéressant travail, qui fut son testament scientifique (*Zeitschr. f. Biol.*, Bd XVI, 1880), Buhl, en s'appuyant sur des expériences instituées à son instigation par Tappeiner, montra que l'acétone doit être considéré comme un dérivé de l'éther éthyldiacétique et ne se produit, en proportion notable, que dans les derniers jours de la vie.

Il serait oiseux, croyons-nous, de nous appesantir sur ces discussions de chimie biologique; car, quel que soit le composé chimique mis en cause, qu'il s'agisse de l'acétone ou d'une autre substance voisine, la théorie de l'intoxication, telle que la comprenait Kussmaul, n'en restait pas moins debout jusque dans ces derniers temps.

Ebstein, dans le mémoire que nous avons déjà cité, a clairement montré l'insuffisance de cette conception. Que l'acétonémie expérimentale réalise jusqu'à un certain point les caractères du coma diabétique, cela est fort possible. Mais il reste à expliquer pourquoi ces accidents ne se produisent pas chaque fois que cette substance ou ses congénères sont accumulés dans l'organisme. Il faut donc admettre l'existence, elle aléatoire, d'un autre facteur morbide. Divers cliniciens l'avaient déjà compris et avaient, à cet égard, mis en cause des troubles fonctionnels du rein, l'insuffisance du rein à éliminer, dans certaines conditions variables, souvent mal déterminées, l'excès de sucre que renferme l'économie. « C'est à cette insuffisance du rein à éliminer le sucre... qu'est due, selon nous, l'acétonémie », dit M. Lecorché dans ses *Études médicales*.

Mais, comme jusqu'à ce jour on ne connaissait que d'une manière fort imparfaite les altérations des reins dans le diabète, cette vue de l'esprit restait sans démonstration scientifique. Cette lacune, Ebstein prétend l'avoir comblée. Il affirme, en effet, que dans tous les cas d'acétonémie, on trouve des lésions profondes des tubes rénaux; les épithéliums sont le siège d'une dégénérescence toute particulière, d'une véritable mortification, *nécrose de coagulation*, qui enlève aux cellules leurs caractères morphologiques essentiels; c'est la dégénérescence hyaline d'Armanni.

Mais Ebstein lui-même, dans ce travail, ne voyait qu'une partie de la question. D'autres organes d'excrétion ou de sécrétion présentent, comme le rein, des altérations profondes. Dans l'ouvrage auquel nous venons de faire allusion, M. Lecorché insiste sur la fréquence des lésions conjonctives dans le foie à la dernière période du diabète, et fait jouer à cette cirrhose secondaire, avec dégénérescence épithéliale, un rôle considérable dans l'évolution de la maladie.

D'autre part, Buhl attire ou plutôt rappelle l'attention sur la muqueuse digestive; dans un cas d'acétonémie, qu'il rapporte avec détails, il a trouvé des altérations profondes de l'épithélium intestinal, en tout point comparables à celles

qu'on rencontre dans le choléra. Elles lui paraissent liées à l'acétonémie; car on en peut déterminer la production, lorsqu'on injecte à des animaux une quantité suffisante d'éthyldiacétate de soude.

Ebstein, dans un second mémoire (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, novembre 1881) discute les faits produits par Buhl et arrive à cette conclusion que, chez les diabétiques, les intestins, comme les reins, comme d'autres appareils excréteurs sans doute, peuvent servir à l'élimination de la substance toxique; ainsi s'expliquent fort bien, et l'albuminurie, et les diarrhées profuses qu'on observe souvent à la période ultime du diabète sucré. L'explosion des accidents acétonémiques serait due à ce que les divers organes, par où la matière peccante s'élimine d'ordinaire, ne peuvent plus, en raison de leurs altérations profondes, remplir que fort imparfaitement leur rôle en quelque sorte providentiel.

Mais, pour qu'une pareille conception fût admissible, il faudrait que la preuve ait été donnée de l'accumulation de cette substance nocive dans l'organisme dans tous les cas de diabète où le coma se produit. Or, cette preuve ne nous a pas été fournie. Il faudrait, de plus, qu'il fût démontré que les lésions de tous les appareils d'excrétion, des émonctoires, ne se voient que dans la période acétonémique du diabète.

Or, sur tous ces points, nous ne sommes pas encore édifiés.

En réalité, la pathogénie du coma diabétique semble être fort complexe. Tout porte à croire que certains produits de dédoublement du sucre, jetés, par suite de certaines circonstances encore mal connues dans le torrent circulatoire, exercent une action nocive sur les éléments cellulaires et déterminent dans les appareils d'élimination certaines lésions d'ordre nécrobiotique, comme toutes celles du diabète sucré. Mais il n'y a là, sans doute, qu'un côté de la question.

Alors même que le sang ne renferme aucune substance, à proprement parler, irritante, toute dyscrasie, qu'elle ait une marche relativement lente, comme dans les diabètes, ou rapide, comme dans les maladies infectieuses, amène tôt ou tard une perturbation profonde dans la vie intime intracellulaire. Baignées par un sang qui a perdu sa constitution physiologique, les cellules ne peuvent plus puiser dans le milieu nourricier les matériaux qu'elles doivent s'assimiler après élaboration préalable, et d'autre part elles ne peuvent y déverser les déchets de la combustion organique. D'où un état de souffrance qui reste parfois à peu près latent pendant un certain temps, jusqu'à ce que, sous diverses influences adjuvantes, l'équilibre vital se rompe d'une manière brusque, et que, par suite, les symptômes morbides les plus accusés viennent à se produire.

Dans la dyscrasie glycémique, cette dystrophie élémentaire doit être d'autant plus accentuée que le principe vivifiant par excellence, l'oxygène, est parcimonieusement fourni aux cellules, puisque des proportions considérables de ce gaz sont employées à la combustion du sucre.

D'un autre côté l'augmentation de densité du sang produit une déshydratation des organes, analogue à celle qui s'observe à la suite des flux abondants, des diarrhées profuses par exemple, qui précèdent parfois l'éclosion des accidents encéphalopathiques. C'est ce qui fait que les écarts de régime ont une si fâcheuse influence sur l'état de santé, toujours précaire, des diabétiques.

A cet égard, le rapprochement que Buhl établit entre l'acétonémie et le choléra est aussi intéressant qu'inattendu; ces deux processus morbides offriraient une remarquable analogie, non seulement par leurs lésions intestinales communes, mais encore par la production dans le sang d'un composé pathologique de même ordre. On sait, en effet, que les cholériques exhalent une odeur particulière, voisine de celle qui met si souvent sur la voie d'un diabète jusqu'à ce jour méconnu.

C'est même à cette déshydratation des tissus, en particulier de la substance cérébrale, que certains auteurs anglais ont attribué d'une manière exclusive la genèse du coma diabétique; théorie qui, au dire de M. Brissaud (*Progrès médical*, décembre 1881), aurait trouvé un défenseur en M. le professeur Bouchard.

Influence nocive de certains produits de dédoublement du sucre, altérations anatomiques ou fonctionnelles des émonctoires qui empêchent la dépuration intégrale du liquide nourricier, déshydratation des tissus et en particulier de la substance cérébrale, mais avant tout dyscrasie sanguine et dystrophie élémentaire, retentissant nécessairement l'une sur l'autre dans un véritable cycle morbide, voilà autant de facteurs dont il faut, sans doute, tenir compte dans la pathogénie du coma diabétique.

III

Je ne veux pas quitter ce sujet sans faire une rapide mention d'un travail récent qui présente, dans cet ordre d'idées, un certain intérêt pratique. Jaenicke (*Deuts. Archiv f. klin. Med.*, novembre 1881), en suivant avec le plus grand soin six diabétiques dans le service de Biermer, a pu, non seulement constater la coexistence des accidents nerveux avec l'apparition de l'acétone dans les urines, mais encore étudier les effets de la diète carnée exclusive sur l'acétonémie. Dès que l'on soumet les malades à ce genre d'alimentation, l'acétonémie se produit; elle disparaît dès que l'on emploie un régime mixte. Cet effet fâcheux de la diète carnée s'explique, d'après Jaenicke, par la perturbation qu'elle apporte dans les fonctions digestives; du moment où celles-ci sont troublées, le sucre trouve dans l'appareil gastro-intestinal les conditions les plus favorables à sa décomposition, à la production de ses divers dérivés, parmi lesquels figure l'acétone.

Cependant il n'en faudrait pas pour cela prohiber ce mode d'alimentation; car l'économie s'habitue, au dire même de Jaenicke, à ce régime; tout au plus, doit-on conclure de ces recherches qu'une diète exclusive n'est pas, dans le diabète, plus de saison que du reste dans tous les états morbides. On sait, d'ailleurs, que Cantani, qui a le plus énergiquement préconisé la diète azotée, l'associe à l'emploi de l'acide lactique.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

De l'utilité des injections sous-cutanées d'éther dans la pneumonie adynamique, par le docteur H. Barth, médaille d'or des hôpitaux.

Nous ne venons pas proposer ici une nouvelle méthode thérapeutique, ni ajouter un nom de plus à la liste déjà si longue des médicaments préconisés contre la pneumonie. Depuis longtemps l'expérience clinique, d'accord avec le bon sens, a fait justice des méthodes magistrales et des formules prétendues infaillibles. Pour le traitement des maladies aiguës surtout, on a mis de côté les théories absolues,

et on se contente d'appliquer rationnellement à chaque malade les moyens divers dont la science dispose, en se guidant toujours sur les indications symptomatiques.

Dans la pneumonie en particulier, les méthodes dites jugulantes ont fait leur temps, et sauf le cas particulier de pneumonie palustre, où le sulfate de quinine reste le traitement héroïque, on a recours indistinctement, et suivant le besoin, aux diverses armes qui constituent l'arsenal de la médecine; évacuants, révulsifs, hyposthénisants, stimulants, sont employés tour à tour et sans parti pris.

Le moyen thérapeutique sur lequel nous voulons appeler l'attention rentre absolument dans cet ordre d'idées : l'éther en injections sous-cutanées n'est autre chose qu'un stimulant, mais un stimulant d'une nature particulière, et qui, par sa puissance, par la rapidité de son action, par la facilité d'en doser à volonté l'emploi, peut rendre dans une foule de cas les plus précieux services.

L'idée d'employer l'éther en injections sous-cutanées n'est pas nouvelle : MM. Dupuis (*Progrès médical*, 1873), Luton (*Union médicale du N.-Est*, 1877), Mlle Ocounkoff (Thèses de Paris, 1877) ont signalé l'action stimulante des injections d'éther sur les individus affaiblis par un grand traumatisme ou tombés dans le collapsus à la suite d'une hémorrhagie abondante. Depuis plusieurs années M. Verneuil emploie journellement ce moyen pour combattre les effets du shock traumatique chez des blessés. A l'hôpital de la Pitié le professeur Peter y a souvent recours dans les cas d'hémorrhagie puerpérale grave ou de dépression exagérée des forces à la suite d'un travail prolongé. Une observation recueillie et publiée par un de ses élèves (Latulle, *France méd.*, 1879), démontre nettement les bons effets de cette pratique.

Pendant notre internat chez ce maître éminent, nous avons été frappé plus d'une fois des effets stimulants rapides, presque instantanés, obtenus à l'aide des injections d'éther, tant dans l'état puerpéral que dans d'autres cas d'adynamie grave. Il nous a paru qu'on pouvait rationnellement espérer des résultats analogues dans les pyrexies, dans les phlegmasies graves et en général dans toutes les maladies aiguës qui aboutissent à une dépression exagérée des forces vitales. Nous avons donc entrepris une série de recherches, que M. Peter a bien voulu encourager de son approbation, et nous les avons continuées cette année, dans le service et avec l'assentiment de M. le professeur Brouardel, dont nous avions l'honneur d'être l'interne.

Nous avons employé les injections d'éther dans la pneumonie, dans la fièvre typhoïde, dans l'infection puerpérale, et dans quelques autres maladies graves. Les résultats que nous avons obtenus nous ont paru assez concluants pour mériter l'attention du public médical. Nous en publions aujourd'hui une partie, avec l'espoir de provoquer de nouvelles recherches, et en nous réservant de compléter ce travail dès que nous aurons recueilli des documents suffisants.

L'action physiologique de l'éther, que l'on est tenté de prendre pour guide de l'application thérapeutique, est très diversement appréciée par les auteurs : au dire des uns il augmenterait la fréquence du pouls et la température de la peau, et produirait de graves désordres dans le rhythme respiratoire; les autres lui refusent toute influence sur la circulation et la température ainsi que sur la respiration; d'après leurs recherches il n'aurait d'autre résultat que de produire une stimulation légère, suivie d'une sensation de chaleur vivifiante, de bien-être et d'appétit (Trousseau et Pidoux).— Ces divergences tiennent sans doute, suivant la remarque de Barrallier (*Dict. de méd. prat.*, t. XIV), à la différence des doses absorbées et à l'état des sujets en expérience. Si, à l'exemple de Trousseau, on fait prendre en une fois deux à quatre grammes d'éther à un individu bien portant, on voit le pouls acquérir plus d'ampleur sans augmenter sensiblement de fréquence, la respiration devenir plus large et plus profonde, et une douce moiteur envahir la peau; bientôt il se produit une sensation d'ivresse agréable avec excitation passagère des sens et bien-être général. Ces phénomènes, loin d'être en contradiction avec les propriétés anesthésiques de l'éther, n'en sont que la première manifestation, le degré initial de l'anesthésie étant toujours l'hyperesthésie. Si maintenant on a soin de ne pas dépasser la dose convenable, les effets d'excitations se produisent seuls et ne sont suivis d'aucun phénomène paralytique.

Ces effets toniques et excitants, faciles à constater chez les individus sains, se manifestent de la même manière et avec plus d'intensité encore chez les sujets malades ou affaiblis : dans les états adynamiques les plus graves, l'injection sous la peau d'un ou deux grammes d'éther dissipe immédiatement la torpeur et produit une sorte de réaction très favorable; le malade respire plus aisément, son pouls se relève, ses yeux deviennent plus brillants, sa langue s'humecte, et quand la douleur locale produite par l'injection est dissipée, il témoigne presque toujours d'un mieux être très notable. Dans les pneumonies graves, que nous avons spécialement en vue dans ce travail, les bons effets de ce traitement sont frappants : chez des malades en proie à une prostration absolue, et qui, incapables d'expulser les exsudats bronchiques, semblaient menacés de périr d'asphyxie, nous avons vu, peu d'instants après une injection d'éther, la dyspnée diminuer, les forces revenir, et une toux plus facile et plus vigoureuse désobstruer rapidement les bronches. Cette amélioration n'est point passagère; elle persiste plusieurs heures, pour se renouveler et s'accentuer sous l'influence d'une dose nouvelle. Souvent deux jours suffisent pour que le malade ainsi soutenu allègue la crise naturelle, et pour que tout danger disparaisse, mais lors même que des complications viennent prolonger la maladie, les injections d'éther ne perdent rien de leur puissance stimulante, elles combattent efficacement les causes diverses d'affaiblissement et d'adynamie, et presque toujours hâtent notablement la convalescence.

Mais pourquoi, nous dira-t-on, ne pas administrer l'éther par la voie habituelle, en potion ou en sirop? Peu importe le mode de pénétration du médicament, pourvu qu'il soit absorbé, et la voie stomacale, sans être moins sûre, est assurément beaucoup moins douloureuse que la voie hypodermique.

C'est là une erreur, et plusieurs raisons nous ont amené, non seulement à préférer le procédé des injections sous-cutanées, mais même à le regarder comme seul efficace.

D'abord l'absorption de l'éther déposé dans le tissu cellulaire est pour ainsi dire instantanée : c'est au bout de deux ou trois minutes à peine que l'odeur éthérée exhalée par l'haleine du malade vient révéler le passage du médicament dens le torrent circulatoire; au contraire, par la voie stomacale, l'absorption est lente, incertaine, et l'extrême volatilité du liquide en question l'empêche de pénétrer dans la masse du sang en quantité suffisante pour qu'il exerce une action un peu énergique sur le système nerveux : aussi l'injection d'un gramme d'éther produit-elle des effets beaucoup plus puissants qu'une potion renfermant de deux à quatre grammes de ce liquide.

Mais ce n'est pas tout : les médecins qui prescrivent des potions éthérées sont exposés à se tromper du tout au tout sur les doses qui sont réellement ingérées par leurs malades : on connaît l'extrême diffusibilité des vapeurs d'éther; à moins que la bouteille contenant le mélange ne reste hermétiquement bouchée, l'éther ne tarde pas à disparaître en grande partie, comme le prouve l'affaiblissement rapide de l'odeur *sui generis*; il peut donc arriver qu'un malade auquel on a prescrit, et qui croit avoir pris 6 grammes d'éther, n'en ait réellement ingéré que le tiers ou le quart. Au contraire, le liquide contenu dans la seringue de Pravaz représente une quantité exactement connue; le médecin mesure, à une goutte près, ce qu'il fait pénétrer dans le tissu cellulaire, et

la dose introduite est absorbée immédiatement en totalité.

Ajoutons enfin que certains malades très affaiblis sont incapables de boire, que beaucoup n'acceptent pas sans répugnance la saveur forte et brûlante des potions éthérées, enfin que les boissons peuvent être vomies. L'injection sous-cutanée, au contraire, peut être faite au besoin sans le consentement, et en tout cas sans la participation du malade, en sorte que le médecin reste complètement maître d'en choisir le moment et d'en imposer la répétition plus ou moins fréquente.

En face de tant d'avantages, peut-on être arrêté sérieusement par les inconvénients de la méthode hypodermique ? Le principal, le seul même, c'est la douleur assez vive causée par l'injection ; mais cette douleur est de courte durée ; on en peut modérer l'intensité en choisissant le point où on pratique la piqûre; enfin la douleur elle-même, par l'espèce de secousse qu'elle imprime au système nerveux, paraît exercer une action révulsive très favorable, et elle contribue peut-être aux heureux résultats des injections sous-cutanées.

Quant aux accidents consécutifs qui peuvent résulter de l'action caustique et irritante de l'éther, tels que les eschares, les paralysies localisées, dont nous dirons plus loin quelques mots, leur gravité n'a aucun rapport avec celle des phénomènes adynamiques qu'il s'agit de combattre ; ils peuvent du reste être entièrement évités quand on a soin de se conformer aux précautions que nous indiquerons tout à l'heure.

Ce n'est pas dans toutes les pneumonies indistinctement qu'il convient d'administrer les injections d'éther: il en est beaucoup, la plupart même, qui guérissent d'elles-mêmes, ou par des moyens beaucoup moins énergiques, et il y aurait peu de véracité scientifique à s'attribuer de si faciles succès. Mais dans les pneumonies graves, dans celles où le sujet, avec ou sans hyperthermie, est en proie à une dépression exagérée des forces, où il succombe sous le mal qui l'étreint, souvent l'alcool, le quinquina, les vins généreux, tous les toniques usuels se montrent insuffisants, et c'est alors que les injections d'éther peuvent être merveilleusement utiles. Dans toutes les observations que nous citons plus bas, non seulement dans des pneumonies franches, mais aussi dans des broncho-pneumonies, alors que les moyens ordinaires avaient échoué, nous avons vu les injections d'éther stimuler le système nerveux, secouer la torpeur et l'adynamie, et rendre possible la guérison, ou du moins retarder beaucoup l'issue fatale.

Nous n'apportons pas ici une statistique comparative destinée à démontrer la supériorité des injections d'éther sur les moyens thérapeutiques antérieurs: on sait quel est le vice radical des statistiques: elles confondent dans des chiffres brutalement égaux des faits d'une valeur fort inégale, elles ne disent mot des influences épidémiques, des chances heureuses ou malheureuses, ni de la gravité plus ou moins grande des cas, et amènent souvent aux conclusions les plus fausses. A moins d'être en possession d'un nombre immense de faits, le médecin qui produit une statistique à l'appui d'une nouvelle méthode de traitement risque toujours de se voir objecter qu'il a eu affaire à une série particulièrement favorable.

Nous avons procédé autrement: loin d'appliquer indistinctement et aveuglément les injections éthérées à toutes les pneumonies qui se sont présentées à notre observation depuis un an, c'est seulement dans les cas graves, lorsque les moyens ordinaires semblaient épuisés ou sans action, que nous avons eu recours aux injections d'éther. C'est ainsi que, sur 35 pneumonies observées depuis le mois d'octobre dernier, 25 ont guéri spontanément ou par les moyens habituels, 10 seulement ont été soumises à l'usage plus ou moins répété des injections. En nous adressant exclusivement aux cas graves, nous mettions naturellement les mauvaises chances de notre côté, mais aussi nous obtenions des observations beaucoup plus comparables entre elles, et nous évitions la principale cause d'erreur qui consiste à attribuer au traitement employé des guérisons qui auraient eu lieu tout aussi bien sans aucune espèce de traitement.

Les faits que nous rapportons sont donc tous relatifs à des pneumonies graves, menaçantes, soit par leur étendue, soit par leurs complications. Pour permettre au lecteur d'apprécier exactement les conditions dans lesquelles le traitement éthéré a été mis en usage, et les résultats qu'il a produits, nous n'avons pas voulu nous contenter de donner, comme on le fait souvent, le résumé de observations avec leur issue ; nous avons cru devoir relater les faits *in extenso*, ou du moins assez détaillés pour ne laisser dans l'ombre aucun point important. Cette méthode a l'inconvénient d'entraîner quelques longueurs, mais elle est la seule qui fournisse une idée nette des cas et de l'influence du traitement.

Les quatorze observations qu'on trouvera plus loin se divisent en trois groupes : le premier comprend des pneumonies simples, mais rendues exceptionnellement graves par l'intensité de la fièvre, par l'accablement des forces vitales, et par l'état profondément adynamique des malades. Le second réunit des cas que nous qualifierions volontiers de compliqués, et dans lesquels la maladie, évoluant sur un mauvais terrain, atteignant d'emblée les deux poumons, ou étant accompagnée d'autres manifestations morbides, perd la régularité d'allures qui la distingue d'ordinaire, et devient d'autant plus dangereuse que sa marche ne peut plus être prévue. Enfin, dans un troisième groupe, nous avons cru devoir ranger un certain nombre de broncho-pneumonies, primitives ou secondaires, que nous avons soumises également à la méthode des injections éthérées, et qui nous ont fourni de frappants exemples des bons effets de ce traitement quand on sait l'appliquer à propos.

Les quatre observations qui vont suivre, et qui ont fourni quatre succès, appartiennent à notre première catégorie.

(*A suivre.*)

Clinique médicale.

Observation d'hémoglobinurie a frigore, lue à la Société des hôpitaux dans la séance du 9 décembre 1881, par M. Du Cazal, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les accidents décrits sous le nom d'hémoglobinurie paroxystique ont été bien étudiés à l'étranger. Ils sont moins connus en France; ils ont été, il y a quelques mois, à l'Académie de médecine l'objet d'une communication par M. Mesnet, au mémoire duquel nous renvoyons pour l'historique de la question. Ce mémoire a été à son tour le point de départ d'une étude critique très complète et très intéressante publiée par M. Dreyfus-Brisac, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 22 avril suivant : M. Mesnet propose de considérer ces accidents comme une entité morbide nouvelle sous le nom d'*hémoglobinurie a frigore* et j'estime, pour ma part, que M. Mesnet est absolument dans le vrai, à la condition que l'on ne confondra pas l'hémoglobinurie *a frigore* avec des états qui peuvent s'en rapprocher par un des symptômes, le fait de pisser de l'hémoglobine, mais qui en diffèrent certainement par d'autres particularités, celle par exemple de la reproduction invariable de l'accès sous l'influence d'une cause unique : le froid.

L'observation suivante est celle d'un homme atteint d'hémoglobinurie *a frigore* et qui est depuis quelque temps dans mon service au Val-de-Grâce. Ce cas est tellement identique à celui qu'a rapporté M. Mesnet, que mon observation n'a pas d'autre prétention que celle de venir à l'appui de ses conclusions.

OBS. — Prévost, âgé de vingt-neuf ans, garde républicain, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 2 octobre 1881.

Comme antécédents nous relevons une rougeole à l'âge de neuf ans; à vingt ans, un eczéma du cou qui a duré trois mois; les jambes présentent des cicatrices d'ecthyma. Notons encore une pleurésie en 1879 et quelques douleurs rhumatismales.

Pas d'antécédents syphilitiques; pas d'habitudes alcooliques; pas de fièvres intermittentes antérieures. Cet homme est soldat depuis 1873, et dans la garde de Paris depuis 1877. Il n'a pas quitté Paris depuis cinq ans. Dans les premiers jours du mois d'août de cette année il éprouva un sentiment général de malaise accompagné de perte d'appétit; il n'en continuait pas moins son service, lorsque le 11 août, étant de garde à la cuisine de sa caserne, il fut pris subitement d'un violent frisson à huit heures du matin; il tremblait et claquait des dents; la sensation de froid avait débuté par les extrémités des membres.

Prévost se mit au lit et transpira abondamment; ayant uriné sur ces entrefaites, il vit que ses urines étaient fortement colorées en rouge; le soir, il était complètement remis. Le lendemain, il reprenait son service et ses urines étaient redevenues normales.

Dix-huit jours après, le 29 août, nouvel accès survenant à la même heure et présentant les mêmes symptômes, sauf que leur intensité fut moindre, et que le malade ne s'aperçut pas que ses urines fussent colorées.

Mais le lendemain, 30, un troisième accès de même intensité que celui de la veille était suivi de la coloration rouge des urines.

Prévost alors se fit porter malade et entra à l'infirmerie du corps; on lui administra un vomitif et on le soumit à la médication par le sulfate de quinine et le quinquina. Il faisait chaud à cette époque et trois semaines s'écoulèrent sans que les accès reparussent. Mais le malade n'avait pas recouvré l'appétit; il pâlissait et maigrissait.

Dans la dernière semaine de septembre, les accès reparurent avec toute leur intensité première, suivis chaque fois de la coloration rouge des urines. C'est alors que le malade est envoyé à l'hôpital.

A son arrivée, nous constatons qu'il est maigre, extrêmement pâle; la conjonctive présente une légère teinte subictérique. Pas d'hypertrophie du foie ni de la rate. Les fonctions digestives s'accomplissent normalement. L'auscultation du cœur fait entendre à la base un souffle doux qui se propage dans les vaisseaux du cou.

Aussi longtemps que le malade reste dans son lit et qu'il ne se refroidit pas, il ne présente rien de particulier et toutes ses fonctions s'accomplissent normalement. Ses urines recueillies pendant vingt-quatre heures ont été analysées par M. Gessard, pharmacien au Val-de-Grâce, et l'analyse a fourni les résultats suivants (Note remise par M. Gessard) : « L'urine des vingt-quatre heures, du dimanche 20 novembre au lundi 21, occupe un volume de 2500 centimètres cubes. Elle est limpide, d'un beau jaune, de réaction acide. La densité est de 1010 à 13 degrés. Elle contient par 1000 centimètres cubes : 5^{gr},21 d'urée, soit 13^{gr},04 pour l'émission totale.

» La recherche de l'albumine donne un résultat négatif. — Par agitation avec le chloroforme, l'urine ne cède rien à ce dissolvant. Par le repos elle ne laisse déposer aucun sédiment. »

Mais, si le malade se refroidit, il présente alors l'accès que je vais décrire. J'ai observé cet accès un grand nombre de fois; plusieurs fois je l'ai provoqué; dans tous les cas je l'ai vu identique à lui-même. Il ne se produit pas seulement sous l'influence d'un froid rigoureux, mais toutes les fois que le malade se refroidit, ce qui a lieu souvent même quand il quitte son lit sans sortir de la salle. Seulement l'intensité de l'accès est en rapport avec le degré du refroidissement.

Le 21 novembre à huit heures du matin, je constate que l'urine du malade émise en ma présence est normale. Son pouls est à 68; ses caractères sont normaux. La température axillaire est de 36°,9. A neuf heures, la température extérieure étant de 11 degrés centigrades, je l'envoie se promener au jardin. A dix heures et quart il remonte se coucher : il est pâle, plus encore que d'habitude; il éprouve de légers frissons et un malaise général; un engourdissement des pieds et des mains qui sont exsangues; parfois, mais pas toujours, il y accuse une sensation de fourmillements; sur les membres, surtout au niveau des articulations, des genoux par exemple, on observe une coloration cyanosée indiquant une gêne considérable de la circulation périphérique. En même temps le malade accuse une impression douloureuse au niveau de l'épigastre et quelquefois une douleur très vague au niveau des lombes. Le pouls est petit, serré, à 60. La température axillaire est de 37 degrés; une heure après, elle s'élève à 38°,7; elle atteint quelquefois 40 degrés. Le pouls est à 88.

Tous ces phénomènes disparaissent petit à petit, en un temps naturellement variable avec l'intensité du refroidissement. Les premières urines sont émises à midi; elles sont très fortement colorées en noir, couleur de café fort; les secondes sont émises à deux heures, puis à cinq heures. A chaque émission elles sont de moins en moins colorées, et six à sept heures après le début de l'accès, elles sont redevenues absolument normales.

Chez mon malade j'observe donc la gamme descendante signalée par M. Mesnet, mais non pas la gamme ascendante. Les premières urines émises ont toujours été les plus colorées; je dois ajouter qu'elles n'ont guère jamais été émises qu'une heure au moins après le début de l'accès qui paraît ralentir la sécrétion urinaire. Dans ces urines on trouve une grande quantité de pigment en granulations, tantôt affectant la forme de tubes du rein, tantôt disséminées sans ordre figuré. L'examen le plus minutieux et plusieurs fois répété ne m'y a jamais fait découvrir un seul globule de sang, altéré ou non.

M. Gessard qui les a examinées au point de vue chimique m'a remis la note suivante :

« Le 21 novembre, après un accès, on recueille quatre échantillons d'urine :

N° 1 à douze heures, 165 centimètres cubes, couleur brun foncé;
N° 2 à deux heures, 145 centimètres cubes, couleur rouge;
N° 3 à cinq heures, 500 centimètres cubes, couleur jaune;
N° 4 à sept heures, 300 centimètres cubes.

» Le dernier échantillon, limpide, de couleur normale ne contient ni albumine ni pigment. Les échantillons 1 et 2 abandonnent par le repos un sédiment peu abondant formé de granulations amorphes et jaunâtres. La chaleur, l'acide azotique y déterminent un coagulum albumineux coloré en rouge brun. Le chloroforme ne dissout aucun pigment. L'urine examinée au spectroscope présente les deux raies caractéristiques de l'hémoglobine entre D et E. L'addition de sulfhydrate d'ammoniaque produit la raie unique intermédiaire aux deux premières qui appartient à l'hémoglobine réduite.

» Le coagulum formé par l'ébullition et recueilli sur filtre, traité par l'alcool additionné d'acide sulfurique, a donné une liqueur rouge brun qui ne présente plus qu'une seule raie au spectroscope entre C et D, caractéristique de l'hématine.

» Enfin une goutte d'urine traitée par l'acide acétique concentré et doucement évaporé sur une lame de verre offre au microscope des cristaux d'hémine. Les coagulums albumineux des échantillons 1 et 2 ont été pesés. On a trouvé : Echantillon n° 1, 92 centigrammes pour 100 centimètres cubes; n° 2, 23 centigrammes pour 100 centimètres cubes.

» *Conclusions :* L'urine de l'accès ne contient aucun autre pigment que l'hémoglobine. En dehors de l'accès elle ne contient ni albumine, ni pigment anormal. La proportion d'albumine constatée doit être vraisemblablement rapportée à l'hémoglobine. »

RÉFLEXIONS. — L'hémoglobinurie *a frigore*, la seule dont je veuille parler, est-elle le résultat d'un processus local se passant dans les reins, d'un véritable coup de sang rénal? Je n'en crois rien. Loin d'y avoir au moment de l'accès une hyperhémie rénale, il y a au contraire stase sanguine, comme dans tout le reste de l'organisme; c'est ce que prouve la diminution de la diurèse. D'ailleurs on trouverait vraisemblablement dans l'urine quelques globules rouges reconnaissables, et j'ai dit qu'il n'y en avait pas. De plus on ne comprendrait pas cette congestion sans un certain degré d'albuminurie; or, il y a bien de l'albumine dans l'urine, mais en quantité rigoureusement proportionnelle à la quantité d'hémoglobine; M. Gessard s'est assuré plusieurs fois que, plus l'urine est colorée, plus l'albumine est abondante; elle diminue et disparaît complètement avec elle. C'est ainsi que dans l'accès que je viens de rapporter, l'urine recueillie à midi, c'est-à-dire la plus foncée en couleur, contenait 92 centigrammes d'albumine par 100 centimètres cubes d'urine; la seconde, émise à deux heures, en contenait 23 centigrammes; la troisième enfin, émise à cinq heures, ne contenait plus ni hémoglobine ni albumine.

On a émis l'hypothèse que les globules rouges pourraient être détruits dans le rein ou la vessie sous l'influence d'un excès d'oxalate. Outre que les expériences directes n'ont pas

été favorables à cette hypothèse, je me suis assuré que chez mon malade il n'existait pas d'oxalurie. Mais de plus je connais le fait d'une femme chez laquelle une oxalurie antérieure provoqua une hématurie et dans les urines de laquelle, à côté des cristaux d'oxalate de chaux très abondants, on retrouvait intacts un grand nombre de globules rouges.

Dans l'hémoglobinurie la destruction des globules sanguins se fait dans la circulation générale. Indépendamment de tout raisonnement une expérience directe faite déjà par Kuessner, de Halle, le prouve d'une façon évidente. Kuessner (*Hémoglobinurie paroxystique. Deuts. med. Wochens*) rapporte l'observation d'un cas en tout semblable à celui de M. Mesnet et au mien, et ayant appliqué à ce malade pendant l'accès une ventouse scarifiée, il vit que le sérum sanguin lui-même était coloré par l'hémoglobine et qu'il présentait une coloration rouge grenat. Six fois Kuessner répéta cette expérience et six fois il obtint le même résultat. Il nous apprend, en outre, que, d'après Bollinger, Spinola aurait déjà montré que dans le sang obtenu par la saignée de chevaux atteints d'hémoglobinurie le sérum était rouge.

J'ai refait cette expérience dans un but thérapeutique : le 21, au moment où mon malade venait de rendre ses urines les plus foncées, je lui fis l'application d'une ventouse scarifiée et j'obtins un sérum également coloré dans toutes ses parties et présentant la teinte d'un beau sirop de groseille, infiniment plus rouge par conséquent que celui qui s'écoule d'un caillot ordinaire, comme j'ai pu m'en assurer par une expérience comparative ; cette expérience renouvelée m'a donné le même résultat.

La manière dont s'élimine l'hémoglobine chez mon malade me porte même à croire que la destruction des globules rouges se fait rapidement en un temps très court, et que l'élimination de l'hémoglobine se fait ensuite lentement.

Dans la revue critique de M. Dreyfus-Brisac dont j'ai déjà parlé, notre collègue rapproche l'hémoglobinurie de l'ictère hémaphéique et les considère, à l'intensité près, comme deux processus identiques. Je ne saurais non plus partager cette opinion. Sans vouloir ici mettre en cause la valeur de la doctrine hématique de l'hémaphéine, il me paraît impossible, au contraire, de rapprocher en quoi que ce soit ces deux processus, car sans cela nous verrions, à un moment quelconque de la crise, l'hémaphéine apparaître dans l'urine à côté de l'hémoglobine.

Qu'au début le coup soit trop brusque, que l'hémoglobine passe dans l'urine trop vite pour avoir le temps de subir la transformation, soit! Mais au bout de deux heures, quand la proportion d'hémoglobine diminue dans l'urine, elle a vraisemblablement, avant d'être éliminée, séjourné un certain temps dans la circulation générale, elle a dû traverser le foie bien souvent, et pourtant elle passe toujours à l'état d'hémoglobine sans qu'à côté de ce corps nous trouvions jamais la moindre trace d'hémaphéine.

Ce sont donc bien deux processus absolument différents.

Peut-on, comme a voulu le faire M. Corre (*Archiv. de méd. nav.*, 1881), rapprocher ces faits de la fièvre bilieuse hématurique observée à Madagascar, aux Antilles, à Nossi-Bé? Pas davantage. Mon malade n'a pas quitté Paris depuis cinq ans et n'a jamais eu de fièvre intermittente. Le fait seul de pouvoir éviter ou provoquer les accès à volonté, en soustrayant ou en exposant le malade à un refroidissement, suffirait, ce me semble, à faire repousser tout rapprochement entre ces accidents et ceux qui sont provoqués par la malaria dans les pays les plus chauds du globe.

Je crois donc, pour en finir, que l'opinion émise par M. Mesnet est la vraie, que *l'hémoglobinurie a frigore* ne peut être rapprochée d'aucune des entités morbides décrites, qu'elle a sa physionomie propre et qu'il y a lieu de lui donner sa place à part dans le cadre nosologique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Dans le compte rendu de la séance du 28 novembre dernier, nous avons oublié de dire que si nous passions sous silence un mémoire de M. Brown-Séquard sur une nouvelle propriété du système nerveux, c'était dans l'intention de publier ce mémoire *in extenso*.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

De l'observation du réflexe palpébral dans l'anesthésie chloroformique. Note de M. *P. Berger*. — Parmi les phénomènes qui donnent la mesure la plus étroite de l'anesthésie parfaite, de ce que M. Paul Bert a nommé la *zone maniable* de l'agent anesthésique, c'est le phénomène de l'abolition et du retour du réflexe palpébral. L'attouchement très léger, avec la pulpe du doigt, de la conjonctive bulbaire et de la cornée, sur un sujet éveillé, donne lieu à un phénomène réflexe de contraction de l'orbiculaire des paupières, se traduisant par l'occlusion de la fente palpébrale. Lorsque l'anesthésie est complète, ce réflexe palpébral est supprimé; les attouchements de la cornée ou de la conjonctive oculaire ne donnent plus lieu à aucun clignement des paupières. Cet acte réflexe est le dernier de ceux de la vie de relation qui disparaisse; le seul qui persiste après son abolition est la dilatation de la pupille sous l'influence des excitations du grand sympathique abdominal. D'autre part, son abolition, marquant le début de la période de tolérance, est encore assez éloignée de la période des accidents toxiques produits par la surcharge chloroformique.

Le retour de la contraction de l'orbiculaire, se manifestant d'abord à la paupière inférieure sous forme de contractions fibrillaires, puis bientôt de contractions totales de ce muscle, lorsqu'on vient à toucher légèrement avec le doigt la cornée ou la conjonctive, est le premier phénomène qui, après la suppression du chloroforme, indique le retour vers la période de réveil.

De l'action convulsivante de la morphine chez les mammifères. Note de MM. *Grasset* et *Amblard*. (Nous publierons ce travail.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST

M. le ministre du commerce et des colonies transmet une demande, adressée avec pièces à l'appui par MM. de La Roche et Rioufreyt, à l'effet d'être autorisés à exploiter pour l'usage médical les sources d'eaux minérales, dites source « Saint-Martin » et source « les Rosières » à Saint-Martin-de-Fugères (Haute-Loire). (*Commission des eaux minérales.*)

M. le docteur *Benjamin Ball* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

L'Académie reçoit pour le concours du prix Barbier de 1882 un mémoire anonyme sur *les tumeurs anévrysmales de la tempe*, avec la devise suivante : « *Feci quod potui; faciant meliora potentes.* » (Inscrit sous le n° 1.)

M. le docteur *Eude*, médecin-major à Saint-Dié, envoie un mémoire manuscrit intitulé : *Relation d'une épidémie accidentelle de fièvres d'origine tellurique.* (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Taquoy*, médecin-major à Caen, adresse le compte rendu des revaccinations faites au 5e régiment d'infanterie pendant l'année 1881. (*Commission de vaccine*)

M. le docteur *Rüdinger* annonce à l'Académie la célébration, pour le 16 janvier 1882, du 50e anniversaire du doctorat de M. le professeur *Von Bischoff* (de Munich).

M. *Hervieux* présente les relevés des vaccinations pratiquées dans diverses communes du département de la Seine par Mme *Forino*. (*Commission de vaccine.*)

M. *Le Roy de Méricourt* offre, au nom de MM. les docteurs *Nicolas* et *Lacaze* et de M. *Signol*, un *Guide hygiénique et médical des voyageurs dans l'Afrique intertropicale.*

M. *De Villiers* dépose, de la part de M. le docteur *Juventin* (de Beaurepaire), une note manuscrite contenant des observations au sujet de l'application de la loi Roussel. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *Larrey* présente : 1° au nom de M. le docteur *Feuvrier*, médecin-major, un mémoire manuscrit sur *la marche d'une ambulance active en Tunisie du 8 mai au 30 septembre* 1881 (*Commission des épidémies*) ; 2° de la part de M. le docteur *Bedoin*, médecin-major, un mémoire manuscrit intitulé : *Notes épidémiologiques*

sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde dans la garnison de Médéah. (Même commission.)

M. *Dujardin-Beaumetz* offre, au nom de M. le docteur *Burq*, une brochure portant le titre suivant : *La métallothérapie à Vichy contre le diabète et la cachexie alcaline.*

M. *Lasègue* présente, de la part de M. le docteur *Coriveaud* (de Blaye), une étude sur *la revision de la loi Roussel. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)*

M. *Hardy* dépose une brochure intitulée : *Statistique médicale de la ville d'Orléans en* 1879, par M. le docteur *Patay.*

M. *Léon Labbé* présente une *observation* manuscrite de M. le docteur *Jules Bœckel* (de Strasbourg) portant le titre suivant : *Fibro-myome de l'utérus, hystérectomie, section du pédicule avec des ciseaux sans hémorrhagie après dissection de la tumeur et ligature préventive des vaisseaux, réduction du moignon, guérison en seize jours sous quatre pansements.* — Cette observation est renvoyée à l'examen de MM. Gosselin et Léon Labbé.

Élection. — L'Académie élit, au premier tour de scrutin, par 36 voix sur 51 votants, M. *Ladrey* (de Dijon), correspondant national dans la quatrième division (physique et chimie médicales, pharmacie). M. Schlagdenhaufen (de Nancy) obtient 14 voix et M. Boudier (de Montmorency), 1 voix.

Eaux minérales. — M. *Jules Lefort* donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le professeur Jacquemin (de Nancy), correspondant de l'Académie, faisant connaître la composition chimique des *nouvelles sources d'eaux minérales de Soultzbach.* La source du Château est essentiellement ferrugineuse et tient, sous ce rapport, un rang très élevé; celle de l'Appétit, sensiblement aussi lithinée que la précédente, est plus alcaline ou du moins alcalino-terreuse et surtout très peu ferrugineuse. Les conclusions du rapport, comprenant l'envoi de remerciements à l'auteur et son inscription sur la liste des candidats au titre d'associé national, sont adoptées par l'Académie.

Fièvre typhoïde propagée par le lait. — A propos de la propagation par le lait d'un certain nombre d'épidémies de fièvre typhoïde, d'après des observations faites en Angleterre, et que signalait à la dernière séance M. Noel Gueneau de Mussy, en présentant son mémoire sur la *Laiterie hygiénique d'Aylesbury à Londres,* M. *Henri Gueneau de Mussy* vient rappeler divers faits analogues, dont un observé récemment à Paris par M. le docteur Bishop ; dans ce cas la maladie n'avait été contractée dans une famille que par les personnes faisant usage d'un lait provenant d'une ferme où régnait cette affection.

Paludisme et diabète. — M. *Léon Colin* reprend la discussion de la communication de M. Verneuil sur l'influence du traumatisme chez les paludo-diabétiques et sur les rapports de la malaria et de la glycosurie. Il rappelle qu'il avait affirmé à l'avant-dernière séance que, « malgré la présence de plusieurs milliers d'impaludés, notre armée ne subit guère de déchet par le fait du diabète consécutif à l'impaludisme »; à l'appui de cette assertion, il cite les deux derniers volumes actuellement parus de la *Statistique médicale de l'armée et relatifs aux années* 1876 *et* 1877. On y constate 32 000 cas environ d'impaludisme, mais seulement 6 diabétiques décédés, et 14 réformés. Aucun des décédés n'appartenait au 17e corps d'armée qui occupe l'Algérie; quant aux réformés, ils étaient atteints avant leur incorporation. Il persiste donc « à hésiter à croire que la non-constatation du diabète chez nos militaires en cas de cachexie palustre ait pu être le résultat d'une insuffisance d'exploration, d'autant que, depuis quelques années surtout, on analyse beaucoup les urines des malades dans les hôpitaux militaires. » Autant que personne, M. Colin croit à la ténacité de l'intoxication palustre, mais ce n'est que dans l'infime minorité des cas que le poison demeure absolument latent durant plusieurs années, et, somme toute, il n'est pas loin d'admettre que ces explosions, si tardives en apparence, dénotent une intoxication nouvelle passée inaperçue. Les faits cités par M. Verneuil prêtent beaucoup à la critique ; au commencement de ce siècle, certains auteurs, tels qu'Alibert et Mongelliez, ne connaissant pas bien l'impaludisme, avaient attribué à cette cause les maladies les plus diverses, surdités, amauroses intermittentes, hallucinations périodiques de tous les sens, etc. ; ils en décrivaient des formes hystériques, épileptiques, hémiplégiques, paraplégiques, exanthématiques (rubéoliques, scarlatineuses, etc.). L'affirmation d'une origine paludique était nette, surtout quand il s'agissait d'accidents paroxystiques, tels que les paroxysmes du croup, de la laryngite striduleuse, de l'œdème de la glotte. de l'asthme, de l'angine de poitrine, etc., autant d'affections que la clinique a dû reprendre, pour ainsi dire, aux généralisateurs qui n'y voyaient que les formes dyspnéiques, pectorales, asphyxiques de la périodicité. N'en a-t-il pas été de même, en raison toujours de l'intermittence des symptômes, des coliques hépatiques et néphrétiques? Actuellement encore, à Rome, les médecins du pays donnent souvent à la phthisie le nom de fièvre pernicieuse hémoptoïque. On a également attribué à l'impaludisme le choléra, la peste, la fièvre jaune, toutes les affections dites infectieuses dont la cause est très différente de l'impaludisme. Les formes pernicieuses des manifestations de l'impaludisme sont relativement assez rares et elles sont loin de conserver ce type périodique sur lequel on prétend baser leur diagnostic. Très souvent, au commencement de son séjour en Algérie, M. Colin a vu arriver à la visite du matin des malades offrant tous les symptômes d'un accès pernicieux, soit coma, soit délire, soit algidité. Souvent le soir il revenait, partagé entre la crainte d'une issue funeste et l'espérance d'une rémission des symptômes et trouvait le malade dans le même état ; l'accès durait encore avec la même intensité sans rien qui indiquât une périodicité quelconque de l'appareil morbide. Il faut donc, pour reconnaître les accès vraiment pernicieux, savoir tenir compte de leurs autres symptômes, spécialement de la mélanémie, dont les travaux de Frerichs, Kelsch, etc., et ceux de M. Colin ont prouvé la grande importance. Ce sont les accès fébriles périodiques simples qui constituent la complication la plus fréquente dans les cas de traumatisme accidentel ou chirurgical, observés dans les foyers de malaria. Il est à noter que les opérations qu'on pourrait appeler de contact, cathétérisme uréthral, etc., provoquent plus souvent des accès fébriles que les opérations sanglantes, ce qui ne semble pas étrange si on se rappelle que des accidents analogues apparaissent souvent chez des sujets vierges d'impaludisme. D'ailleurs, chez des malades impaludés, le traumatisme chirurgical est loin d'offrir les dangers qu'on lui attribue. Dans des expéditions en Algérie, les plaies d'amputation ont guéri avec une merveilleuse rapidité, grâce à la douceur de la température qui favorisait la cicatrisation et permettait de conjurer les dangers d'infection purulente par l'aération des malades.

Élongation du nerf sciatique. — Il y a six mois, M. *Panas* a déjà publié un cas de guérison complète de névralgie du trijumeau chez une jeune fille de vingt et un ans, par l'élongation des nerfs sus et sous-orbitaires; il rapporte à l'Académie une nouvelle observation résumée ainsi qu'il suit :

Élongation du nerf sciatique devenu névromateux et provoquant des douleurs vives, accompagnées d'épilepsie spinale, à la suite d'un coup de couteau qui avait divisé le nerf; guérison. Un homme ayant reçu, il y a quatre ans, dans une rixe, un coup de couteau-poignard qui lui transperça le milieu de la cuisse gauche, immédiatement derrière le fémur, tous les muscles de la jambe et du pied furent paralysés en même temps que la peau correspondante était privée de sensibilité. Plusieurs mois après l'accident, le membre paralysé devint le siège de douleurs lancinantes vives, s'irradiant de bas en haut jusqu'à la fesse et s'exaspérant au moindre attouchement des parties restées sensibles de la peau. En même temps le malade était pris de secousses convulsives de tous les membres, comme s'il s'agissait là d'une sphère épileptogène retentissant sur une région limitée de la moelle.

Traité pendant longtemps par l'électrisation et les révulsifs, il

n'éprouva aucune amélioration. L'application de tout appareil orthopédique devenait également impossible par suite de l'état douloureux et convulsif du membre. Le malade épuisé par la souffrance, suppliait qu'on lui amputât la cuisse, s'il le fallait.

Le 2 juillet 1881, après chloroformisation, M. Panas résolut de procéder à l'élongation du nerf de la façon suivante : incision verticale de 15 centimètres suivant la ligne du sciatique et intéressant la peau, puis l'aponévrose d'enveloppe du membre. On arrive de la sorte sur le bord externe du demi-membraneux qui est repoussé au moyen du crochet, et le sciatique apparaît alors au fond de la plaie, sans qu'on ait rencontré d'artères ou de veines d'un certain volume. Après isolement par la sonde, on attire le nerf au dehors et l'on constate qu'au point anciennement lésé de celui-ci et actuellement cicatrisé, il existe un renflement névromoteur de 5 centimètres de long, fusiforme à ses deux extrémités et ayant le double du volume du nerf sciatique normal. Le crochet à traction étant engagé entre le névrome et la partie centrale du nerf, on tire à deux reprises différentes jusqu'à 20 kilogrammes chaque fois. Après quoi, on repose le nerf au fond de la plaie qu'on suture superficiellement après y avoir placé un drain et l'on applique un pansement de Lister. Dès le lendemain 3 juillet, les douleurs ont disparu entièrement; on renouvelle le pansement qui avait été traversé par un peu de sang sur les bords.

Le 15 juillet, la plaie était cicatrisée. Le 22 juillet, voulant vaincre l'équinisme, M. Panas pratique la section sous-cutanée du tendon d'Achille et applique une attelle en plâtre pour fixer le pied à angle droit sur la jambe et permettre ultérieurement le port d'un appareil pour la marche.

A partir de cette époque le malade ne souffre plus, n'a plus de secousses convulsives et marche toute la journée avec ou sans appareil tuteur. Examiné de nouveau ces jours derniers, quatre mois après l'opération, il a déclaré que les douleurs n'ont pas reparu une seule fois depuis, pas plus que les mouvements convulsifs. L'hyperesthésie a disparu également. La sensibilité cutanée s'est conservée partout où elle existait avant l'opération, sauf le long du bord externe du pied où elle semble s'être émoussée depuis l'opération. Le cou-de-pied n'offre plus de raideur, et grâce à la suture du tendon d'Achille, le malade fléchit le pied en marchant, au delà de l'angle droit. Avec son appareil-talon qui est armé d'une bande de caoutchouc pour relever la pointe du pied, le malade marche en boîtant à peine. En un mot, la guérison est définitive. M. Panas, comparant la méthode de l'élongation à la résection du nerf, en cas pareil, donne la préférence à la première; il termine en disant que l'observation précédente démontre que les névromes consécutifs aux plaies des nerfs bénéficient de la nouvelle méthode de traitement.

Excrétion de l'urine et du sperme. — Suivant M. *Alphonse Guérin*, les agents que la physiologie invoque pour expliquer comment les liquides cheminent dans le canal de l'urèthre et en sortent jusqu'à la dernière goutte sont insuffisants; personne cependant ne s'occupe d'élucider cette question, si importante pour l'étude des affections des organes génito-urinaires. Déjà en 1849, il lut à l'Académie un mémoire sur ce sujet; bien qu'on n'y ait pas fait grande attention alors, il renouvelle l'exposé de la théorie qu'il avait alors proposée, et dont de nouvelles expériences lui ont confirmé la justesse. Après avoir critiqué les explications fournies par les physiologistes, et exposé ses recherches personnelles expérimentales, il explique que les muscles bulbo-caverneux sont impuissants à remplir les fonctions qu'on leur assigne; car ils n'agissent que par l'intermédiaire du sang contenu dans le bulbe; or, c'est le sang, sous l'impulsion résultant de la contraction des muscles bulbo-caverneux, qui pousse la membrane muqueuse de l'urèthre d'arrière en avant de manière à accélérer le jet de l'urine lorsque la contraction est modérée et à en rejeter les dernières gouttes quand la contraction arrive au degré qui lui a valu le nom de coup de piston. Quant à l'excrétion du sperme, elle est insuffisante toutes les fois que la circulation du sang du bulbe vers le gland est interceptée. Cette théorie de l'excrétion donne l'explication du rétrécissement spasmodique et fait prévoir que les hommes ne pourront pas être sondés facilement au moment de la turgescence du tissu spongieux de l'urèthre.

Vaccin animal. — Les deux vaccins et la valeur préservatrice du vaccin animal, tel est le titre du mémoire dont M. le docteur *de Pietra-Santa* donne lecture. Cette étude comprend un grand nombre d'observations et de statistiques, tant françaises qu'étrangères, à l'appui de la vaccination animale, sur laquelle l'auteur s'efforce de prouver qu'elle permet d'obtenir des vaccinations et des revaccinations utiles, efficaces et préservatrices; cette méthode, selon lui, a fait ses preuves et peut rendre des services réels à l'hygiène publique. Il insiste enfin sur son utilité avant l'extension de la variole et même pendant l'évolution de la fièvre éruptive. — Ce mémoire est renvoyé à la Commission permanente de vaccine.

— Dans la prochaine séance (20 décembre), l'Académie aura à nommer son vice-président pour l'année 1882, le secrétaire annuel et deux membres du Conseil.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Le microbe du choléra des poules : M. Cornil. — Un nouveau trocart : M. R. Moutard-Martin. — Alimentation forcée des phthisiques : M. Ferrand. — Hémoglobinurie a frigore : M. Du Cazal.

M. *Cornil* a étudié récemment le microbe du choléra des poules et les lésions qu'il engendre chez ces animaux. Il rappelle qu'il y a deux moyens de reproduire cette maladie : c'est de faire avaler à des poules des débris d'animaux contaminés, ou de leur injecter sous la peau une gouttelette de liquide renfermant le microbe du choléra; c'est ce dernier procédé qu'il a employé dans ses expériences. Au niveau du point inoculé, on voit apparaître une plaque opaque, blanchâtre; le tissu cellulaire sous-cutané est le siège d'une infiltration jaunâtre, rappelant l'aspect de la fibrine; le muscle sous-jacent présente une infiltration semblable puriforme, mais ne renfermant pas de leucocytes. Au microscope, on reconnaît que les faisceaux et les fibres du tissu cellulaire sont dissociés par des traînées du microbe spécial au choléra des poules : cet organisme se présente sous la forme de petits grains, tantôt accolés deux à deux, tantôt réunis en chaînette, au nombre de cinq à six. La fibre musculaire présente la dégénérescence cireuse de Zenker; les faisceaux sont coupés de distance en distance par des disques vitreux et interrompus sur d'autres points par des blocs de même nature se continuant avec la gaine d'enveloppe; on retrouve au milieu de toutes ces lésions les grains du microbe caractéristique. Les portions de muscle infiltrées par le microbe se mortifient, s'entourent d'une membrane pyogénique et forment ce que l'on a appelé le *séquestre;* entre l'aponévrose d'enveloppe et le séquestre, on trouve en différents points des sortes de géodes coupant brusquement la fibre musculaire et remplies par du pus et de nombreux microbes. Cette infiltration par les grains de l'organisme microscopique se retrouve dans tous les tissus de l'animal qui a succombé à l'inoculation, et donne à certaines cellules cet aspect que l'on a décrit chez l'homme sous le nom de *tuméfaction trouble.* Ne peut-on penser qu'une cause analogue produit cette altération dans les tissus de l'homme, à la suite des maladies infectieuses? Une semblable hypothèse s'offre également à l'esprit en présence de certains noyaux jaunâtres, tout semblables à des noyaux caséeux, que l'on constate sur le cadavre des animaux qui ont succombé au choléra des poules après un temps relativement long.

— M. *R. Moutard-Martin* fait connaître une modification qu'il a apportée à la forme de la canule des différents trocarts. L'extrémité de la canule taillée en bec de flûte se loge dans une gorge creusée aux dépens de la tige du trocart et ne forme ainsi aucune saillie appréciable; il résulte de cette disposition une bien plus grande facilité pour perforer les téguments

soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors lorsqu'on pratique la contre-ponction avec le trocart courbe.

— M. *Ferrand* a expérimenté dans son service l'*alimentation forcée chez les phthisiques*. Il rapporte l'observation d'un homme de trente-deux ans, atteint de phthisie héréditaire parvenue à la troisième période et compliquée de laryngite ulcéreuse grave et d'abcès ossifluent du sacrum. Ce malade, entré au mois de décembre 1880 à l'hôpital Laennec, présentait une anorexie insurmontable, de la diarrhée et des vomissements fréquemment répétés; on commença à l'alimenter avec le tube de Faucher au mois de mai 1881, mais les premiers essais furent péniblement supportés; cependant, en employant un tube de petit calibre, en calmant les réflexes, par l'usage du bromure de potassium, et en n'injectant chaque fois qu'une quantité de lait relativement minime, on parvint à lui faire absorber par jour 4 litres de lait et à supprimer les vomissements; l'état général s'améliora, les sueurs disparurent, et le malade reprit un certain degré d'embonpoint. Deux mois plus tard les vomissements se montrèrent de nouveau : le traitement, qui était à ce moment moins rigoureusement suivi, fut institué une seconde fois, mais n'amena aucune amélioration; les vomissements persistèrent, la cachexie fit de rapides progrès, et le malade succomba. On peut conclure de ces faits que l'alimentation forcée des phthisiques constitue un moyen de traitement, non pas de la maladie, mais de certains accidents spéciaux. On peut faire tolérer, digérer même aux phthisiques une plus ou moins grande quantité d'aliments, mais on ne peut modifier le taux de l'assimilation des principes nutritifs; c'est là l'écueil contre lequel viennent, jusqu'ici, échouer tous les efforts.

— M. *Du Cazal* relate une observation curieuse d'*hémoglobinurie a frigore* recueillie dans son service du Val-de-Grâce. (Voy. *Travaux originaux*, p. 803.)

M. *Bucquoy* croit avoir observé, il y a vingt ans environ, un cas analogue; mais l'urine rouge, rendue par son malade, n'a pas été examinée au microscope, ni chimiquement analysée; d'ailleurs le phénomène ne s'est montré qu'une seule fois, et le malade a complètement guéri.

M. *Hayem* insiste sur l'intérêt que présente, au point de vue étiologique, l'existence de l'hémoglobine dissoute dans le sérum sanguin; il redoute cependant une légère cause d'erreur, c'est la présence d'un certain nombre d'hématies dans le sérum obtenu au moyen de la ventouse. Lors de la communication de M. Mesnet à l'Académie sur ce sujet, il a lui-même fait quelques recherches qui l'ont amené à la même conclusion que M. Du Cazal : la dissolution de l'hémoglobine dans le système circulatoire. Mais pourquoi et comment cette dissolution s'opère-t-elle sous l'influence du froid? Les globules sanguins extraits des vaisseaux, même chez le malade de M. Mesnet, ont résisté à la dissolution par le froid jusqu'à la température de + 2 degrés; il est bien évident que, quelque soit le degré thermométrique de l'atmosphère, la chaleur du corps humain reste supérieure à + 2 degrés. Si l'on injecte de l'eau dans les vaisseaux des animaux, on amène la destruction des hématies sans produire l'hémoglobinurie; mais si l'on introduit un sang étranger à l'animal, au moyen de la transfusion, ce sang subit une destruction et une élimination rapides, et l'hémoglobinurie apparaît. Ne peut-on penser que, sous l'influence du froid, il se produit, chez certains individus, une modification qualitative, une transformation chimique de l'hémoglobine, qui la rendent analogue à une hémoglobine étrangère au sujet, et sont ainsi la véritable cause de son élimination, c'est-à-dire de l'hémoglobinurie. Jusqu'ici tous les malades atteints de cette rare et curieuse affection étaient syphilitiques, celui de M. Du Cazal constitue une intéressante exception.

M. *Du Cazal* croit que les phénomènes généraux qui accompagnent les accès doivent faire penser à une lésion du système nerveux comme cause première de la maladie. Quant au sérum recueilli au moyen de la ventouse, peut-être contient-il quelques hématies, mais il offre une belle couleur grenat, tandis que, recueilli de la même manière, mais en dehors des accès, il présente une teinte jaunâtre normale.

M. *Bucquoy* fait observer que le malade dont il a parlé n'était pas syphilitique lors des accidents d'hémoglobinurie, puisqu'il a contracté la syphilis l'année dernière.

M. *Hayem* rappelle que les phénomènes de frisson, cyanose, hyperthermie, etc., qui accompagnent l'accès d'hémoglobinurie, se montrent identiques chez les individus auxquels on transfuse du sang étranger, et surtout du sang provenant d'un animal.

M. *Dumontpallier* signale ce fait que, d'après M. Roussel (de Genève), on observe les mêmes phénomènes dans la transfusion directe du sang d'homme à homme, mais qu'il ne se produit pas d'hémoglobinurie. Pour lui, il s'étonne que depuis l'emploi du froid en thérapeutique, et en tenant compte du grand nombre de sujets syphilitiques, on n'observe pas plus souvent cette affection, si la syphilis et le froid en sont les véritables causes.

— *Mutations dans les services des hôpitaux.* — M. le professeur Peter passe à la Charité; M. Aud'houi, à la Pitié; M. Raymond, à l'hospice des Incurables.

— A cinq heures la séance est levée.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Rapports. — Blessures par balles de revolver. — Kyste synovial tendineux du poignet. — Taille et litholapaxie. — Elections.

M. *Périer* lit un rapport sur un travail de M. Guerlain (de Boulogne-sur-Mer); ce travail renferme quatre observations d'ostéo-périostite; deux observations d'amputations; une observation de fracture du crâne; une observation de cancer du sein opéré par le thermocautère; deux cas de boutonnière périnéale pratiquée pour des rétrécissements infranchissables. Le mémoire de M. Guerlain sera déposé aux archives.

— M. *Le Dentu* fait un rapport sur une communication de M. *Vieusse* (de Tlemcen); fractures de l'humérus par balles de revolver; réunion immédiate des deux orifices de la balle; pas de suppuration profonde. M. Vieusse soulève la question de l'intervention dans les plaies par armes à feu, et surtout la question de l'exploration. Comme ce chirurgien, M. Le Dentu croit que, sans motif spécial, il ne faut faire aucune exploration. Le travail de M. Vieusse renferme deux observations.

M. *Nicaise* a constaté deux ou trois fois la réunion par première intention dans des cas de fractures comminutives par armes à feu; dans une observation, il s'agit d'une fracture du fémur.

M. *Desprès* a vu un certain nombre de plaies par balles de revolver; ces plaies diffèrent des plaies ordinaires par armes à feu. Un sergent de ville reçoit une balle de revolver (5 millimètres) qui traverse de part en part le deuxième métacarpien; en cinq jours la plaie était guérie.

Une femme entre à Cochin avec une fracture de la clavicule, produite par une balle de revolver (8 millimètres); la balle resta dans le foyer de la fracture. Guérison en quinze jours sans suppuration; il reste un cal volumineux.

Un jeune homme se tire une balle de 7 millimètres à l'épigastre; la balle reste logée entre l'estomac et le côlon transverse; guérison en quinze jours.

Un étudiant se tire un coup de revolver dans la poitrine; la balle traverse la poitrine et vient se loger en arrière, sous la peau; elle est entourée d'une zone d'emphysème qui indique la lésion du poumon. Application d'un bandage en diachylon. Guérison en quelques jours.

Nous devons changer nos opinions sur les plaies par balles de revolver; ces balles ne produisent pas autant de dégâts qu'on le croyait autrefois. Il faut s'abstenir de toute exploration et de toute manœuvre ayant pour but la recherche du projectile.

M. *Théophile Anger* appliquerait l'abstention même aux plaies produites par balles de chassepot; il a cinq ou six faits de guérison sans suppuration de fractures comminutives produites par des balles de chassepot. Il conseille l'abstention absolue et l'immobilisation de la plaie; n'intervenir que s'il survenait des accidents.

M. *Verneuil* conseille, depuis dix ans, cette conduite pour les plaies par petits projectiles. Il n'a vu depuis ce temps qu'un accident dû à l'organe atteint par la balle. Un marchand de vin reçut un coup de revolver qui coupa la moelle en deux : ici la question de l'intervention ou de la non-intervention n'était pas à discuter; le malade mourut.

M. *Terrier*. Les petits projectiles sont évidemment moins dangereux que les gros; mais il faut tenir compte de l'endroit où ils se logent. M. Terrier a vu un grain de plomb logé dans le bulbe; il avait pénétré par un trou de conjugaison. On ne recherche plus les projectiles dans les plaies; on se contente d'immobiliser le membre.

M. *Després*. Les petits projectiles n'ont pas la gravité des gros, quel que soit l'endroit où ils se trouvent.

M. *Chauvel*. Pour les petits projectiles, l'abstention doit être admise; mais quand la fracture est très comminutive, il faut parfois agir.

— M. *Nicaise* lit un rapport sur une observation de kyste synovial tendineux du poignet droit, par M. Halmagrand. On a fait l'excision en respectant la paroi adhérente aux tendons; pansement antiseptique; guérison.

— M. *Zancarol* (d'Alexandrie) lit un long mémoire sur la taille et la litholapaxie; résumé de sa pratique à l'hôpital d'Alexandrie. (Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Panas et Guyon.)

— M. *Le Dentu* présente un liquide extrait des deux tuniques vaginales d'un malade. Ce liquide est une émulsion de graisse.

— Sont nommés membres de la commission chargée de présenter la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire : MM. Perrier, Lannelongue et Nepveu.

Commission des correspondants nationaux : MM. Delens, Guéniot, Terrier, Trélat.

Commission des correspondants étrangers : MM. Lucas-Championnière, Giraud-Teulon, Després, Verneuil.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Érythème produit autour de plaques de psoriasis par l'acide pyrogallique : M. Hallopeau.— Helminthes des côtes de Laponie : M. Mégnin. — Développement du Syngamus trachealis : M. Mégnin. — Miroir rhinoscopique prismatique : M. Gellé (discussion : M. Krishaber). — Tracés sphygmographiques : M. Brondel (discussion: M. François-Franck). — Mélange des sangs veineux et artériel chez les crocodiliens : MM. Regnard et Blanchard. — Accidents apoplectiformes de l'ataxie locomotrice : M. Lecoq. — Microbes des oreillons : MM. Capitan et Charrin.

M. *Hallopeau* a observé l'apparition de plaques d'érythème tout autour de plaques de psoriasis chez un malade soumis aux frictions avec une pommade à l'acide pyrogallique. Les frictions étant faites exclusivement sur la plaque psoriasique, on voyait la zone érythémateuse apparaître à une certaine distance de la plaque, séparée de celle-ci par une zone de peau pâle, et formant un anneau concentrique au contour de la plaque de psoriasis. M. Hallopeau suppose que l'irritation développée sur la partie malade a produit une vaso-dilatation réflexe se traduisant par l'apparition d'érythème; il expliquerait la zone pâle qui circonscrit la plaque psoriasique par une irritation vaso-constrictive permanente produite par la lésion cutanée. Ces explications ne sont proposées du reste qu'à titre provisoire.

— M. *Mégnin* a étudié un certain nombre d'helminthes rapportés par M. le professeur Pouchet, des côtes de la Laponie.

Cette étude lui a permis de faire les constatations suivantes : 1° deux espèces d'échinorrhynques de baleines, dont il a fait l'anatomie, lui ont donné la preuve que l'organe pair, nommé *ménisque*, que Dujardin regardait comme des glandes salivaires, est un véritable organe digestif analogue à celui des trématodes; 2° une ascaride de la morue a été rencontrée en abondance à l'état adulte dans l'intestin et à l'état de larve enkystée sous la tunique péritonéale. Ce fait vient à l'appui de l'opinion d'Ercolani qui assure que les ascarides, comme beaucoup d'autres helminthes, n'ont pas besoin, pour suivre toutes leurs phases, d'un intermédiaire regardé comme indispensable par certains auteurs; 3° un parasite vermiforme trouvé dans les sacs aériens d'un goëland, a été reconnu pour une nouvelle espèce de *pentastome* très voisine des Lernéens du groupe des *condracanthiens*.

— M. Mégnin fait une communication qui est le complément de celle qu'il fit le 11 décembre de l'année dernière sur le *Syngamus trachealis*, parasite vermineux qui cause parfois de grands ravages dans les faisanderies.

Dans son premier mémoire l'auteur avait suivi presque toutes les phases du développement de ce parasite; il avait vu l'œuf éclore dans l'eau et donner un embryon anguilluliforme qui avait la propriété de pouvoir vivre longtemps dans ce milieu. Les faisans s'infectaient en absorbant l'eau qui contenait ces embryons.

Mais comment les embryons ainsi absorbés arrivaient-ils dans la trachée, lieu d'élection des adultes? Où se passait leur phase nymphéale?

M. Mégnin ayant trouvé la nymphe dans le tissu pulmonaire pense que toutes les phases du développement du *Syngamus trachealis* sont maintenant connues; les deux seuls milieux qu'habite ce parasite pendant toute son existence sont donc : l'eau pendant sa phase embryonnaire, et les organes respiratoires de sa victime pendant les phases nymphéales adultes.

Il se développe donc sans autre intermédiaire que l'eau et il suit en cela une règle qui est générale chez presque tous les parasites vermineux de l'homme et des animaux.

— M. *Gellé* présente un miroir rhinoscopique formé d'un petit prisme de cristal dont l'une des faces est rendue réfléchissante à l'aide d'une plaque de métal poli. Il considère cet appareil comme d'un emploi plus avantageux que celui du miroir laryngoscopique, en ce qu'il donne des images vraies et non déformées par l'inclinaison de la surface réfléchissante.

M. *Krishaber* rappelle que des tentatives analogues ont été abandonnées et insiste sur la facilité avec laquelle on peut pratiquer l'examen rhinoscopique en ayant soin d'attirer, sans prendre les ménagements ordinaires, le voile du palais en avant.

— M. *Brondel* présente quelques considérations sur la manière dont il interprète les tracés du pouls obtenus avec le sphygmographe dont il est l'auteur. Il modifie sur plusieurs

points les explications admises, notamment en ce qui concerne la signification des ondulations de la ligne de descente de la courbe. Dans ses tracés les ondulations sont très amples et plus nombreuses que dans ceux qu'on obtient avec le sphygmographe de Marey. Il montre ensuite son appareil dont il explique le fonctionnement.

M. *François-Franck* croit que parmi les modifications apportées au sphygmographe de Marey, une seule est heureuse, c'est la substitution d'une bande de papier sans poids appréciable au chariot à pesée variable. Mais il trouve que l'auteur est revenu aux premières formes abandonnées par M. Marey, après constatation de leurs défauts, dans les autres parties modifiées de l'appareil. Il se demande enfin si le levier projeté avec vitesse dans le sphygmographe de M. Brondel ne surajoute pas des oscillations propres aux ondulations de l'artère elle-même. Du reste le contrôle de l'appareil, avec une méthode indiquée par Buisson (1862), n'a pas été fait.

— M. *Regnard*, en son nom et au nom de M. *Blanchard*, développe la dernière partie de la communication faite dans la précédente séance par ce dernier, sur le mélange des deux sangs artériel et veineux chez les crocodiliens. (Voy. le compte rendu du numéro précédent.)

— M. *Lecoq* résume un travail sur les « accidents apoplectiformes » de l'ataxie locomotrice, et sur les caractères qui les distinguent des accidents analogues de la sclérose en plaques et de la paralysie générale. Ces accidents comprennent des vertiges, étourdissements qui vont jusqu'à la chute ou la perte de connaissance, jusqu'à des troubles paralytiques de siége, d'étendue et de durée variables. On peut les grouper en trois séries: 1° cas dans lesquels se montrent en même temps des crises convulsives; 2° cas avec crises laryngées (récemment décrites); 3° cas où les accidents apoplectiformes sont dégagés des phénomènes accompagnant la première et la deuxième série.

— MM. *Capitan* et *Charrin* ont entrepris, au laboratoire de pathologie générale de la Faculté de médecine, des recherches sur la pathogénie des oreillons. Ils ont présenté à la Société, dans la séance du 28 mai 1881, des préparations histologiques du sang de malades atteints de cette affection; on a pu y constater la présence de microbes. Des cultures multiples faites dans du bouillon Liebig avec le sang de 13 de ces malades ont montré des microbes toujours identiques comme formes (petits bâtonnets de 2 à 3 μ et micrococcus) et semblables comme aspect à ceux du sang. Il va de soi que toutes les précautions ordinaires avaient été prises pour éviter les causes d'erreur. La salive renfermait un grand nombre d'organismes, aussi a-t-elle été cultivée facilement, mais comme on y rencontre également des microbes à l'état normal, cette étude ne peut conduire à aucune conclusion. L'urine recueillie au milieu de la miction dans des tubes purifiés ne renfermait rien d'anormal, sauf dans un cas où on put constater la présence d'albumine rétractile et de nombreux microbes qui ont pu être cultivés. C'est peut-être là un nouvel exemple de néphrite infectieuse à ajouter aux 24 déjà connus (Kannenberg, Bouchard et ses élèves). Par un procédé spécial de technique, des préparations de culture ont pu être colorées et conservées.

En résumé, le sang dans les *oreillons* renferme des organismes, et ce sont bien là des microbes puisqu'on les multiplie par les cultures. Il resterait à reproduire la maladie au moyen de l'inoculation des liquides de culture, ce que les auteurs de la communication ont jusqu'ici tenté en vain.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'incision du péricarde, par M. Rosenstein

Observation pleine d'intérêt : succès complet. Incision par le bistouri ; pansement de Lister.

Conclusions :

1° Ce cas démontre que la péricardite purulente, aussi bien que l'empyème, peut évoluer sans aucune fièvre ou œdème de la peau ; la ponction exploratrice peut seule donner une base certaine au diagnostic ;

2° La crainte de lésions avancées du myocarde ne doit pas empêcher de vider le péricarde : vu que tous les symptômes, qui tendent à faire croire à des lésions du myocarde, peuvent s'expliquer simplement par des altérations *fonctionnelles* du muscle cardiaque ;

3° Lorsque le liquide exsudé dans la cavité péricardique est très abondant, le changement de position peut être sans aucune influence sur la hauteur de la matité. Ce signe perd donc de son importance diagnostique. (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 5.)

De la pathologie du sang, par M. Quincke

Les corpuscules rouges (dont la durée vitale dépasse vraisemblablement deux à trois semaines) sont, lorsqu'ils doivent être éliminés, absorbés par des leucocytes (ou par des cellules analogues de la pulpe de la rate et de la moelle osseuse), puis déposés de préférence dans les capillaires du foie, de la rate et de la moelle des os. Si les hématies normales ne sont pas absorbées immédiatement, comme toutes les particules suspendues dans le sang, cela tient probablement à leur état lisse et à leur souplesse : ce n'est que lorsqu'ils sont devenus vieux et plus raides qu'ils peuvent être embrassés et absorbés par les cellules amiboïdes.

La rareté des cellules hématifères dans la grande circulation fait supposer que, dans les organes susdits, c'est le ralentissement du torrent circulatoire qui favorise la réception.

Les hématies ainsi logées sont transformées en albuminates ferreux, jaunes ou incolores, dont l'existence peut être démontrée, à l'état dissous ou en granulations, par la microchimie (sidérose physiologique). Dans la rate, les os, le foie, ces albuminates sont utilisés en partie pour la formation d'hématies nouvelles, pendant qu'une autre partie du fer est éliminée par les cellules du foie.

Les différentes formes de *sidérose pathologique* représentent une lésion quantitative de ce processus à un degré quelconque.

Des dépôts de matériel ferrugineux, de corpuscules rouges dans la rate, la moelle osseuse, les capillaires du foie, se produisent :

1° Quand la mort des hématies est accélérée ;

2° Quand la formation d'hématies nouvelles avec l'ancien matériel est ralentie.

Si l'élimination des cellules hépatiques s'arrête, le fer s'y accumule, devient plus abondant dans le sérum et peut être éliminé par d'autres glandes, écorce rénale, pancréas, etc., dans lesquelles il peut aussi se faire un dépôt ferrugineux. (*Deutsch. Arch. fur. klin. Med.*, t. XXVII, p. 193.)

La diphthérie catarrhale, par E. Marx

Dans un grand nombre de cas, la diphthérie évolue sous une forme avortée (fébricule des maladies infectieuses) : elle ne détermine alors que des phénomènes généraux de minime importance et des lésions locales superficielles.

La nature diphthéritique ressort d'abord des faits macro et microscopiques, puis de l'apparition de pareilles affections à côté de formes graves, de leur contagiosité, enfin de leur transformation en croup authentique chez le même individu. Ce dernier point n'est pas sans importance, attendu que bien des cas de croup soi-disant idiopathiques appartenaient peut-être à la diphthérie.

De la transformation possible d'une fébricule diphthéritique en une forme grave il résulte que les symptômes les plus légers, les plus insignifiants n'excluent pas la possibilité d'une issue fatale. D'où l'indication d'éviter, surtout chez les enfants, toute possibilité de contagion. L'isolement devra être aussi complet que pour les formes graves, puisque la fébricule peut déterminer, chez autrui, le germe de la mort.

Surtout, éviter les caresses de la famille, se rappeler les cas survenus dans la famile grand-ducale de Bade, qui prirent leur point de départ précisément dans une forme bénigne.

Eviter la thérapeutique agressive; rien n'étant plus disposé à produire la transformation croupale que les cautérisations intempestives. Un des cas rapportés est démonstratif à ce point de vue. Il vaut mieux, suivant le conseil de Œrtel, provoquer une suppuration énergique : exhalation de vapeurs chaudes, lavages et gargarismes antiseptiques, etc. (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXVII, p. 151.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons d'ophthalmologie, Mémoires d'optique physiologique, par le docteur Badal, chargé du cours et de la clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Paris, 1881. A. Delahaye et Lecrosnier.

Si l'enseignement clinique autorise, à un certain degré, le manque d'ordre et de suite, dans ses leçons, toujours commandées par la nature des malades en traitement; il n'en est pas ainsi, nous semble-t-il, pour les ouvrages d'un autre genre. Les leçons si intéressantes de notre excellent ami le docteur Badal, auraient gagné à être groupées en un certain nombre de chapitres réunissant les affections voisines. Le lecteur y eût pris plus d'intérêt et en eût tiré plus de profit.

Après un historique rapide des progrès de l'ophthalmologie, un aperçu clinique sur les maladies des yeux à Bordeaux et à Paris, sur les manifestations oculaires de la syphilis et certains vices de conformation de l'œil, l'auteur étudie, dans toutes les conditions, l'influence du diamètre de la pupille et des cercles de diffusion sur l'acuité visuelle. Nous ne pouvons donner ici les conclusions multiples de cet intéressant et consciencieux travail. Nous en résumerons seulement quelques-unes : *A*. Toutes choses égales d'ailleurs, la grandeur des cercles de diffusion est en raison directe du diamètre de la pupille. Pendant que l'image d'"un même objet va respectivement croissant, de l'œil hypermétrope à l'emmétrope et au myope, les cercles de diffusion décroissent dans le même sens. — *B*. Le rapport entre la grandeur des images et celle des cercles de diffusion, dans les yeux privés d'accommodation, est constant chez l'emmétrope, quelle que soit la distance, pour un même objet et pour une même pupille. Chez le myope, les cercles de diffusion décroissent de l'infini au *remotum*, puis croissent à partir du *remotum* et plus rapidement que les images. Chez l'hypermétrope, les cercles de diffusion croissent à partir de l'infini, mais moins rapidement que les images... Pour déterminer les limites à la faculté de distinguer l'une de l'autre des images rétiniennes, pour un œil privé d'accommodation, M. Badal passe successivement en revue la vision : *D*. des emmétropes presbytes ou non presbytes; *E*. des hypermétropes; *F*. des myopes; et enfin *G*. des opérés de cataracte. Il montre que ses conclusions sont applicables aux amétropies par anomalie du système réfringent.

De nombreuses méthodes, que l'on peut diviser en cinq groupes, sont mises en usage pour la mesure de la réfraction, de l'accommodation et de l'acuité visuelle. Dans le premier groupe rentre la méthode de Donders, par les échelles typographiques et les verres d'essai. Elle exige, pour arriver au but, une série d'épreuves longues et parfois difficiles, mais elle reste et restera certainement une des plus usitées. L'optomètre de Badal, qui fait partie du même groupe, présente des avantages, que malheureusement son auteur ne nous fait pas connaître dans le même travail. Il est permis au lecteur de regretter ce silence.

Les dernières leçons du livre sont également, soit cliniques, soit théoriques. Dans les premières, nous citerons des études sur les blessures de l'œil : les luxations du cristallin, la cataracte zonulaire, avec une formule nouvelle pour le diagnostic rétrospectif de la réfraction dans l'aphasie. Aux leçons théoriques ou mixtes appartiennent la diplopie paralytique, les considérations sur l'angle visuel et le point d'intersection des lignes de visée. M. Badal décrit un instrument, encore imparfait, construit sur ses indications, pour la détermination expérimentale de ce point. Deux tableaux : le premier pour le diagnostic différentiel des paralysies musculaires; le second pour la mesure de l'acuité et de la réfraction par la méthode de Donders, terminent l'ouvrage. Il est regrettable, nous pouvons le redire, que la disposition peu méthodique des leçons, n'éveille pas davantage l'attention du lecteur sur des travaux intéressants, traités avec la haute compétence du professeur d'ophthalmologie de la Faculté de Bordeaux.

Dr J. Chauvel.

Index bibliographique.

Etude sur la scarlatine chez les femmes en couches, par le docteur H. Legendre, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1881. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Existe-t-il une scarlatine puerpérale ou l'affection décrite sous ce nom n'est-elle qu'une scarlatine survenant pendant les suites de couches? Telle est la question que M. le docteur H. Legendre a choisie comme sujet de sa thèse inaugurale. Il passe tout d'abord en revue les opinions successivement émises concernant la scarlatine des femmes en couches, depuis les travaux de la fin du siècle dernier jusqu'aux recherches plus récentes de Guéniot, Hervieux, E. Besnier, Polaillon, Lesage. Il laisse clairement entrevoir dès le début les conclusions qu'il formulera en terminant et qui sont, à peu de choses près, celles de M. Raymond dans sa thèse d'agrégation sur la puerpéralité : la scarlatine puerpérale n'est qu'une scarlatine légitime, parfois modifiée dans son évolution par les conditions spéciales des malades qu'elle atteint. Les scarlatinoïdes puerpérales, décrites par Guéniot et Lucas-Championnière, ne sont *très probablement* que des scarlatines méconnues, irrégulières dans leurs allures. La thèse de M. H. Legendre renferme une consciencieuse étude clinique des différentes formes de l'affection scarlatineuse pendant les suites de couches et se termine par un chapitre consacré aux éruptions septicémiques, toujours symptomatiques d'un état général grave infectieux. Vingt-trois observations, dont douze inédites, servent de base à cet intéressant travail

VARIÉTÉS

Choléra. — Ce qui suit est emprunté à une *correspondance* en date du 29 novembre, publiée par le journal *le Temps* dans son numéro du 8 décembre.

On se rappelle les accusations portées contre le résident anglais d'Aden lors de l'apparition du choléra à la Mecque. On attribuait à son défaut de surveillance sur les arrivages des Indes, ou plutôt à son silence calculé, l'importation du fléau en Arabie. Or, il résulte d'une dépêche de ce résident lui-même à lord Dufferin (dépêche destinée à rester secrète) que le choléra a été importé à

Aden par le navire anglais *Colombian*, venant de Bombay avec un chargement de blé et de diverses marchandises à destination d'Aden, et 650 pèlerins se rendant à Djeddah. Le *Colombian* est arrivé à Aden le 31 juillet. Il a communiqué le choléra aux coolies occupés à son déchargement. Or, les précautions prises par l'autorité d'Aden se bornèrent à faire sortir le navire du port principal pendant trois jours, qu'on employa probablement à son débarquement et à le soumettre à quelques fumigations. Puis, ces autorités *laissèrent partir le Colombian pour Djeddah en lui délivrant une patente nette*, sans prévenir les pays menacés par le *Colombian* des faits graves qui avaient marqué le passage de ce navire à Aden.

Le choléra vient d'être signalé dans le Hadramant, la province du sud de l'Arabie, dont les côtes sont baignées par la mer formant entonnoir de l'île de Socotora au détroit de Bab-el-Mandeb, et qu'on désigne sous le nom de golfe d'Aden. La maladie a été constatée dans les trois centres de Bouroun, de Chehir et de Mahallah.

Cette année, une caravane comprenant 6682 pèlerins, et composée en majeure partie de Javanais, a devancé l'époque du pèlerinage à Médine (qui suit d'ordinaire celui de la Mecque), et s'y est rendue au commencement du mois d'octobre. Elle a perdu en route 367 pèlerins, et est arrivée à Médine avec 150 malades. Pendant les exercices de dévotion, qui ont duré neuf jours, jusqu'au 15 octobre, le choléra a fait 259 nouvelles victimes dans cette caravane, soit une perte totale du dixième des pèlerins.

CHOLÉRA. — Constantinople, le 13 décembre. Des avis officiels d'El-Wedj, en date du 8 décembre, disent que, dans les dix derniers jours, sur 3,340 pèlerins, il y a eu 15 décès, dont 21 cas de choléra et 12 de diarrhée suspecte. A la Mecque, en trois jours, sur 19 malades atteints, il y a eu 7 morts; à Djeddad, le 28 novembre, le choléra a fait 3 victimes.

BANQUET DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE. — Avant-hier 14 décembre, a eu lieu le banquet de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle sous la présidence de M. Rochard, ayant à ses côtés M. Fauvel et M. Cambon, secrétaire général de la Préfecture de police. La réunion était très nombreuse et comprenait la plupart des médecins, administrateurs, ingénieurs, chimistes, architectes et vétérinaires qui font partie de cette Société.

Après quelques paroles cordiales adressées par M. Napias, secrétaire général, à M. le Président, celui-ci a prononcé une courte allocution empreinte de cette éloquence chaleureuse qui lui est habituelle; il remercie d'abord le secrétaire général d'avoir fait ressortir l'esprit de solidarité inspiré à tous les médecins de la marine par la communauté de travaux, de souffrances et de dangers. Se félicitant d'avoir eu à diriger les débats de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler et du concours bienveillant qui lui a été constamment prêté : « Dans quelques jours, ajoute-t-il, je vous rappellerai tout ce que notre Société a produit, mais cette soirée n'appartient pas à la science, elle est toute à l'amitié et, pour répondre au toast de M. Napias, je bois à la Société de médecine publique et à tous ses membres, je bois à son passé dans la personne de MM. Bouley et Emile Trélat, mes éminents prédécesseurs, et à son avenir dans la personne de M. Brouardel, entre les mains duquel je vais prochainement abdiquer. »

Plusieurs toasts ont été ensuite portés par MM. Bouley, Brouardel, Dally, Emile Trélat, Cambon, Fauvel et Vidal.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — A partir du 1er janvier 1882, M. Le Fort à l'Hôtel-Dieu; M. Labbé à Beaujon; M. Benjamin Anger à Lariboisière; M. Terrier à Saint-Antoine; M. Terrillon prend le service de la Salpêtrière; M. Berger, chirurgien du Bureau central, devient titulaire et prend le service de Lourcine, et M. Terrillon, également du Bureau central, est nommé à Lourcine. (Voy. p. 808).

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours des prix des internes.* — Le concours vient de se terminer pour la 2e division (internes de 1re et de 2e année) par les nominations suivantes : Médaille d'argent : M. Thibierge; accessit : M. Chantemesse; première mention : M. Geffrier; deuxième mention : M. Berne.

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie vient de se terminer par les nominations suivantes : *Internes titulaires :* MM. Duflocq, Poupon, Beurnier, Marsau, Perrin, Courtade, Dayot, Thoinot, Feulard, Gomot, Didion, Ribail, Peltier, Dalché, Frémont, Ladroitte, Hartmann, Chatellier, Broca, Brossard, Queyrat, Morel-Lavallée, Morin (Georges), Ayrolles, Legendre (Paul-Louis), Bottey, Malibran, Gilles de Latourette, Hamonic, Durand-Fardel, Proust, Barral, Bettremieux, Doyen (Eugène), Marciguey, Bourdel, Jardet, Poupinel, Carron, Revilliod, Brodeur, Dauge, Boursier, Delotte, Rivet, Courbatieu, Deschamps, Jacquelot, Bidault, Monnier (Louis-François), Jocqs, Condoléon, Phocas.

Internes provisoires : MM. Lubet-Barbou, Roger, Barbier, Brunon, Chochon-Latouche, Renaut, Hallé, Wins, Salat, Lormand, Reissen, Braine, Dumoret, Bottez, Ambrezin, Costilhes, Buret, Notta, Gilly, Merigot de Treigny, Lancry, Dubief, Cayla, Rambaud, Ménétrier, Belin (Edmond), Bouttier, Clado, Toupet, Secheyron, Baudoin, Crespin, Barbilliod, Gouttière-Cachera, Duchon-Doris, Largeau, Bucquet, Aron, Schachman, Jeanselme, Vigneron.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer que M. le docteur L. A. Martin de Gimard, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir à Paris à l'âge de cinquante-sept ans. Ses obsèques ont eu lieu le 12 de ce mois.

MORTALITÉ A PARIS (49e semaine, du vendredi 2 au jeudi 8 décembre 1881). — Population probable : 1988806 habitants. — Nombre total des décès : 1039, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 8. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 53. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 56. — Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 5. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 70. — Bronchite aiguë, 43. — Pneumonie, 78. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 22; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110; de l'appareil circulatoire, 53; de l'appareil respiratoire, 69; de l'appareil digestif, 40; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 25. — Causes non classées, 10.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-HUITIÈME ANNÉE — N° 51 — 23 DÉCEMBRE 1881

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

A partir de l'année 1882, *la* Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie *donnera, dans le dernier numéro de chaque mois, un supplément de huit colonnes, destiné à rendre plus complète la revue des journaux et des livres.*

Paris, 22 décembre 1881.

Académie de médecine : la fièvre intermittente, la glycosurie et le traumatisme.

Après avoir élu *vice-président* pour l'année 1882 M. Hardy, qui l'a emporté de six voix sur M. Fauvel, prorogé par acclamation M. Bergeron dans les fonctions de secrétaire annuel, et élu membres du Conseil MM. Bernutz et Jules Lefort, l'Académie a entendu la réplique de M. le professeur Verneuil à MM. Le Roy de Méricourt et Léon Colin. Il ne pouvait plus guère s'agir que d'interprétations scientifiques, et l'orateur y a mis tout son talent si fécond et si ingénieux. Il a habilement profité de la difficulté qu'on éprouve à séparer nettement certains diabètes vrais de certaines glycosuries devenues permanentes; de l'insuffisance de renseignements statistiques recueillis en dehors des prévisions sur la question actuelle; enfin, des opinions émises par divers auteurs sur l'importance relative du gonflement du foie et de celui de la rate dans les fièvres d'origine miasmatique. Sur le fond de la thèse de M. Verneuil, l'expérience prononcera et nous sommes des premiers à reconnaître qu'il est très opportun de la consulter.

Le ponos de Spetza et d'Hydra.

(Fin. — Voy. le numéro 45.)

Anatomie pathologique. — Par diverses raisons, mais surtout par suite de l'opposition des familles, les autopsies sont rares à Hydra et à Spetza. Cependant M. Orlandos a bien voulu nous envoyer plusieurs pièces de divers viscères provenant d'un sujet de l'âge de sept ans, affecté de ponos, dans une famille qui avait déjà perdu deux autres enfants de la même maladie. L'examen en a été fait au microscope par M. Cornil, à qui nous exprimons nos vifs remerciements.

L'*autopsie*, non plus que l'*examen microscopique*, n'a révélé aucun phénomène de leucémie, ni d'intoxication paludéenne

FEUILLETON

La profession médicale il y a un siècle.

Replacer sous les yeux des médecins d'aujourd'hui les noms de ceux qui, il y a un siècle, étaient les premiers dans la profession, ou de ceux qui, vivant à cette époque, ont laissé un nom dans la science; retrouver la souche des familles qui, fidèles à leurs traditions, se sont perpétuées jusqu'aujourd'hui dans l'exercice de la médecine; donner, à l'occasion, une idée sommaire de l'organisation médicale du temps ou des charges dont nos prédécesseurs étaient investis; passer rapidement en revue les illustrations médicales de l'Europe au dix-huitième siècle, tel est le but de ce travail.

En l'année 1776 qui est le point de repère de nos recherches, l'exercice et l'enseignement de la médecine étaient régis par l'édit de Louis XIV de 1708. Cet édit était certainement plus libéral et plus protecteur tout à la fois que les lois ou les décrets qui l'ont suivi à travers nos révolutions.

Il est inutile de reproduire ses dispositions ou même l'énumération des nombreuses épreuves imposées aux candidats pour l'obtention des grades. On trouvera ailleurs ces renseignements, notamment dans l'intéressant travail de M. Corlieu sur l'ancienne Faculté de Paris. Il faut cependant remarquer que le soin, la solennité, les frais élevés même des actes probatoires, donnaient au nouveau docteur une haute idée de sa profession (1).

A Paris, l'élection du doyen de la Faculté avait lieu tous les deux ans avec apparat. Le gouvernement n'avait rien à voir dans la gestion de la Faculté, gestion qui embrassait les acquêts, les dépenses, le contrôle général; il reçut même à l'occasion plus d'un service de la corporation. C'est ainsi

(1) A Paris, les frais de réception au doctorat s'élevaient à 800 livres, somme considérable pour le temps; mais la Faculté avait des boursiers et exonérait des droits les sujets d'un mérite exceptionnel.

ni de tuberculose. En ce qui concerne la rate, sa capsule était très dense; elle-même était mamelonnée, et ses cloisons assez épaissies; elle n'a pas présenté ni de pigmentation notable, ni d'accumulation anormale de globules blancs. Signes de congestion et d'inflammation chronique du poumon droit; abcès ossifluents de la première côte droite, avec nécrose limitée de la même côte et pleurésie sèche dans la région correspondante; cirrhose commençante du foie (le malade ayant fait dans le cours de sa maladie abus de l'eau-de-vie); congestion des reins. Les ganglions bronchiques et ceux du ventre ont été trouvés, en général, normaux, quelques-uns un peu plus volumineux que de coutume. Rien au mésentère.

Les résultats de cette autopsie, quoique négatifs, sont néanmoins importants en ce qu'ils excluent à peu près certaines hypothèses qui paraissaient jusqu'à présent des plus plausibles (pseudo-leucémie, tuberculose).

Ajoutons que le sang a été examiné par M. Karamitsas chez deux petites filles : l'une de trois ans, souffrant depuis un an; l'autre de quatre, souffrant depuis plus de deux ans. M. Karamitsas a trouvé le nombre des globules rouges sensiblement réduits, tandis qu'il a constaté à peine quelques globules blancs.

Hypothèses sur la nature du ponos. — Comme les principales affections dans lesquelles la tuméfaction de la rate s'observe sont la leucémie, la pseudo-leucémie et le paludisme, ce sont ces affections qui se présentent d'abord à l'esprit quand on cherche la nature du mal.

La *leucémie* et la *pseudo-leucémie* ont, sans doute, bien des points communs avec le ponos; mais plus d'une raison nous porte à croire qu'elles en diffèrent au fond : 1° le fait que le ponos se rencontre exclusivement chez les enfants, tandis que la leucémie, rare dans les deux îles, s'observe de préférence chez les adultes; 2° la grande incertitude relative aux conditions qui amènent la leucémie essentielle, et, d'autre part, la grande précision de la plupart des conditions dans lesquelles le ponos se développe; 3° l'absence habituelle ou le peu de fréquence du gonflement des ganglions lymphatiques, et, quand le gonflement existe, sa coïncidence avec une scrofulose préexistante, des ulcérations des gencives, la gangrène, etc.; de sorte que, si le ponos était une leucémie ou une pseudo-leucémie, on serait forcé d'admettre l'existence presque exclusive, dans ces deux îles, d'une leucémie ou pseudo-leucémie sans localisations externes, ce qui est très peu probable; 4° l'absence de tout phénomène leucémique dans l'examen même microscopique de l'enfant autopsié; 5° la grande fréquence de la guérison, dans le ponos, sous l'influence des circonstances particulières dont nous avons parlé, tandis que la guérison, dans la leucémie et la pseudo-leucémie, est comparativement rare. Ajoutons encore contre l'hypothèse de la leucémie la non-augmentation du nombre des hémoglobules blancs dans les deux cas examinés par M. Karamitsas, bien que nous reconnaissions que, chez certains leucémiques, le sang ne fournit pendant longtemps que des signes négatifs.

Toutefois, le ponos présente plus de ressemblance avec quelques cas de pseudo-leucémie (?) observés par M. le professeur Cardarelli (de Naples), et sur lesquels il a fait une communication au Congrès médical de Gênes (septembre 1880). Voici le résumé de ces observations, d'après une analyse du *Morgagni* (octobre 1880) :

M. Cardarelli a observé chez des enfants une forme clinique dont les symptômes principaux étaient les suivants : tuméfaction plus ou moins considérable de la rate; troubles gastro-intestinaux et surtout diarrhée opiniâtre, accompagnés d'une cachexie progressive. Le mal présentait, dans certains cas, une marche chronique (de trois à quatre et même dix ans), avec une hydrémie excessive et une grande tuméfaction de la rate. Dans d'autres cas, il avait une marche aiguë, avec accès fébriles intermittents très analogues à ceux d'une fièvre paludéenne. Dans cette seconde forme la durée du mal était courte, et les enfants mouraient de la fièvre et de la diarrhée dans un état de cachexie profonde, et quelquefois avec des phénomènes typhiques ou avec les symptômes de purpura hémorrhagique. M. Cardarelli a observé que cette affection était quelquefois héréditaire dans certaines familles. Dans l'une d'elles, où un enfant mort et autopsié a présenté des phénomènes leucémiques du côté de la rate et du foie, sans une augmentation du nombre de globules blancs du sang pendant la vie, trois autres enfants étaient morts avec les mêmes phénomènes morbides. Cette affection a été observée quelquefois le premier mois après la naissance, mais le plus souvent dans le cours de la première année, soit chez des enfants qui paraissaient d'ailleurs sains, soit chez des enfants présentant des phénomènes de rachitisme. Rien de notable quant à l'état antérieur des parents, si ce n'est une certaine faiblesse de constitution chez quelques-uns d'entre eux.

Nous n'oserions dire que tous les cas décrits par M. Cardarelli soient susceptibles d'être réunis sous une même dénomination pathologique; mais nous ne regardons pas comme impossible que quelques-uns d'entre eux aient un étroit rapport avec le ponos.

---

qu'elle prêta sur quittance au roi Louis XIII, dans l'embarras, une somme de mille écus. Son indépendance était tellement respectée que Richelieu ne put lui faire recevoir deux médecins rejetés par elle. Dans l'affaire d'Urbain Grandier, malgré le grand cardinal et son sinistre agent Laubardemont, les docteurs commis par la Faculté, en dépit des menaces et des promesses, ne rendirent d'autre jugement que celui que leur dictaient leur conscience et leur raison, jugement qui, soit dit en passant, peut s'appliquer à toutes les aventures de ce genre survenues depuis : *Multa ficta, pauca vera, a dæmone nulla.*

La situation sociale des médecins n'était plus, à la fin du dix-huitième siècle, ce qu'elle était cent ans auparavant. Molière avait pu trouver dans l'esprit de routine et dans le pédantisme des médecins de son temps, pédantisme accusé par leur costume, leurs allures, leur langage, les éléments à l'aide desquels il composa les types comiques qui depuis deux siècles égayent la scène française. Au dix-huitième siècle il y avait d'autres ridicules à saisir, d'autres travers à flageller. Les médecins n'étaient plus des grotesques, ils étaient devenus des mondains. Mais laissons parler les témoins : « Au lieu d'un homme grave, au front sévère et pâle, pesant ses paroles en grondant, il aperçoit un agréable, parlant de tout autre chose que de la médecine, souvent étendant une main blanche, jetant une dentelle avec symétrie, parlant par saillies, et jaloux d'étaler au doigt un gros brillant » (Mercier, *Tableau de Paris*). Après le satirique qui ne connaît le grand monde que par ouï-dire, voici un personnage titré qui porte sur nos confrères ses contemporains, un jugement analogue en montrant la place qu'ils occupaient : « L'influence était étonnante que les principaux médecins exerçaient en ce temps-là sur leurs malades de la haute société et surtout sur les femmes. Je ne saurais comparer les sentiments de ces dames pour leurs médecins qu'à ceux que leurs grand'-mères avaient, à la fin du siècle de Louis XIV, pour leurs directeurs. Les médecins qui avaient cette vogue extraordi-

L'hypothèse de la *malaria* comme cause du ponos est rejetée par de nombreux médecins; la maladie même et les conditions dans lesquelles elle se développe témoignent, du reste, contre cette origine. Nous avons déjà dit que les deux îles d'Hydra et de Spetza sont très arides, et qu'il n'y a là aucune trace de foyer malarien. En outre, les vents et brises soufflant du Péloponnèse ne produisent des fièvres paludéennes que très rarement, chez des personnes couchant le soir en plein air (Xanthos [redacted]). La plupart des cas de fièvres palustres existant dans ces deux îles se rencontrent chez des personnes venant de pays paludéens ou qui ont visité le continent voisin. La salubrité des deux îles par rapport à la malaria est même si connue que plusieurs personnes souffrant de fièvres paludéennes opiniâtres viennent des contrées voisines dans ces îles, et surtout à Spetza (Orlandos), île agréable, et y trouvent leur guérison dans la pureté seule de l'air et l'éloignement de la malaria.

Mais la preuve que la malaria ne joue aucun rôle dans la production du ponos résulte encore de ce fait que, dans les nombreuses familles d'Hydriotes et Spetziotes demeurant depuis plusieurs années dans les pays plus ou moins marécageux, aucun cas de ponos n'y a été observé, d'après des témoignages de nombreux médecins.

Le docteur Jeannacopoulos avait considéré comme cause du ponos les exhalaisons d'un lac bourbeux (Ververontas) situé sur ce continent, à une distance de quelques milles. Cependant, outre que les îles de Spetza et Hydra sont presque exemptes de toute fièvre, la maladie ne se rencontre pas non plus dans la ville de Zanidi et le village Aseli, situés beaucoup plus près du lac. M. Orlandos, ayant visité Cheli, n'a pu découvrir chez les habitants si pauvres de ce village aucun cas de ponos, tandis qu'il a rencontré chez quelques adultes l'intoxication paludéenne ordinaire. On a dit aussi que la maladie a été observée à Leonidi, chef-lieu de Cynourie; mais, d'après les renseignements que nous a envoyés le docteur Palladios, qui y exerce la médecine depuis vingt ans, aucun cas de cette maladie n'y a été constaté.

On a attribué aussi à la maladie qui nous occupe une origine *syphilitique*, à cause de la fréquence relative de la syphilis dans ces îles, surtout à Hydra; mais cette hypothèse, comme on a déjà remarqué, est peu probable. Car les médecins du pays sont d'accord pour attester que très fréquemment aucun soupçon de syphilis ne peut atteindre les familles dans lesquelles se rencontre le ponos. La maladie n'est pas plus fréquente chez des enfants de marins (très sujets à la syphilis) que chez ceux des autres habitants des deux îles. D'autre part, les enfants atteints de ponos ne présentent que très rarement des signes de syphilis. D'ailleurs les enfants même de Spetziotes et Hydriotes en dehors de ces deux îles sont exempts de ponos.

Existe-t-il quelque relation entre le ponos et la *tuberculose?* Nous avons déjà dit que le mal s'observe pour la plupart des cas chez les enfants issus de parents cachectiques, surtout phthisiques. Les malades mêmes présentent assez fréquemment des phénomènes plus ou moins probables de tuberculose. Assez souvent après avoir échappé à la maladie, les sujets meurent de phthisie pulmonaire ou de mal de Pott, ou d'une tumeur blanche, etc. C'est même pour cela que presque tous les médecins du pays tendent aujourd'hui à considérer cette affection comme étant d'une nature tuberculeuse. Mais bien des raisons rendent cette hypothèse bien improbable. On sait qu'à l'âge d'un an, âge où le ponos est le plus fréquent, la tuberculose est relativement rare et qu'elle suit une marche aiguë. Il est aussi extrêmement peu probable qu'une maladie qui s'observe partout avec des formes vulgaires bien connues se présente dans ces deux îles sous une forme si étrange. Il faut ajouter encore l'existence exclusive de la maladie dans ces deux îles. Au Pirée, port d'Athènes, plus de 5000 Spetziotes et Hydriotes sont établis avec leurs familles, se mariant ordinairement entre eux, et vivant dans des conditions hygiéniques qui ne sont pas des meilleures. La phthisie pulmonaire continue à être fréquente parmi eux et surtout chez les femmes. Plusieurs familles hydriotes ayant déjà eu des enfants morts de cette maladie à Hydra, en ont perdu encore en y revenant du Pirée (Xanthos). Mais au Pirée même on n'a jamais connu un cas de ponos, à moins qu'il n'ait été importé d'Hydra ou de Spetza.

D'un autre côté, les raisons invoquées en faveur de la nature tuberculeuse de la maladie sont peu probantes. Les phénomènes de tuberculose ne sont pas constants, et quand ils existent, ils surviennent généralement dans une période avancée du mal dans des organismes déjà détériorés. La fréquence de la maladie dans des familles de phthisiques (1) ou chez des personnes qui deviennent plus tard phthisiques, ne démontre pas que celle-ci ait eu son origine dans la tuberculose. Ce qui reste seul vrai, c'est que le mal mine surtout les lymphatiques, et que des conditions ordinairement favo-

(1) La plus grande fréquence de ponos chez des enfants de phthisiques s'explique en partie par ce fait que la tuberculose est très fréquente dans ces deux îles.

---

naire étaient en très petit nombre, ce qui ne doit pas étonner lorsqu'on songe qu'ils devaient réunir à des talents reconnus dans leur art un esprit d'élite, la connaissance du cœur humain, l'usage du monde et des manières agréables » (Duc de Lévis, *Souvenirs et portraits*).

C'était, on le voit, une transformation complète du type fixé par Molière, type qui n'était que le portrait poussé jusqu'à la charge des médecins de son siècle. La cause de ce changement n'est pas difficile à trouver. D'une part, en effet, les doctrines philosophiques prédominantes au dix-huitième siècle avaient mis en grande faveur tout ce qui concernait l'étude de l'homme physique et ceux mêmes qui s'en occupaient. D'autre part, les idées nouvelles qui se faisaient jour avaient ouvert aux représentants les plus renommés de la profession médicale les boudoirs et les salons de la noblesse. « Vivant au milieu d'une société aristocratique, ils en avaient pris les grandes manières, et par leur science du monde, la dignité de leur tenue, non moins que par leur valeur professionnelle, ils savaient s'y faire respecter. Le commencement de notre siècle a vu les derniers types de ces médecins d'autrefois dans les Hallé, les Portal, les Demours, les Desessart. » Telle est l'appréciation que porte sur ceux, qu'en raison de son âge, il a encore pu connaître, un médecin lettré, aujourd'hui disparu, Réveillé-Parise.

I. — Les médecins a Paris.

En ce temps-là, cent quatre-vingt-dix docteurs composaient la Faculté de médecine de Paris. Son prestige, sérieux encore, avait été cependant successivement amoindri par l'émancipation des chirurgiens, par la création de l'Académie de chirurgie, de la Commission royale de médecine, de la Société royale de médecine, dont les fondements étaient jetés en l'année 1776. La Faculté n'était plus l'oracle indiscuté auquel les pouvoirs publics et les particuliers demandaient des avis. La création de la Société de médecine de Paris avait révélé

rables à la production des tubercules déterminent ici le ponos chez les petits enfants.

Nous sommes ainsi amené à examiner si l'on doit attribuer la genèse de la maladie à la nourriture, aux habitations, à l'eau et au sol.

En ce qui concerne les *aliments*, on peut les exclure avec certitude. La nourriture des enfants de ces deux îles ne présente aucune particularité; de plus, bien des enfants nourris seulement avec du lait maternel ont été affectés de ponos, ce qui n'empêche pas que la mauvaise nourriture ne constitue, ici comme ailleurs, une condition défavorable de la maladie.

Quant aux *eaux potables*, provenant surtout des citernes, il y a longtemps que le docteur Rœser, archiâtre du roi Othon, les a regardées comme la cause probable du mal. Le docteur Clados a objecté devant la Société médicale d'Athènes (1835, V. Γαληνὸς, t. I, p. 65) que les eaux potables sont pluviales, conséquemment toujours les mêmes, et que néanmoins le mal ne s'est montré à Spetza que depuis trois ans. On ne s'explique pas non plus dans cette hypothèse les très grandes variations de fréquence de la maladie, qui parfois même semble tendre à disparaître. Enfin celle-ci s'observe à Hydra même chez des familles qui font usage de l'eau de puits. Mais si l'influence des eaux potables ne joue pas ici le rôle d'une cause spéciale, il est possible qu'elle agisse quelquefois occasionnellement.

Quant au *sol* des deux îles, malgré leur sécheresse, leur grande différence au point de vue géologique et topographique (le sol d'Hydra abrupt et calcaire, le sol de Spetza plan et formé surtout de gompholithes), nous ne pouvons pas le mettre avec sûreté hors de cause.

Toutes les causes présumées étant ainsi réservées, on est amené à se demander si le ponos ne dépend pas d'une cause infectieuse et parasitaire. Bien des considérations portent vers cette idée : 1° le fait que les circonstances étiologiques communes sont impuissantes à engendrer la maladie ailleurs même chez des individus provenant des deux îles; 2° cette donnée générale de l'expérience que la plupart des maladies endémiques bien localisées relèvent des parasites ou de l'infection ; 3° le fait que la maladie s'observe dans les deux îles chez des personnes placées dans des conditions bien différentes, laissant difficilement supposer un groupe de conditions étiologiques propre exclusivement aux îles indiquées. Ainsi le mal s'observe, quoique avec une fréquence différente, chez les pauvres et chez les riches; dans des maisons grandes, exposées au soleil, bien aérées et non humides, et dans des maisons malsaines ; chez les personnes qui boivent de l'eau de citerne ou chez celles qui font usage d'eau de puits; dans des familles de gens exerçant les professions les plus diverses; enfin que les deux îles, comme on l'a vu, ont des constitutions géologiques différentes.

Toutefois, nous n'entendons présenter ici qu'une simple hypothèse.

Traitement. — Un traitement tonique et antipyrétique, l'éloignement des conditions anti-hygiéniques et leur remplacement par des conditions favorables, le tout appliqué de bonne heure, ont souvent produit de bons résultats. On a surtout observé l'excellente influence de l'abandon du lait d'une mère cachectique pour un autre plus convenable, de l'emploi de préparations de fer, de quinquina et de l'huile de foie de morue. Au début, l'usage de la quinine suspend ou diminue la fièvre assez fréquemment, ainsi que la tuméfaction de la rate, tandis que plus tard ce moyen est rarement efficace. En certains cas, cet ensemble de moyens a amené la guérison, même à une période avancée de la maladie.

Les bons résultats observés chez des malades qui avaient fait usage de vin et de liqueurs alcooliques ont encouragé quelques médecins à en permettre l'usage dans des limites modérées. Le docteur Orlandos (de Spetza) nous écrit que les cas de guérison qu'il a observés se sont présentés uniquement chez des enfants qui avaient fait usage de ces boissons, sans contester pourtant que ce moyen n'empêche pas toujours une terminaison fatale.

L'émigration est quelquefois salutaire.

Dr STÉPHANOS.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

DE L'UTILITÉ DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ÉTHER DANS LA PNEUMONIE ADYNAMIQUE, par le docteur H. BARTH, médaille d'or des hôpitaux.

(Suite. — Voyez le numéro 50.)

OBS. I. *Pneumonie du sommet; adynamie extrême; injections d'éther; guérison.* — Billon (Lazarette), âgée de quarante-huit ans, concierge, est apportée à l'hôpital de la Pitié le 6 octobre 1880, dans le service de M. Peter. Cette femme est d'un tempérament vigoureux, mais présente une sénilité précoce; elle paraît légère-

---

son « insuffisance » (1). Son esprit de domination et d'intolérance lui avait créé des difficultés sérieuses de la part des siens ou lui avait valu des attaques réitérées de la part des autres. Néanmoins, telle qu'elle était constituée, la Faculté était encore respectée et se respectait plus que ne le fait aujourd'hui le corps médical, si corps il y a. Elle était depuis un an installée mesquinement dans un local de la rue Jean-de-Beauvais, abandonné par l'Ecole de droit, pendant que l'Académie royale de chirurgie se faisait construire le bâtiment somptueux, pour le temps, où s'est abritée si longtemps la Faculté notre contemporaine. En 1776 Louis Alleaume était doyen, Bourru, bibliothécaire. Indépendamment des cours faits aux Ecoles de médecine par les professeurs officiels, les étudiants pouvaient en suivre d'autres publics ou gratuits. Au Jardin du Roi, Antoine Petit enseignait l'anatomie, Macquer la chimie, A. de Jussieu la botanique. Au collège de Navarre, Brisson, de l'Académie des sciences, maître de physique et d'histoire naturelle des Enfants de France, faisait toute l'année un cours de physique expérimentale. A la Prévôté, Lefébure de Saint-Ildephont donnait des leçons sur les maladies vénériennes; de même Gardanne en son domicile. Enfin des cours payants sur les diverses branches de l'enseignement médical offraient aux étudiants de précieuses ressources, si l'on en juge par le nom des professeurs. Portal, Vicq-d'Azyr, Pelletan, Ferrand enseignaient ainsi l'anatomie dans leurs amphithéâtres particuliers; Desault, Peyrilhe, Goubelly, la chirurgie; Alphonse Le Roi, Lebas, Lauverjat, les accouchements; Bucquet, Mirouart, Rouelle, Valmont de Bomare, Sigaud de la Fond, la chimie, la physique, l'histoire naturelle; le dentiste Botot, l'art dentaire.

Voici en outre, dans le personnel de la Faculté, les noms qu'il faut retenir. Je cite d'abord ceux que l'opinion publique plaçait alors au premier rang, ceux que depuis on aurait appelés les princes de la science : Bouvart, Bordeu, Lorry, Tronchin marchaient en tête.

(1) Le mot est de Mercier, *loc. cit.*

ment entachée d'alcoolisme; elle prétend n'avoir jamais été malade.

Le 1er octobre, en revenant du lavoir, elle a été prise subitement de frisson, de fièvre et d'un malaise général extrême; en même temps, point de côté violent à gauche. Les jours suivants, anorexie complète, soif vive, céphalalgie, insomnie, diarrhée abondante. Toux fréquente sans expectoration; dyspnée croissante.

A son entrée, le 6 octobre, elle a le facies fatigué; on constate une rougeur vive et bien limitée de la pommette gauche. La langue est blanchâtre, pâteuse. Dyspnée extrême. Resp., 64, courte et suspirieuse; pouls, 124, dépressible; temp., le soir, 40°,4. A l'auscultation, on trouve de la submatité au sommet gauche tant en avant qu'en arrière, avec des bouffées nombreuses de râles crépitants fins et un souffle bronchique profond perceptible aux deux temps de la respiration. — Potion Todd avec extrait de quinquina, 4 grammes.

Le 7 octobre. — Même état; le souffle tubaire, plus rude et plus superficiel, occupe toute la moitié supérieure gauche, en avant et en arrière; à droite, respiration soufflante. Rougeur persistante de la pommette. Pouls, 120; temp., 39°,4. Le soir : pouls, 120, petit; râles sibilants dans toute la hauteur des deux côtés; dyspnée excessive, pâleur de la face, adynamie complète; temp., 40°,2. — On pratique deux injections sous-cutanées d'éther, de 1 gramme environ chacune, au niveau des parois thoraciques.

Le 8 au matin. — Facies moins décomposé, dyspnée un peu moindre. La pommette gauche est maintenant pâle, la pommette droite est rouge. Encore du souffle tubaire et des râles sous-crépitants au sommet gauche; respiration bronchique et râles crépitants fins dans la moitié supérieure droite. Temp., 38°,7. — Nouvelle injection de 2 grammes d'éther. — Le soir, figure de nouveau plus fatiguée; pouls, 124; respiration suspirieuse; gros râles sous-crépitants et souffle tubaire sous les deux clavicules; en arrière, râles sibilants dans toute la hauteur. Langue sèche, absence complète d'expectoration; temp., 40°,3. — Injection d'éther, 2 grammes.

Le 9. — Etat général beaucoup meilleur : langue moins sèche; la rougeur des pommettes a entièrement disparu. Pouls, 90; respiration, 36. Râles nombreux sous les clavicules, mais le souffle tubaire a beaucoup diminué d'intensité; en arrière, respiration soufflante aux sommets; plus bas, râles sous-crépitants. Temp., 36 degrés. La faiblesse est toujours très grande. Injection d'éther, 2 grammes. — Le soir, mieux persistant; langue humide, respiration plus calme bien qu'un peu suspirieuse; toux moins pénible. Injection d'éther, 1 gramme. Temp , 36°,6.

Le 10. — La température est un peu remontée : 38°,8, mais le pouls reste bon; respiration plus calme. Langue humide: appétit un peu revenu; pas de diarrhée. Injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, temp., 39 degrés. Injection d'éther, 1 gramme.

Le 11. — L'état général s'améliore rapidement; les forces commencent à revenir; appétit bon; digestions régulières. — On cesse les injections d'éther. — Le soir, temp., 38°,8; sonorité en grande partie revenue aux deux sommets.

Le 12. — Toux fréquente et grasse; expectoration muco-purulente épaisse; encore des râles sous-crépitants de retour aux deux sommets, mais le souffle tubaire a entièrement disparu. Etat général satisfaisant; temp. le soir, 38°,7.

Le 13. — Temp.: le matin, 37°,6; le soir, 37°,8.

Le 15. — La convalescence continue régulièrement.

La malade a quitté l'hôpital le 30 octobre complètement guérie.

Ce fait qui remonte, comme on le voit, au mois d'octobre de l'année dernière, est le premier cas de pneumonie dans lequel nous ayons employé les injections d'éther. Nous y avons été poussé par la vue de la dépression profonde, menaçante, où cette malade était tombée dès le sixième jour de sa pneumonie, et par le souvenir des puissants effets de stimulation que nous avions obtenus par les injections d'éther dans une foule d'états graves. La rapidité et la continuité de l'amélioration qui a suivi notre tentative n'a pas peu contribué à nous encourager dans cette voie.

OBS. II. *Pneumonie gauche chez un alcoolique; état général grave; injections d'éther; guérison.* — Barussaud (Jean-Emile), vingt-quatre ans, charpentier, entre le 27 janvier 1881 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Brouardel. Cet homme est entaché d'alcoolisme; il a eu, en 1876, la fièvre intermittente à Rochefort, et quelques mois après une pleurésie gauche qui a guéri sans laisser de trace. Depuis lors, il s'est bien porté. Il y a douze jours environ (15 janvier), il s'est enrhumé, a toussé plusieurs jours, sans interrompre pour cela son travail. Vers le 21 janvier, frisson, fièvre et point de côté à gauche, qui est devenu de plus en plus intense; toux très fréquente et quinteuse; pas d'hémoptysies. Ces symptômes ont persisté en s'aggravant, et depuis ce moment il garde le lit. Inappétence complète; constipation.

Le 27 janvier, à son entrée, il a la face vultueuse, la langue très blanche et tous les signes d'un embarras gastrique prononcé. La toux est fréquente, quinteuse et pénible, l'expectoration muqueuse, aérée, presque sans viscosité. Dyspnée pénible; point de côté violent à gauche; à l'auscultation matité très prononcée dans la moitié inférieure gauche, avec abolition du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques tout à fait à la base; plus haut et vers l'aisselle, souffle tubaire intense, aigre, avec bronchophonie, râles crépitants et sous-crépitants nombreux. Dans toute la hauteur des deux côtés, gros râles ronflants disséminés. Temp., 38°,8.

Le 28. — Même état; point de côté toujours très violent. Temp., 39°,2. — Ipéca, 1,50. — Le soir, pas de soulagement. Temp., 41 degrés. — Huit ventouses scarifiées; pot. Todd et ext. de quinquina.

Le 29. — La pneumonie s'est beaucoup étendue : souffle tubaire et râles dans toute la hauteur du poumon gauche; un peu d'engouement à la partie moyenne du côté droit. Pouls, 120 assez petit; langue très blanche, un peu sèche; pas de diarrhée. Temp., 40°,8. — Vésicatoire; inject. d'éther, deux par jour. — Le soir, encore beaucoup de dyspnée et d'agitation; pouls, 132, mou; temp., 40°,4.

30 janvier matin. — Mieux très notable. Sonorité presque revenue à la base gauche; souffle tubaire localisé dans la fosse sous-épineuse; plus bas, râles crépitants de retour; encore un peu d'engouement à droite. Langue très sale, mais moins sèche; un peu de diarrhée. Pouls, 112; temp., 39°,6. — On continue inj. d'éther matin et soir. — Le soir, même état; temp., 39 degrés.

Bouvart, l'un des plus anciens, très recherché malgré sa rudesse apparente, voyait affluer principalement, dans sa maison de la rue de Richelieu, la finance, la magistrature, le clergé. Redouté pour son esprit caustique, il faisait à Bordeu une guerre acharnée qui donnerait de son caractère une fâcheuse idée si, d'autre part, on ne l'avait vu montrer une indépendance rare en refusant à Louis XV d'être son premier médecin; ce qui ne l'empêcha pas toutefois d'être anobli par lui et décoré du grand cordon de Saint-Michel. Par rang d'ancienneté venait après lui Lassone, le véritable fondateur de la Société de médecine, alors premier médecin en survivance de Louis XVI et de Marie-Antoinette, auxquels il ne devait pas survivre. Lorry, praticien savant et lettré, marchant de pair avec Bouvart et Bordeu, avait échappé par son caractère généreux et élevé aux inimitiés que rencontrèrent ses deux émules. Lieutaud occupait une grande situation sociale et scientifique par ses fonctions auprès de la famille royale et par ses ouvrages, bien oubliés aujourd'hui, quoiqu'ils fussent alors publiés en français, en allemand et en latin. Bordeu, l'intelligence médicale la plus élevée de ce temps, comptait ses clients à la cour et dans la haute noblesse; il habitait rue de Bourbon, chez le prince de Condé, dont il était conseiller médecin. L'estime publique plaçait auprès des hommes que je viens de nommer Pierre Poissonier, très recherché dans le grand monde pour son esprit et ses manières distinguées. En possession de hautes positions officielles ou académiques, il fut chargé d'une mission diplomatique secrète auprès de l'impératrice de Russie Elisabeth, et revint de Pétersbourg inscrit dans le *tchin* au rang des lieutenants généraux. A un rang moins élevé dans le classement professionnel établi par l'opinion, se trouvaient des hommes de talent qui ne faisaient alors que débuter dans la carrière, ou que la postérité a mis à leur vraie place. Les uns se distinguaient ou devaient se distinguer dans les sciences auxiliaires : Jean d'Arcet, Macquer, chimistes éminents, tous deux professeurs royaux; Geoffroy, naturaliste, auteur d'un poème latin sur

Le 31. — Le mieux continue; langue très chargée et pâteuse. Toux fréquente, plus facile; crachats abondants sans viscosité; resp., 32; pouls, 100; temp., 38°,2; peau moite. — On continue inj. d'éther deux par jour; pot. Todd et extrait de quinquina. — Le soir, temp., 39°,2; dyspnée encore assez vive.

Le 1er février matin. — La défervescence paraît achevée; temp., 37°,4; sueurs profuses cette nuit; ce matin, peau fraîche; pouls, 80, calme et régulier. Sonorité en grande partie revenue en arrière; pas de souffle; respiration sibilante mêlée de râles crépitants de retour. — Le soir, temp., 38°,5. Légère reprise de fièvre et de dyspnée; peau chaude; pouls, 80, tendu et dicrote; souffle tubaire et matité de nouveau assez marquée dans les deux tiers inférieurs du côté gauche. — Vésicatoire.

Le 2. — La rechute constatée hier semble avoir avorté: pouls, 68, calme et sans tension; temp., 37°,2. Le souffle a de nouveau disparu. — Le soir, temp., 38 degrés. Sonorité assez satisfaisante; respiration à peu près normale.

Le 3 matin. — Temp., 37 degrés. — Le soir, 37°,6.

Le 7. — Très bon état; la résolution est achevée.

Cette observation rappelle de très près la précédente: avec une pneumonie à début franc, à marche régulière et d'une étendue modérée, il s'est produit vers le sixième jour une adynamie très marquée, et le malade aurait probablement succombé avant la défervescence si on n'eût réussi à soutenir ses forces, d'abord par l'eau-de-vie, puis par les injections d'éther. Il est à remarquer que cet individu, quoique jeune, était déjà manifestement alcoolique.

OBS. III. *Pneumonie droite, puis gauche; adynamie extrême; injections sous-cutanées d'éther; guérison.* — Pauvert (Raphaël), vingt-six ans, ouvrier en futailles, entre le 12 mai 1881 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Brouardel. Cet homme, d'un tempérament assez chétif, a eu, il y a sept ans, une pneumonie dont la résolution a été très lente; on l'a cru atteint de phthisie; il s'est remis néanmoins au bout de six mois. Depuis cette époque, il s'est bien porté; pas de rhumatisme; pas d'alcoolisme apparent. Lundi dernier 9 mai, en s'éveillant, il a été pris d'un frisson suivi de fièvre avec point de côté à droite, nausées et vomissements, coliques et diarrhée. Les jours suivants, dyspnée croissante, toux et expectoration visqueuse, sanguinolente, beaucoup de céphalalgie.

Le 12 mai soir. — Etat à l'entrée : facies vultueux; pouls, 112; temp., 40°,1; battements du cœur tumultueux; à droite, en arrière, matité occupant les deux tiers inférieurs, souffle tubaire creux, quelques râles crépitants; les vibrations thoraciques sont perceptibles jusqu'en bas. Dyspnée marquée; point de côté et sensibilité à la pression dans l'hypochondre droit; toux fréquente, expectoration jaune, visqueuse, franchement pneumonique.

Le 13. — Temp., 40 degrés. Fièvre encore très intense ce matin; dyspnée excessive; crachats brunâtres, visqueux; matité complète dans toute la hauteur du côté droit; souffle tubaire intense et superficiel; pouls 116, dépressible; langue blanche; diarrhée. — — Huit ventouses scarifiées; julep kermès, 20 centigrammes. — Le soir, temp., 41 degrés.

Le 14 matin. — Temp., 40 degrés. Etat général très grave; dyspnée extrême; matité absolue à droite avec souffle tubaire rude, sec, presque sans râles; à la base gauche, légère diminution de l'élasticité, respiration rude presque soufflante et râles crépitants fixes. Faiblesse générale extrême; langue humide; la diarrhée continue. — Potion Todd; large vésicatoire. — Le soir, temp., 40°,4.

Le 15 matin. — Temp., 40 degrés; pouls, 132; resp., 48; dyspnée excessive; facies cyanosé; matité de bois dans la moitié inférieure droite; submatité et souffle tubaire doux à la base gauche; crachats brunâtres, non aérés, formés de fibrine à moitié liquéfiée. — Injection d'éther, 2 grammes. — Le soir, temp., 40°,2. Injection d'éther, 1 gramme.

Le 16 matin. — Temp., 39°,6. Encore beaucoup d'oppression; pouls, 116. Peu de modification des signes physiques, mais l'état général est plus satisfaisant, l'adynamie moins prononcée. Crachats très colorés, presque couleur jus de pruneaux, mais tenaces et visqueux. — Injection éther, 2 grammes. — Le soir, temp., 40 degrés. Même traitement.

Le 17 matin. — Cette nuit, sueurs abondantes, suivies d'une défervescence complète. Temp., 37°,2; pouls, 88; peau fraîche et moite; dyspnée beaucoup moindre; faiblesse encore extrême. Crachats toujours visqueux, d'un jaune opaque, moins foncés qu'hier. Matité encore très considérable à *droite*, dans les deux tiers inférieurs; respiration rude à la base; plus haut, souffle tubaire et râles crépitants de retour; à *gauche*, submatité avec résonnance tympanique; dans la fosse sous-épineuse, souffle tubaire doux avec quelques râles crépitants disséminés; plus bas, respiration nulle. Langue nette; un peu d'appétit; la diarrhée a cessé. — Injection d'éther, 2 grammes. — Le soir, temp., 38 degrés. Injection d'éther, 1 gramme.

Le 18 matin. — Quintes de toux violentes cette nuit; dyspnée encore extrême; temp., 36°,8; sueurs; moins de faiblesse. — Injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, temp., 37°,5. Même traitement.

Le 19 matin. — Etat général meilleur; moins de dyspnée; temp., 37°,8. — Injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, temp., 38 degrés; un peu d'appétit. On cesse les injections.

Le 20 matin. — Temp., 37°,2. Encore de la dyspnée quand le malade se remue; mais la matité diminue rapidement; le souffle tubaire n'est plus perceptible que dans une zone très peu étendue à la partie moyenne du côté gauche. Les crachats sont encore visqueux et colorés.

Le 23 matin. — Etat général très satisfaisant. Sonorité thoracique bonne; le souffle tubaire a entièrement disparu; l'embonpoint et les forces commencent à revenir.

Le 30. — La convalescence est achevée. Une injection d'éther, maladroitement faite à l'avant-bras, a produit une parésie des extenseurs de l'annulaire et de l'auriculaire gauches, sans troubles de la sensibilité : le mouvement d'extension des deux derniers doigts sur le métacarpe est faible et gêné; la contractilité électrique persiste. Cette paralysie, d'abord traitée sans grand succès par la faradisation, a disparu d'elle-même au bout d'un mois environ.

Ici, ce n'est point l'alcoolisme, mais le tempérament chétif du malade qui paraît avoir déterminé la gravité remarquable de la maladie : la pneumonie a occupé successivement les

---

l'hygiène; Paulet, l'adversaire du magnétisme et l'auteur d'un bon traité sur les champignons, réimprimé en 1855; les trois de Jussieu, logés ensemble au Jardin du Roi, où professait Antoine-Laurent à côté de son oncle Bernard. D'autres devaient conquérir dans l'histoire ou la littérature médicale une place honorable : tels étaient Barbeu, le polygraphe; Bosquillon, traducteur et commentateur distingué, *professeur royal en grec*, le Littré de l'époque; Hazon, l'historien de la Faculté; Lebègue de Presle, avocat au Parlement, censeur royal, traducteur fécond, ami de J.-J. Rousseau; Vicq-d'Azyr, l'une des gloires littéraires de la médecine, membre de l'Académie des sciences à vingt-cinq ans.

L'anatomie avait pour représentants dans les docteurs de la Faculté : Descemet, Bertin (le père du collaborateur de M. Bouillaud); Antoine Petit, l'un des bons professeurs du temps, bienfaiteur de la profession, qui ne crut pas déroger à la gravité doctorale en donnant deux comédies au théâtre. On peut encore citer parmi les *notables praticiens :* Andry, Maloët, qui devinrent médecins de Napoléon Ier; Baron, Roussille de Chamferu, tous deux médecins des armées, le premier avant, le second après la Révolution; Lemonnier, qui donna à Louis XVI, jusque dans la prison du Temple, les témoignages de la plus courageuse fidélité; Guillotin, honnête homme, fourvoyé plus tard dans la vie politique, et qui conçut une douleur profonde en voyant l'effroyable usage que la Révolution fit d'un instrument imaginé dans une pensée d'humanité; Desessarts, médecin des enfants, le dernier doyen de l'ancienne Faculté; Desbois (de Rochefort), qui ouvrit le premier à Paris, à l'hôpital de la Charité, des leçons cliniques; Lalouette, Gardanne, syphilographes médiocres; Bacher, Malouin, Majault, dont le nom a survécu dans les pharmacopées; Bajon, collaborateur de Daubenton, médecin voyageur qui fit connaître la Guyane; Dubourg, médecin lettré et polygraphe, l'ami, le correspondant et le premier traducteur de Franklin; Buchoz (de Metz), auteur de 300 volumes, dont pas un, dit Montfalcon, n'est au-dessus du médiocre.

deux côtés, sans atteindre une étendue très considérable, mais en produisant une sidération très rapide des forces. On remarquera la parésie des extenseurs de l'annulaire et du petit doigt, qui a succédé à une injection mal faite. Cet accident, dont nous avons observé un second exemple dans une autre circonstance, n'a pas présenté de gravité réelle, mais pour en éviter la répétition nous avons renoncé à faire les injections d'éther aux membres supérieurs, et nous les pratiquons maintenant toujours au tronc ou aux cuisses.

Obs. IV. *Pneumonie droite* a frigore; *état typhoïde; diarrhée. Injections d'éther; guérison.* — Tafoureau (Clément), dix-neuf ans, journalier, entre le 23 juin 1881 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Brouardel. Cet homme, habituellement bien portant, travaillait, lundi dernier 20 juin, sur la berge de la Seine, lorsqu'il fit un faux pas et tomba dans la rivière. Le soir du même jour, point de côté à droite, qui a augmenté rapidement d'intensité; fièvre; crachats rouillés; vomissements, diarrhée.

Le 23 juin soir. — Etat à l'entrée : facies coloré; peau chaude; pouls large à 112; temp., 40 degrés; langue très sale, d'un blanc laiteux; ventre plat, non douloureux. Douleur spontanée et à la percussion, au dessous et en dehors du mamelon droit; sonorité et respiration bonnes en avant; en arrière, submatité dans le tiers moyen, matité complète dans le tiers inférieur où on constate une respiration faible, devenant soufflante dans les grandes inspirations et accompagnée alors seulement de bouffées de râles crépitants fins. Dyspnée assez vive; crachats visqueux, rouillés, franchement pneumoniques. — Huit ventouses scarifiées.

Le 24 matin. — Etat général satisfaisant; nuit bonne. Ce matin, fièvre beaucoup moins forte; pouls, 100; temp., 38°,5. Matité bien limitée au tiers inférieur droit, avec faiblesse respiratoire sans souffle et diminution des vibrations, indiquant la formation d'un léger épanchement; urines non albumineuses, mais très riches en urée. — Lim. vineuse; julep diacode. — Le soir, temp., 40°,1.

Le 25 matin. — Depuis hier, fièvre intense : temp., 40 degrés. Etat général très sérieux ; dyspnée extrême; pouls à 114, large, ondulant; peau très chaude; sueurs abondantes; toux quinteuse exaspérée par les mouvements; crachats moins visqueux, de couleur brunâtre. Matité à droite et en arrière, remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate ; dans toute cette étendue, râles crépitants nombreux; souffle tubaire rude au tiers moyen, obscur, voilé, appréciable à l'expiration seulement dans le tiers inférieur; tympanisme skodique sous la clavicule droite. Langue très blanche; ventre ballonné; diarrhée typhoïde laissant des taches saumonées sur le linge. — Potion Todd, extrait de quinquina; injection d'éther, deux par jour. — Le soir, temp., 40°,5. Accablement extrême, qui diminue d'une manière marquée après l'injection.

Le 26 matin. — Etat général meilleur; dyspnée moindre : pouls, 108. Toux très quinteuse, exagérée par le moindre mouvement; matité occupant toute la hauteur du côté droit en arrière; souffle tubaire franc, rude au sommet, avec râles crépitants nombreux, un peu plus étouffé à la base. Tympanisme skodique très marqué en avant. Langue toujours très blanche; moins de diarrhée. Temp., 39°,5. — Même traitement. — Le soir, temp., 40°,1.

Le 27 matin. — Pouls, 104 dicrote ; temp., 39 degrés. Etat général très satisfaisant; moins de faiblesse et de dyspnée; toux moins fréquente; crachats toujours très rouillés et visqueux. Les signes physiques du côté de la poitrine se modifient peu. — Même traitement. — Le soir, temp., 39°,4.

Le 28 matin. — Défervescence à peu près complète; temp., 37°,4. Pouls, 92, bon. Matité moins absolue; le souffle tubaire ne s'entend plus que dans la fosse sous-épineuse ; râles crépitants de retour dans le reste de la hauteur. Langue toujours sale; pas de diarrhée. Crachats blanc jaunâtre, opaques. — On cesse les injections d'éther. — Le soir, temp., 37°,8.

Le 29 matin. — Le même état continue; pouls, 84; peau fraîche; dyspnée presque nulle; crachats encore visqueux, mais incolores, aérés. La sonorité commence à revenir dans toute la hauteur du côté droit; langue moins sale, un peu d'appétit; pas de diarrhée. Temp., 37 degrés. — Le soir, temp., 39°,2. La pneumonie continue à se résoudre rapidement.

Le 30 matin. — La petite exacerbation fébrile constatée hier au soir n'a été accompagnée d'aucun symptôme fâcheux. Etat général satisfaisant.

Le malade quitte l'hopital le 10 juillet, entièrement guéri.

Chez ce malade, la pneumonie qui, au début, paraissait simple, a pris vers le sixième jour un caractère typhoïde; il est survenu de la diarrhée, du ballonnement du ventre et un accablement excessif. Ici encore, les injections d'éther ont eu un résultat rapide et très favorable. Après chaque injection, on voyait le pouls prendre plus de force et de régularité, les respirations devenir plus amples, et le malade sortir de sa torpeur. Ces résultats bienfaisants ne manquent d'ailleurs presque jamais, ils sont aussi rapides qu'évidents, et quelques instants d'observation suffisent pour les constater. Pour nous, qui avons suivi attentivement les cas, l'utilité décisive de cette stimulation répétée ne fait pas doute, et nous sommes convaincu, comme nous le disions en commençant, que ce traitement a sauvé la vie des malades en soutenant leurs forces jusqu'au moment de la défervescence.

A côté des pneumonies dont l'évolution est régulière, et qui, tendant naturellement vers la guérison, ont un cycle défini, on en voit d'autres affecter dès le début une marche plus insidieuse, frapper souvent les deux côtés à la fois, ou se prolonger avec des retours offensifs bien au delà du temps normal. Dans les cas de ce genre, on observe souvent une fausse défervescence, c'est-à-dire que la température, après s'être abaissée brusquement aux environs du huitième jour, remonte, comme si la pneumonie reprenait à nouveau, et elle reprend, en effet : l'élimination commencée des exsudats s'arrête, l'inflammation reparaît dans des points qu'elle semblait avoir abandonnés, et souvent une pleurésie, dénommée avec raison post-pneumonique, vient se surajouter à la maladie première.

Ces pneumonies sont incomparablement plus graves que les autres, en raison d'abord du mauvais terrain sur lequel elles évoluent, puis des dangers sans cesse renaissants qui

---

A la suite des 190 docteurs, dont 178 seulement résidaient à Paris, étaient inscrits 6 bacheliers gagnant licence, parmi lesquels se trouvait Sigault, l'inventeur et le bruyant défenseur de la symphiséotomie. Enfin, en dehors de la Faculté et de la vie professionnelle, Ribeiro de Sanchez, après avoir longtemps parcouru l'Europe, vivait depuis trente ans dans la retraite avec la réputation d'un érudit de premier ordre, sachant toutes les langues, connaissant tous les savants de l'époque.

II. — Les chirurgiens a Paris.

La longue mésalliance de la chirurgie et de la barberie n'avait définitivement pris fin qu'en 1743, époque à laquelle Lapeyronie, premier chirurgien de Louis XV, avait, par son caractère, par son talent, acquis auprès du souverain un crédit qu'il employait à relever la chirurgie de l'état de subalternité dans laquelle elle était maintenue jusque-là. Les chirurgiens, toujours exclus des Universités et des Facultés, avaient encore à soutenir avec les médecins des querelles relatives à la police des dissections, à la présence obligatoire de leurs rivaux aux réceptions en chirurgie, à l'hommage annuel à rendre à la Faculté, etc.; le roi, le parlement étaient tour à tour appelés à trancher leurs conflits de préséance ou de prééminence. Mais dans ces querelles, qui se rapetissaient sur les petits théâtres et descendaient jusqu'aux injures (Rennes, 1717), l'opinion publique ne donnait pas raison aux prétentions surannées et jalouses des docteurs. Depuis 1743 jusqu'en 1776, le roi avait conféré successivement la noblesse à cinq chirurgiens : Lamartinière, Morand, Pibrac, Puzos, Lecat. Le temps n'était plus où la Faculté de Paris pouvait s'opposer, devant le parlement, à ce qu'un J.-L. Petit fît un cours de chirurgie théorique, et l'autorité royale multipliait les chaires de chirurgie aux titulaires desquels les Facultés pouvaient refuser le titre de *professeurs*, sans que cela tirât à conséquence. Ces *démonstrateurs royaux* recevaient 500 livres de traitement, tout comme les professeurs adjoints.

résultent non seulement de la prolongation exagérée du mouvement fébrile, mais encore du temps d'arrêt et même des rechutes qui surviennent pendant la période de résolution. Dans les pneumonies ainsi aggravées, les méthodes antiphlogistiques, évacuantes, contre-stimulantes, ont rarement l'occasion d'être appliquées; elles deviennent même rapidement dangereuses en raison de la dépression profonde dans laquelle tombent les malades, et c'est à la stimulation, aux toniques, qu'il faut presque tout de suite avoir recours. La médication alcoolique est presque toujours employée dans les cas de ce genre, et elle l'est souvent avec succès, mais trop fréquemment elle reste vaine, soit que l'alcool n'agisse pas assez rapidement, soit que les répugnances du malade ou le mauvais état du tube digestif empêchent de l'administrer à dose suffisante. C'est alors que les injections d'éther constituent une très précieuse ressource : quel que soit l'état du malade, le degré d'adynamie ou même de coma, elles peuvent toujours être administrées, le médecin en peut graduer à volonté l'emploi, enfin l'effet en est aussi rapide que sûr et se traduit presque toujours par une atténuation au moins momentanée des symptômes les plus graves.

Sur les six cas appartenant à ce groupe, que nous avons eu occasion d'observer, quatre d'une gravité incontestable ont été amenés heureusement à guérison; quant aux deux autres qui ont été suivis de mort, le lecteur verra que cette terminaison malheureuse peut être attribuée sans invraisemblance pour l'un (obs. IX) à l'emploi trop tardif du traitement, pour l'autre (obs. X) au caractère infectieux de la maladie.

OBS. V. *Pneumonie double; menace d'asphyxie; injections d'éther; guerison.* — Vidal (Adèle), cinquante-quatre ans, entre le 10 janvier 1881 à l'hôpital de la Pitié (service de M. Brouardel). Cette femme, d'une vigueur moyenne, dit avoir eu dans sa jeunesse une affection de poitrine qui aurait duré deux ans; depuis lors, elle s'est toujours bien portée.

Jeudi dernier, 6 janvier (jour de dégel), comme elle revenait d'une longue course à pied, elle a éprouvé une sensation de froid, bientôt suivie de point de côté à droite, fièvre, dyspnée, toux fréquente et expectoration teintée de sang. Les jours suivants, anorexie; constipation. Fièvre et dyspnée croissantes; céphalalgie extrême. Depuis hier, point de côté à gauche.

Le 10 janvier soir. — Etat à l'entrée: pommettes rouges; pouls, 100 tendu; temp., 38 degrés. Langue blanche; dyspnée extrême; point de côté à gauche; crachats abondants, peu colorés mais très visqueux. A l'auscultation : en avant, respiration puérile des deux côtés; en arrière, à droite, sonorité diminuée dans toute la hauteur, surtout vers la fosse sous-épineuse; à la base, respiration avortée, râles sous-crépitants fins, mal dessinés; vers le sommet, souffle tubaire rude et intense; à gauche, tympanisme léger du côté de l'aisselle et râles crépitants secs, fins et nombreux. La malade est très débilitée; ses extrémités sont froides et le danger paraît imminent. — Six ventouses scarifiées sur le côté gauche; potion ipéca, 1 gramme; potion cordiale; injection d'éther 1 gramme.

Le 11 matin. — Dyspnée toujours très forte; pouls, 104; temp., 38°,4. Signes physiques comme hier soir; pas de délire. — Quarante ventouses sèches; injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, face très vultueuse; dyspnée extrême; pouls, 96, inégal; temp., 38°,8. Céphalalgie intense; respiration pure en avant; en arrière, souffle tubaire persistant dans les deux tiers supérieurs du côté droit; à gauche, matité prononcée remontant jusque vers la fosse sous-épineuse; souffle tubaire très aigu dans l'aisselle, plus lointaine à la base; broncho-égophonie. — Injection d'éther, 1 gramme.

Le 12 matin. — Du côté gauche, souffle tubaire intense sans râles, remontant jusqu'à l'épine scapulaire; à droite, souffle dans les deux tiers supérieurs; expectoration très difficile. — Vésicatoire; injection d'éther, deux par jour. Temp., 39 degrés. — Le soir, état général un peu meilleur, mais les signes physiques se modifient peu; dyspnée toujours excessive. Temp., 39 degrés.

Le 13 matin. — Pouls, 112; resp., 68, très superficielle et haletante. A droite, le souffle tubaire se localise au sommet et est remplacé plus bas par de gros râles sous-crépitants; à gauche, souffle toujours très intense localisé dans l'aisselle; plus haut, respiration assez pure. Langue un peu sèche; ventre ballonné; constipation. Temp., 38°,8. — Vésicatoire à gauche; lavement glycériné; injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, dyspnée toujours extrême; pouls, 120; resp., 72; temp., 40°,2. A gauche, souffle tubaire toujours très intense dans les deux tiers inférieurs; à droite, beaucoup de râles sous-crépitants et sibilants; adynamie marquée. — Injection d'éther, 1 gramme.

Le 14 matin. — Défervescence rapide cette nuit: temp., 38 degrés. Même traitement. — Le soir, temp., 37°,5; pouls, 86. Dyspnée encore très grande : resp., 52, mais moins d'adynamie. La matité et le souffle tubaire persistent dans toute la hauteur du côté gauche; à droite, respiration rude sans souffle et râles sibilants nombreux. Langue bonne; ventre ballonné; constipation. — Injection d'éther, 1 gramme.

Le 15 matin, temp., 38°,2. — Le soir, temp., 38°,8; de nouveau, plus de fatigue et d'oppression. Resp., 68; sensation de gêne et de tension dans les hypochondres. — Continuation d'inj. d'éther, deux par jour.

Le 16 matin. — Facies bon; temp., 37°,6; pouls, 88; resp., 60. Depuis hier, point de côté très violent à droite, cependant la sonorité est bonne, et il y a peu de râles de ce côté; à gauche, matité toujours très dure à la base et souffle rude dans l'aisselle; râles ronflants très nombreux en avant. — Même traitement. — Le soir, temp., 38 degrés.

Le 17 matin, temp., 37°,8. — Le soir, temp., 38 degrés. Respiration beaucoup plus facile; langue humide, encore un peu blanche; pas de diarrhée; l'adynamie a disparu. — On cesse les injections d'éther.

Le 18 matin, temp., 37°,6. — Le soir, temp., 37°,5.

Du 20 au 25 janvier, une petite pleurésie post-pneumonique se développe du côté gauche et vient entraver la convalescence. Du 25 janvier au 15 février, la résolution se fait lentement, et la malade sort guérie le 20 février.

L'étendue considérable de la pneumonie dans ce cas, l'en-

En 1776, la chirurgie était pratiquée à Paris par 223 maîtres, qui composaient l'Académie royale de chirurgie, et par 113 chirurgiens privilégiés. Les maîtres et les officiers de la famille royale jouissaient seuls du droit d'exercer publiquement et complètement la chirurgie; leurs veuves héritaient de ce droit, qu'elles pouvaient céder, à titre de privilège, aux chirurgiens de second ordre. Ceux-ci n'avaient point fait l'apprentissage et subi les épreuves requises pour les maîtres; ils ne pouvaient pratiquer les opérations graves sans leur avis ou leur assistance. Ils devaient enfin, pour être admis à l'exercice de l'art, être agréés par le premier chirurgien du roi ou par son lieutenant en province. Ces conditions constituaient, comme on le voit, un ordre inférieur de praticiens fort analogue aux officiers de santé.

L'Académie de chirurgie avait pour président messire Pichault de la Martinière, conseiller d'État, chevalier de l'ordre du roi, premier chirurgien de Sa Majesté, chef de la chirurgie du royaume, en cour; et pour le suppléer sur le fauteuil présidentiel, Andouillé, premier chirurgien du roi en survivance. A Lamartinière était attaché comme secrétaire officiel un avocat au Parlement nommé Leblond d'Oblen. Le directeur de l'Académie était Bordenave, professeur au Collège royal de chirurgie; le vice-directeur, Dufouart, chirurgien-major des gardes françaises; Louis, le plus éminent, sinon le plus réputé des chirurgiens du temps, était secrétaire perpétuel. Docteur en droit, avocat au Parlement, professeur royal aux écoles de chirurgie, inspecteur des hôpitaux militaires, Louis avait reçu de la Faculté de médecine un honneur accordé pour la première fois par elle, le grade de docteur, sans avoir eu à subir de thèse ou d'examens. L'illustre chirurgien commençait, dans notre pays, cette suite glorieuse d'historiens de notre profession continuée par Vicq-d'Azyr, Pariset, F. Dubois (d'Amiens), J. Béclard. Peyrilhe (de Toulouse), qui entrait en 1776 en possession de la huitième chaire créée aux écoles de chirurgie, était *commissaire pour les extraits;* Sabatier l'était pour les correspondances.

vahissement presque simultané des deux côtés, la débilitation rapide de la maladie, tout indiquait un danger pressant; une fois la défervescence obtenue, la résolution de la pneumonie a été longue, et le développement d'une pleurésie gauche a ramené plusieurs fois la fièvre; cependant la malade, en dépit de ses cinquante-quatre ans et de son tempérament peu robuste, a pu sortir complètement guérie au bout de sept semaines.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

De la réunion primitive des tissus divisés par le thermocautère.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

Mon cher et très honoré confrère,

Votre très intéressante observation de *Réunion immédiate après emploi du thermocautère* (*Gazette hebdomadaire*, 15 novembre 1881) a réveillé dans mon esprit une idée, dont je ne connais pas encore au juste la valeur, mais qui m'a semblé trouver dans ce fait une confirmation.

Vous n'avez pas essayé d'expliquer cette réunion, anormale à première vue; c'est cette explication que je voudrais tenter en énonçant cette idée qui me hante. Elle m'a été suggérée par un des procédés de la méthode antiseptique pour obtenir la réunion primitive.

Tout le monde a remarqué la teinte blanchâtre que produit soudainement la solution forte d'acide phénique dont on arrose largement la plaie. Il n'est pas douteux qu'elle ne soit due à la causticité de ce liquide, qu'attesteraient encore au besoin la désagréable impression et les effets tout particuliers ressentis par les mains des opérateurs. En y réfléchissant donc, on arrive à constater, comme dans votre cas du thermocautère, que le premier soin du chirurgien qui cherche la réunion par première intention est de cautériser la plaie, alors que la cautérisation devrait être contraire à cette même réunion.

Il m'a semblé depuis longtemps qu'il y aurait une série de recherches à faire à ce sujet, et voici, je crois, mais *à priori*, comment on pourrait l'expliquer : les caustiques que l'on emploie ainsi, toujours dilués d'ailleurs, doivent produire à la surface de la plaie, non une destruction, mais une coagulation sur place des éléments albuminoïdes, et ceux-ci, la couche ainsi produite étant très mince, doivent être résorbés, digérés pour ainsi dire, en fort peu de temps par le tissu vivant et proliférant sous-jacent. Il est clair que j'entends ici par *destruction*, non la mortification, mais la destruction chimique, la décomposition.

Quand je dis que ma conception est toute théorique, ce n'est pas exact, car alors je n'oserais pas la produire. En effet, d'après les expériences de mon maître, M. Th. Anger (Th. agrégation, Paris, 1869), un autre caustique, le chlorure de zinc, ne détruit pas les éléments anatomiques, mais respecte leur forme et leur constitution, et probablement agit par coagulation. Or, le chlorure de zinc est employé par beaucoup de chirurgiens de la manière que je disais tout à l'heure pour l'acide phénique et en solution réellement concentrée. L'acide phénique est certainement, lui aussi, un coagulant, et il est à remarquer qu'il en est de même de *toutes* les substances dites antiseptiques. On sait aussi que certaines eschares peu profondes sont plutôt résorbées qu'éliminées. D'autre part, je ne sache pas qu'on ait jamais obtenu ces résultats et cherché la réunion immédiate avec des solutions de caustiques réellement et essentiellement destructeurs, tels que la potasse, par exemple.

Quelles sont les substances qui produisent cette coagulation sans destruction (acide phénique, chlorure de zinc, perchlorure de fer, alcool, etc.), à quel degré de concentration elles peuvent être employées, voilà ce qu'il faudrait déterminer pour le plus grand bien de la pratique chirurgicale; et en regard, comment elles favorisent la réunion, si c'est en empêchant l'absorption des germes, en retardant la formation du pus, etc. Je le répète, il y a là matière à d'intéressantes expériences, dans lesquelles je pourrais bien être devancé par un chercheur à qui seraient plus faciles les expériences de laboratoire, car je m'étonne qu'elles n'aient pas été déjà faites.

Mais je reviens à votre observation. J'y vois une confirmation de l'idée qui précède, car le thermocautère peut produire les deux espèces de cautérisation dont je parlais tout à l'heure, la destruction et la coagulation. Inutile de démontrer que la coagulation, sorte de coction, sera facilement produite par le cautère actuel; quant à la destruction, elle est attestée par la présence du charbon.

Or, le tissu cellulaire, par suite de la laxité de ses éléments, peut, il me semble, être facilement débarrassé des particules de charbon par le lavage répété, le frottement des éponges; il n'a pas d'ailleurs été profondément atteint par le feu, un long contact du cautère n'étant pas nécessaire à sa division. Le charbon parti, reste une mince couche coagulée qui sera digérée.

Il n'en serait plus de même sur un tissu plus compact, et si vous eussiez tenté la réunion de la peau, sans nul doute vous eussiez échoué, et cela, je pense, pour deux raisons. C'est que, dans un tissu plus serré, les molécules de charbon sont

---

Déjà en possession de la renommée, membre de l'Académie des sciences, Sabatier avait succédé à son beau-père Morand comme chirurgien-major de l'hôtel des Invalides, où il demeurait; il avait de plus une chaire aux Écoles de chirurgie. Goursaud, professeur comme les deux précédents, était le trésorier de l'Académie, et Dubertrand son bibliothécaire.

L'organisation de la Compagnie se complétait par un comité perpétuel et par un conseil adjoint composé de quarante maîtres, par une liste d'associés étrangers et d'associés regnicoles, que nous retrouverons plus tard en leur lieu et place. D'autres chaires de chirurgie étaient occupées par Brasdor, Henry Didier, Ferrand; par Lafaye et Hévin, deux classiques de la chirurgie enseignante; par J.-J. Sue, anatomiste distingué. C'est lui qui avait donné son nom à la traduction du *Traité d'ostéologie* de Monro, pour les gravures duquel la présidente d'Arconville avait dépensé 22000 livres rare exemple de libéralité en ce temps-là comme au nôtre. Tenon, savant laborieux, philanthrope éclairé, dont le nom est resté attaché à la réforme des hôpitaux, était aussi titulaire d'une chaire de chirurgie.

L'étude de l'anatomie ne se faisait point sans difficulté. Pour avoir des cadavres, l'anatomiste devait s'associer aux fossoyeurs; les élèves, à défaut d'argent, escaladaient les cimetières, volaient les corps déposés et ensevelis la veille. En hiver, les cadavres coûtaient 10 à 12 francs à l'anatomiste en chef qui les revendait 25 à 30 francs à ses élèves. L'Hôtel-Dieu refusant d'en livrer, on les achetait à la Salpêtrière ou à Bicêtre, on les volait à Clamart. Les corps de ceux qui avaient « passé par les grands remèdes » servaient à la dissection publique dans les amphithéâtres (Mercier, *loc. cit., passim*). Le Collège des chirurgiens avait un hôpital de 22 lits pour l'enseignement clinique : 800 auditeurs suivaient ses cours. Au nombre des maîtres se trouvaient les hommes dont les noms suivent, et qui, à des titres et à des degrés divers, ont occupé ou occupent encore dans la science une place qui ne permet point de les passer sous silence.

beaucoup plus difficiles à chasser; elles restent là à titre de corps étrangers inorganiques, et ensuite, c'est parce que la plus grande résistance du tissu nécessite une plus longue action du feu d'où une eschare trop épaisse pour être résorbée en un temps assez court.

J'estime que ma pensée se dégage suffisamment de tout ce que je viens de dire, et ma conclusion tient dans l'aphorisme suivant : une mince couche mortifiée à la surface d'une plaie, sans destruction chimique, n'empêche pas et très probablement favorise la réunion immédiate.

En attendant des faits convaincants, recevez, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments cordiaux et dévoués.

Dr Cerné,
Chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen.

RÉPONSE

Depuis la publication de mon article, j'ai fait une expérience nouvelle; voici dans quel cas et quel résultat j'ai obtenu :

Il s'agissait d'une tumeur développée dans l'épaisseur du triceps huméral; nous avions diagnostiqué un kyste hydatique et l'ouverture de la poche nous a prouvé l'exactitude de notre prévision. La peau a été divisée dans une étendue de 8 centimètres, selon le plus grand diamètre de la tumeur; puis le tissu cellulaire, l'aponévrose, le muscle ont été sectionnés, toujours avec le thermocautère. Nous avons ruginé la cavité, enlevé toutes les fausses membranes et transformé le kyste en une surface saignante; de petites artérioles donnaient très activement; leur lumière a été cautérisée par le platine rougi et la petite hémorrhagie s'est arrêtée.

Un fort tube a drainé profondément la plaie et nous avons pratiqué la suture. Sept fils de catgut ont été placés avec l'aiguille de Reverdin à près de 1 centimètre l'un de l'autre. Nous avons eu recours au pansement de Lister; une certaine compression a été faite sur les muscles pour éviter leur contraction et les déplacements que ces contractions pourraient exercer sur les tissus mis au contact.

Au bout de quarante-huit heures, le premier pansement a été enlevé; la plaie était en excellent état; nous avons cru pouvoir sectionner les fils de catgut, bien qu'il n'y ait point urgence; les tissus n'étaient nullement tendus. Le tube fut raccourci. Nouvel appareil de Lister levé de nouveau au bout de quarante-huit heures.

Voici ce que nous avons constaté alors; deux fils avaient cédé, le premier et le dernier; les cinq fils intermédiaires avaient parfaitement tenu et la réunion profonde était parfaite; nous disons profonde, car il existait un petit sillon rougeâtre, un peu saignant et qui prouvait que, si les faces mises au contact par nos sutures s'étaient réunies solidement, il s'était fait sans doute une légère mortification superficielle qui se traduisait par l'élimination d'un tout petit liséré dermique.

Il serait peut-être encore plus exact de dire : les sutures faites en plein tissu avaient mis au contact les faces musculaires divisées, le tissu cellulaire et le derme proprement dit. Les muscles, le tissu cellulaire, les parties les plus profondes du derme s'étaient unies et non la couche la plus superficielle, celle qui correspond aux papilles.

Inutile de dire que le malade a largement bénéficié de cette suture; que le huitième jour, les tubes étaient supprimés et que, douze jours après l'opération, il ne restait qu'une double petite plaie superficielle large comme un ongle aux deux extrémités de l'incision et unies l'une à l'autre par une petite traînée rougeâtre, exulcérée de 2 millimètres.

J'ajouterai que M. Terrier, à qui je parlais de ces cas, m'a dit avoir observé, il y a un an, un fait analogue; après une division sur les téguments de la paupière, je crois, il fut fort étonné de constater une réunion immédiate qu'il n'avait point cherché à obtenir et qui s'était faite spontanément.

En résumé donc, je crois pouvoir conclure de mes deux expériences que l'emploi du thermocautère n'est pas, comme on semblait le croire jusqu'à présent, une contre-indication formelle à la recherche de la réunion immédiate; cette réunion peut être tentée, et — nous l'avons vu — elle peut réussir.

Paul Reclus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Sur l'influence que la choroïde exerce sur l'acuité de la vision. Note de M. *Fano*. — Pour démontrer l'influence que la choroïde exerce sur les fonctions de la rétine, il faut étudier l'état de la vision chez les sujets atteints d'*atrophie choroïdienne*, lésion facile à reconnaître par l'examen ophthalmoscopique. Dans l'état normal, un sujet ne distingue pas seulement à la distance dite de la *vision distincte*, il voit encore en deçà et au delà de cette distance. C'est ce qu'on appelle *étendue en longueur de la vision distincte*. Cette étendue varie elle-même suivant l'acuité de la vision. L'auteur a recherché, sur une série de sujets atteints d'atrophie choroïdienne, l'étendue en longueur de la vision distincte pour les divers caractères de l'échelle de Jæger, et il a trouvé des chiffres sensiblement inférieurs à ceux que

---

Ainsi le grand chimiste Berthollet n'ayant point encore trouvé la voie où il devait s'illustrer, exerçait obscurément la chirurgie. Daran avait, par ses fameuses bougies, acquis une réputation fructueuse dans le traitement des maladies des voies urinaires. Chopart, le collaborateur de Desault; Deschamps, le futur chirurgien de la Charité, qui a laissé un grand *Traité de la taille;* Fabre (d'Avignon), le syphilographe; Faguer, honoré à sa mort d'un éloge de Louis; Laforêt; Lassus, l'un des plus érudits de la Compagnie, qui mourut l'un des chirurgiens de Napoléon Ier. Les deux frères Pipelet, dont le second prenait le titre « d'expert pour les hernies », spécialité aussi justifiée que beaucoup d'autres, et qui cependant a disparu quand les autres ont pris naissance. Pierre Sue ou Sue le jeune, chirurgien de la ville de Paris, plus tard professeur de bibliographie médicale puis de médecine légale, fut, par l'étendue de ses connaissances, à la hauteur de toutes les fonctions qu'il remplit, et, plus savant que praticien, doit être considéré comme le vrai fondateur de la bibliothèque de la Faculté de médecine. La pratique obstétricale était naturellement dévolue aux maîtres en chirurgie, et représentée par Barbaut, Coutouly, Deleurye, Lauverjat, et par celui qui était au premier rang dans cette branche de l'art, par Levret. On voit encore figurer sur cette liste, vieille de plus d'un siècle, des noms honorés de nos jours dans la médecine parisienne : Anne Brun, Charles Devilliers, Michel Bousquet, Edmond Moutard-Martin, René Péan, premier chirurgien du roi de Naples, et deux Bottentuit. A côté des maîtres, car il en était bien un, citons enfin le frère Côme, qui, pour ne pas figurer sur leur liste officielle, n'en occupait pas moins la première place dans sa spécialité, et dirigeait, faubourg Saint-Honoré, son hospice de calculeux. Son neveu Pascal Baseilhac, membre de l'Académie de chirurgie, exerçait à la Charité.

On ne peut retenir qu'un nom dans la liste des chirurgiens privilégiés, c'est celui de Méhée de la Touche. A leur suite se trouvaient inscrits les oculistes et les dentistes, reçus les

fournissent les sujets chez lesquels la choroïde est intacte.

D'après ces données, appuyées sur des chiffres précis et nombreux, on ne saurait mettre en doute, dit l'auteur, l'influence exercée par la choroïde sur l'acuité de la vision.

Sur les caractères offerts par la parole, chez les sourds-muets auxquels on a appris a articuler des sons. Lettre de M. *Al. Gr. Bell* à M. Dumas. — M. Hément (*Comptes rendus*, t. XCIII, p. 754) assure que les sourds-muets auxquels on a appris à parler s'expriment avec l'accent de leur pays natal; M. W. E. A. Axon, dans une lettre publiée dans la *Nature* (volume XXV, p. 101), soutient la même opinion. M. Bell, qui a, depuis un petit nombre d'années, examiné la prononciation d'au moins quatre cents sourds-muets auxquels on avait appris à parler, n'a jamais remarqué chez eux une tendance de ce genre. Il est vrai que, dans quelques cas, il a entendu des prononciations dialectiques; mais il a toujours reconnu, après investigation, que ces enfants avaient pu parler *avant de devenir sourds.*

M. Emile Blanchard (*Comptes rendus*, t. XCII, p. 755) a appelé l'attention sur la prononciation dure et désagréable, acquise par beaucoup de sourds-muets auxquels on a appris à parler. M. Bell affirme avoir entendu des enfants sourds-muets de naissance articuler d'une manière parfaitement claire et agréable.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le ministre du commerce et des colonies envoie le tome VIII de la *Statistique générale de la France.*

M. le docteur *Charles Richet* envoie une lettre de candidature à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. (Renvoi à la section.)

MM. les docteurs *Rottet* (de Lyon) et *Carreau* (de Lille) se portent candidats aux titres de correspondant national dans la première division. (Commission spéciale.)

M. le docteur *Gueltiot* transmet son rapport sur *l'inspection des enfants du premier âge dans l'arrondissement de Vouziers* et une conférence sur *l'allaitement des enfants au biberon. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)*

Mme *Lecorre*, sage-femme à Palaiseau, envoie la liste des enfants qu'elle a vaccinés gratuitement en 1881. (*Commission de vaccine.)*

M. *Bonnafé*, pharmacien à Millau (Aveyron), adresse une *Note sur les ferments et les fermentations*. Renvoi à l'examen de MM. Pasteur et Armand Gautier.

M. le docteur *Zabé* (de Paris) envoie une brochure intitulée : *La vapeur d'eau surchauffée comme agent thérapeutique*, pour le concours du prix Buignet de 1882. (Inscrit sous le n° 1.)

M. le docteur *Bernier de Bournonville* adresse une brochure sur une *Méthode phéniquée de traitement du croup et de l'angine couenneuse*, pour le concours du prix Saint-Paul de 1882. (Inscrit sous le n° 9.)

MM. les docteurs *Rivero J. Ramos* et *Tuñon de Lara* informent l'Académie qu'un congrès médical aura lieu à Séville le 9 avril 1882.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur de Closmadeuc, une brochure intitulée : *La question de l'hôpital civil et militaire de Vannes*; 2° de la part de M. Joubert (d'Angers) un opuscule sur *la peste de Château-Contier en 1626 et 1627*; 3° au nom de M. Plonquet (d'Ay, Marne) une communication imprimée sur *l'alcoolisme au point de vue individuel et au point de vue héréditaire*; 4° de la part de M. le docteur Cazelli Azzia (de Reggio), deux mémoires intitulés : *Cefalœmatoma diffusa traumatica* et *Estirpazione totale dell' utero per la via della vagina*; 5° au nom de M. le docteur Retzius (de Stockholm), un ouvrage portant le titre : *Das Gehörorgan der Fische und Amphibien.*

M. *Maurice Perrin* présente : 1° au nom de M. le docteur Chauvel, l'article Orbite, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; 2° de la part de MM. Strohl et Bernon, une note manuscrite sur *Un procédé pour rendre potables les eaux magnésiennes et séléniteuses.*

M. *Noel Gueneau de Mussy* offre, au nom de M. le docteur A. Barèty, une brochure intitulée : *Du climat de Nice et de ses indications et contre-indications en général*. (Commission du prix Godard.)

M. *Tarnier* présente divers instruments relatifs à l'obstétrique : 1° un embryotome emporte-pièce, imaginé par M. le docteur Pierre Thomas ; 2° un embryotome à ficelle, du même; et 3° un autre embryotome à ficelle, de M. le docteur Ribemont.

Renouvellement du bureau. — L'Académie procède au renouvellement des membres du bureau pour 1882. 77 votants (majorité 39) prennent part au vote : M. Hardy est élu vice-président par 39 voix contre 33 à M. Fauvel, 1 à M. Bergeron, 1 à M. Hérard et 3 bulletins blancs. — M. Bergeron est réélu par acclamation secrétaire annuel. — MM. Bernutz et Jules Lefort sont nommés membres du Conseil.

En conséquence, le bureau de l'Académie pour l'année 1882 se trouve ainsi composé : président, M. *Gavarret ;* vice-président, M. *Hardy ;* secrétaire perpétuel, M. *Béclard ;* secrétaire annuel, M. *Bergeron ;* trésorier, M. *Caventou ;* membres du Conseil, MM. *Bernutz* et *Jules Lefort.*

Paludisme et diabète. — La discussion soulevée par MM. Léon Colin, Le Roy de Méricourt, Rochard, à la suite de la communication de M. *Verneuil* sur les rapports entre la glycosurie et le paludisme et leurs relations avec le traumatisme, est close par une réponse de celui-ci à ses contradicteurs (voy. les numéros précédents) :

A M. Le Roy de Méricourt, qui lui avait reproché de confondre le vrai diabète avec la glycosurie transitoire, M. Verneuil fait observer que, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas de caractères nettement distinctifs du vrai diabète. D'ailleurs, pour simplifier la question, il accepte d'écarter, du moins pour le moment, le mot diabète et de se servir exclusivement du terme glycosurie, en ajoutant toutefois que la glycosurie, quand elle est tardive et tenace, mériterait dans ces cas l'épithète d'accident paludique tertiaire.

MM. Le Roy de Méricourt et Léon Colin n'ont pas considéré comme concluantes à ce point de vue quelques-unes des observations rapportées par M. Verneuil; ils se sont demandé s'il existait vraiment alors un rapport quelconque entre le diabète tardif et les accidents paludiques qui avaient précédé. M. Verneuil commence par se défendre contre ces critiques, puis il déclare qu'il serait à son tour tenté de prendre l'offensive. Il trouve, en effet, que M. Le Roy de Méricourt croit beaucoup trop à la bénignité de la glycosurie, qu'il considère à tort le diabète comme facile à reconnaître d'après ses sym-

---

uns et les autres au Collège de chirurgie; puis les chirurgiens herniaires et les sages-femmes reçues aussi devant le même Collège. Le baron de Wentzel, oculiste de l'empereur d'Autriche, résidait à Paris (en 1776 du moins); mais le plus distingué de ces spécialistes était Demours. Simple bachelier en médecine, il ne pouvait figurer sur la liste des docteurs ou des maîtres, et avait sa place seulement parmi les médecins du roi. L'Académie de chirurgie, exempte de la morgue et de la mesquine jalousie de sa sœur aînée, avait nommé membres de son comité l'oculiste Deshayes-Gendrin et le dentiste Dupouy, maîtres en chirurgie l'un et l'autre. L'art dentaire comptait d'autres hommes non sans valeur : Botot, Bourdet, Jourdain, dont le nom est encore cité aujourd'hui. Quant aux 14 chirurgiens herniaires, ils n'étaient autre chose que des bandagistes ayant le droit d'appliquer les bandages, droit que n'avaient pas les *boursiers* qui exerçaient la même industrie.

Les chirurgiens étrangers, officiers de la maison royale ou autres, qui voulaient être agrégés à la communauté des chirurgiens de Paris, payaient à la Compagnie une somme totale de 600 livres, réparties entre le premier chirurgien, les prévôts, le receveur, le greffier et la caisse. Les chirurgiens de Toulouse, Bordeaux, Rouen, Aix, Besançon avaient seuls le privilège d'agrégation à la communauté de la capitale.

L'art des accouchements était exercé à Paris par 305 sages-femmes. Les épreuves à subir pour obtenir le brevet n'étaient point toujours telles qu'on aurait dû l'exiger pour établir l'aptitude des postulantes. Il naissait alors à Paris environ 20000 enfants.

Si l'on récapitule le nombre de ceux qui, en 1776, y exerçaient l'art de guérir en ses diverses branches, on arrive au total suivant : 178 docteurs, 223 maîtres en chirurgie, 113 chirurgiens privilégiés, 5 oculistes, 35 dentistes, soit 554 individus. Il faut ajouter à ce nombre les gradués de Facultés de province ou de l'étranger, titulaires d'un certain nombre de postes officiels, tels que les médecins des corps militaires spéciaux résidant à Paris (Suisses, mousque-

ptômes et qu'il admet trop facilement comme capables de produire la glycosurie une foule de causes banales pouvant tout au plus la déceler. Assurément, d'après les affirmations si catégoriques de M. le docteur Grall qui déclare n'avoir jamais rencontré de sucre dans les urines des transportés atteints de fièvres intermittentes à la Guyane, il faut bien reconnaître que, dans ce pays, le diabète n'est jamais une conséquence de l'impaludisme, mais ce ne serait pas une raison, ajoute M. Verneuil, pour nier qu'il en est de même en Sologne, par exemple, où les recherches de M. le docteur Burdel sont si concluantes. Lorsqu'on a commencé à signaler l'albuminurie paludique, les mêmes objections ont été présentées; l'on a dû reconnaître que, fréquente dans certains pays, elle ne se montre pas ailleurs; c'est ainsi que Rosenstein, après l'avoir observée à Dantzig, ne l'a pas retrouvée chez les impaludés de la Hollande orientale. Si, d'autre part, MM. Rochard et Le Roy de Méricourt ont pu remarquer que, dans la marine, les diabétiques sont extrêmement rares, tandis que les fièvres intermittentes y sont des plus communes, cela tient sans doute aux conditions particulières de grande activité musculaire qu'on y exige.

Répondant ensuite à M. Léon Colin, mais uniquement en ce qui concerne les doutes de celui-ci sur la possibilité du réveil du paludisme sous l'influence du traumatisme ou d'une cause diathésique ou accidentelle, possibilité que les observations citées tendraient à faire supposer, M. Verneuil énumère un grand nombre de travaux et d'observations qui lui ont été envoyées en faveur de sa thèse. Aussi, faisant, en outre, remarquer la plus grande fréquence de la glycosurie par suite des accès de fièvres intermittentes que par suite d'autres accès de fièvres, il s'en remet aux conclusions que l'enquête qui va être faite de tous côtés permettra de formuler et il promet de remonter à la tribune dans un an pour faire amende honorable, si ces conclusions lui donnent tort; ou, si elles lui sont favorables, réclamer « une petite part dans l'honneur d'avoir soulevé cet important problème de pathologie médico-chirurgicale ».

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Troubles circulatoires veineux et malformation du cœur : M. Duret. Métallothérapie : M. Dumontpallier.

M. *Duret* présente à la Société un malade, âgé de vingt et un ans, du service de M. Verneuil, et qui offre un ensemble de troubles circulatoires intéressants. Ce sont les accidents du côté de la circulation veineuse qui dominent : les membres inférieurs sont le siège de nombreuses varicosités superficielles, occupant surtout les veines de petit calibre, sans dilatation marquée des troncs veineux importants. Le scrotum est sillonné de veines très volumineuses; le malade présente un varicocèle double très considérable.

Du côté du cercle supérieur les modifications des réseaux veineux superficiels sont beaucoup moins considérables; néanmoins le cou est gonflé, les jugulaires externes forment une saillie permanente avec nodosités valvulaires. Cet ensemble de symptômes dénote un obstacle au retour du sang veineux général; on constate de plus une tuméfaction assez considérable de l'abdomen et le foie a un volume anormal. Le cœur, très dilaté dans ses parties droites, est le siège d'un souffle systolique d'une grande intensité occupant surtout la partie moyenne et s'étendant à la base et vers la région de l'aisselle.

Indépendamment de ces phénomènes qui sont les plus saillants de ceux qui ont été indiqués par M. Duret, on constate un pouls veineux d'une faible amplitude, mais très net au niveau des jugulaires externes, ainsi que des battements hépatiques.

Le malade a une dyspnée habituelle, une teinte cyanique des téguments, la peau froide, bref présente la plupart des accidents généraux caractéristiques des affections congénitales du cœur.

Le diagnostic de la cause de cet ensemble de troubles circulatoires a été interprété un peu diversement, néanmoins on s'est rallié à l'idée d'une malformation cardiaque, et vraisemblablement d'une communication interventriculaire avec insuffisance tricuspidienne. Telle a été l'opinion de M. Peter, de M. Merklen; c'est celle de M. Duret et elle est partagée par les membres de la Société.

Ce malade a été examiné avec les appareils enregistreurs par MM. François-Franck et Duret : les renseignements fournis par cet examen qu'expose brièvement M. Franck sont confirmatifs de l'opinion précédente; ils feront du reste l'objet d'une communication complémentaire.

— M. *Dumontpallier*, en son nom et au nom de M. Magnin élève de son service, expose avec détail l'histoire d'une hystérique, hémi-anesthésique, hypnotisable, sur laquelle ont été faites de curieuses expériences de métallothérapie. Cette femme est sensible aux métaux laiton et argent ainsi qu'on l'a découvert en constatant l'hyperesthésie toute locale produite par une bague renfermant cet alliage.

En provoquant le retour de la sensibilité par l'application des deux métaux, on a constaté les oscillations de la sensibilité d'un côté à l'autre du corps, quand une plaque d'argent était appliquée d'un côté, une plaque de laiton de l'autre (oscillations bi-métalliques). On a observé chez cette femme les phénomènes déjà étudiés par M. Dumontpallier sous le nom de phénomènes d'arrêt et qui consistent dans la suppression

---

taires, chevau-légers, gendarmes, etc.) et ceux des châteaux et établissements royaux. On en trouvait aussi quelques-uns dans le personnel médical attaché aux corps administratifs et judiciaires, tels que la grande prévôté, qui était dotée de 2 médecins et 9 chirurgiens; la cour du parlement, qui avait 1 médecin, 3 chirurgiens et 1 matrone; le grand conseil, 2 médecins (dont l'un portait encore le titre de spargirique), 1 chirurgien; la grande chancellerie, 1 médecin, 1 chirurgien; le Châtelet, 2 médecins, 4 chirurgiens, 6 matrones; l'Hôtel-de-Ville, l'officialité, la généralité de Paris chacun 1 médecin et 1 chirurgien.

Ce n'est pas s'écarter beaucoup de la vérité que d'évaluer à 600 individus le nombre des chirurgiens et médecins ayant à Paris le droit d'exercice. Or, à ce moment, la population de la capitale était de 600000 habitants environ; la proportion était donc d'un médecin pour 1000 habitants.

La pharmacie était au second rang dans les six grands corps de métiers; elle comptait 77 maîtres en exercice et 11 veuves tenant officine. Beaumé et Louis-Claude Cadet-Gassicourt, tous deux de l'Académie des sciences; Antoine Cadet de Vaux, frère puîné du second; Parmentier, Valmont de Bomare figurent avec honneur sur cette liste, où l'on trouve aussi quelques noms connus, ceux de Brongniard, Clérambourg, Guindre, etc.

Tony SAUCEROTTE.

(*A suivre.*)

---

des oscillations bi-métalliques par un métal autre que l'un des deux employés : ici, c'est le platine qui a supprimé la manifestation sensitive.

L'un des points les plus intéressants consiste dans l'action pour ainsi dire élective des métaux argent et laiton, quand on applique une plaque sur le front, une autre sur l'ombilic ; on fait alors reparaître la sensibilité générale et spéciale.

Quand la malade a une plaque métallique sur le front, il est impossible de l'hypnotiser ; réciproquement quand elle est endormie, l'application d'une plaque frontale ou ombilicale provoque un réveil immédiat.

M. Dumontpallier expose ensuite un certain nombre d'effets singuliers produits à distance sur cette malade et qui font songer aux hypothèses de dégagement de fluide nerveux, faits qui se rapportent aux observations de M. Barety récemment publiées dans les *Comptes rendus de la Société*. Ce sont là des considérations qui ne peuvent être indiquées dans un compte rendu sommaire sans risquer d'être dénaturées et que l'auteur seul peut exposer avec les réserves expresses qu'elles comportent : on la lira dans le travail original communiqué à la *Gazette médicale de Paris*, organe de la Société.

— La Société se réunit en comité secret à cinq heures et trois quarts.

Séance du 17 décembre 1881. — Présidence de M. Laborde, vice-président.

Contracture provoquée à distance chez une hystérique : M. Dumontpallier. — Déformations fœtales par compression de l'amnios : M. Dareste. — Maladie cérébro-gastrique : M. Leven ; observations de M. Krishaber. — Cellules épithéliales à cils vibratiles à la surface de l'ovaire : M. de Sinéty ; remarques de MM. Duval. — Anévrysmes vermineux (spiroptera) chez le chien : M. Mégnin. — Constitution du lobule biliaire ; analogie avec le lobule pulmonaire : M. Sabourin. — État de la pupille dans l'hallucination ; preuve de non stimulation des hystériques : M. Féré. — Réalité de la compression de l'ovaire lui-même dans la compression iliaque : M. Féré.

M. *Dumontpallier* revient sur sa précédente communication et la complète en certains points. Il signale notamment ce fait qu'il suffit de fixer certains groupes musculaires chez l'hystérique hypnotisable qu'il étudie pour faire contracter ces groupes de muscles exclusivement.

— M. *Dareste* présente un fœtus de mouton monstrueux dans les difformités duquel il trouve une confirmation de ses théories relatives au mode de production des monstruosités chez l'embryon des oiseaux. Il a produit chez les oiseaux des difformités en exerçant une compression limitée à certaines régions : les malformations du fœtus qu'il présente à la Société lui paraissent dues à la compression exercée sur les membres postérieurs par le capuchon caudal soudé avec le capuchon céphalique.

— M. *Leven* développe dans un mémoire dont il donne lecture, les caractères d'une maladie qu'il décrit sous le nom de maladie *cérébro-gastrique* et dans laquelle les accidents nerveux les plus variés lui paraissent liés à la dyspepsie.

M. *Krishaber* fait remarquer à ce propos que la dénomination nouvelle adoptée par M. Leven, s'applique au syndrome morbide qu'il a décrit sous le nom de névropathie cérébro-cardiaque.

— M. *de Sinéty* expose le résultat des observations histologiques qu'il a pu faire sur un ovaire normal de femme adulte, enlevé en même temps qu'un kyste de l'ovaire opposé. La pièce a été examinée fraîche. Il a constaté la présence de cellules épithéliales à cils vibratiles en certains points de la surface de l'ovaire. Il pense que ces cils vibratiles doivent jouer un rôle important dans le transport de l'ovule vers la trompe, et que quand un ovule se détache loin du lieu d'application du pavillon, sur le bord interne de l'ovaire par exemple, sa migration vers l'oviducte peut être compris aisément par l'intervention des cils vibratiles.

Cette observation isolée ne paraît cependant pas à l'auteur suffisante pour affirmer une théorie, non plus que pour admettre qu'on doit toujours retrouver le même épithelium vibratile à la surface de l'ovaire ; on sait en effet que ces cellules ne sont pas décrites par les histologistes. Mais il se pourrait qu'on ne les ait point observées en raison même du défaut de fraîcheur des pièces et du mode de préparation employé : avec les imprégnations d'argent, en effet, il est impossible de constater la présence de cils vibratiles.

M. *Mathias Duval* rappelle, à propos de la communication de M. de Sinéty, qu'il a présentée à la Société, en collaboration avec M. Viette, des faits identiques observés sur la grenouille ; son interprétation du rôle des cellules à cils vibratiles était la même. Aujourd'hui l'observation faite sur l'ovaire de la femme donne au fait une plus grande importance en permettant de le généraliser.

— M. *Mégnin* présente une pièce pathologique fournie par un chien dont l'aorte portait un certain nombre de petites tumeurs anévrysmales. L'une d'elles, plus volumineuse, s'est rompue et a causé la mort de l'animal. Elle contenait, au milieu de caillots, un grand nombre de vers connus sous le nom de *spiroptera sanguinolenta*. La présence de ces vers dans la tumeur rend compte du mode de formation des anévrysmes multiples observés chez l'animal : le ver a perforé les tuniques de l'aorte et donné ainsi naissance aux lésions dont il s'agit.

A un autre point de vue cette communication est intéressante : le ver trouvé dans l'anévrysme est le même que celui qui a été souvent rencontré par Rayer chez le chien dans de petites tumeurs œsophagiennes. Le fait observé par M. Mégnin semble montrer que les tumeurs œsophagiennes étaient de véritables anévrysmes vermineux.

— M. *Sabourin* : L'anatomie pathologique démontre que le foie de l'homme est une glande en tubes, et que cette glande est comme les autres, divisée en lobes, lobules et acini. Dans cette conception de la glande biliaire, la notion du lobule biliaire remplace celle du lobule hépatique. C'est le point de départ de la topographie de la glande. Le lobule biliaire a son centre ou pédicule dans les espaces portes ; il emprunte sa masse glandulaire aux quatre lobules hépatiques qui délimitent chaque espace porte. Sa forme est celle d'une pyramide triangulaire dont les angles répondent aux veines centrales de ces quatre lobules hépatiques ; à sa périphérie rampent les ramifications de ces veines sus-hépatiques. Ce lobule biliaire est semblable au lobule pulmonaire. Par conséquent, chaque lobule hépatique est composé de segments pyramidaux convergents par leur sommet vers la veine centrale, et faisant partie d'autant de lobules biliaires qu'il y a d'espaces portes en rapport avec ce lobule hépatique. Si l'on admet le plus schématiquement possible que chacun de ces segments du lobule hépatique est formé d'un seul système tubulé sous la dépendance d'un seul canalicule excréteur, les segments représenteront les acini biliaires, et la réunion de leurs canaux excréteurs au niveau de l'espace porte, constitue le canalicule excréteur du lobule biliaire.

La réunion par leurs canaux excréteurs des lobules biliaires primitifs, forme des lobules de second ordre, dont la réunion forme les lobes, etc., qui se groupent autour des canaux portes de plus en plus volumineux.

— M. *Féré* expose les résultats de ses observations sur l'état de la pupille dans l'hallucination chez les hystériques ; il montre que les variations du diamètre de la pupille, non soumises à la volonté et qui se produisent chez l'hypnotique quand on l'engage à examiner des objets imaginaires très éloignés ou rapprochés, constituent une preuve nouvelle du défaut de stimulation.

D'autres expériences sur la persistance des impressions rétiniennes et sur la conservation dans la mémoire d'objets vus pendant l'hallucination, l'amènent à penser que l'hallucination est à la fois un phénomène central (cortical) et périphérique (rétinien).

— M. *Féré* insiste ensuite sur la réalité de la douleur dite ovarienne qu'on provoque par la compression de la fosse iliaque; il prouve que les phénomènes variés (arrêt des accès hystériques, réveil des sujets hypnotisés, etc.), qu'on détermine en comprimant la région ovarienne, sont bien dus à la compression de l'ovaire lui-même.

Cette démonstration a été fournie récemment à la Salpêtrière par deux hystériques du service du professeur Charcot: ces deux malades étant rentrées à l'hospice en état de grossesse, on a vu se déplacer le point ovarien à mesure que l'utérus en se développant faisait remonter avec lui les ovaires. Puis, sur l'une d'elles, à la suite de l'accouchement et de la descente de l'appareil utéro-ovarien, on a pu retrouver à la partie inférieure le point ovarique constaté pendant la grossesse dans une région beaucoup plus élevée. M. Budin, appelé auprès de ces malades, a confirmé par l'exploration directe l'opinion émise de par les réactions ovariques par M. Charcot et par M. Féré.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Injecteur vaginal (M. Laroyenne): M. Limousin. — Emulsions de vaseline pour injections médicamenteuses: M. Langlebert. — Hydrothérapie et gymnastique respiratoire: M. Dally. — Clinique thérapeutique. Alimentation forcée des phthisiques: M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Limousin* présente à la Société au nom de M. Laroyenne, pharmacien à Clermont-Ferrand, un nouvel *injecteur vaginal* composé de quatre tiges faisant office de spéculum pour écarter les parois du vagin et d'un tube central percé d'une infinité de petits trous qui divisent le jet et le projettent sur toutes les parties de la muqueuse. On adapte à cet appareil un système de poires en caoutchouc, tout analogues à celles du pulvérisateur de Richardson, et qui, par le même mécanisme, permettent d'avoir un jet continu de liquide.

M. *Constantin Paul* pense que la manœuvre de la poire de caoutchouc est bien fatigante pour la main, lorsque l'injection vaginale doit être un peu prolongée; il est d'avis que, dans ce cas, il y aurait avantage à adapter à l'appareil de M. Laroyenne un irrigateur ordinaire.

— M. *Langlebert* a fait préparer des émulsions de vaseline avec la gomme adragante, renfermant des principes médicamenteux tels que sulfate de zinc, sulfate de cuivre, etc. Il emploie ces émulsions pour pratiquer diverses injections, entre autres les injections uréthrales. La substance active de l'injection devient, pour ainsi dire, plus adhérente aux parties malades avec lesquelles elle reste ainsi plus longtemps en contact; la vaseline elle-même sert de corps isolant entre les surfaces muqueuses lubréfiées.

M. *Biasson* ne pense pas que de semblables émulsions puissent être stables.

M. *Langlebert* répond que les échantillons qu'il a déposés sur le bureau de la Société sont préparés depuis plus de trois semaines; or, dans un seul flacon, on peut constater un commencement de séparation de la vaseline. On sait d'ailleurs que ce corps gras offre sur les autres l'avantage de ne point rancir.

M. *Limousin* croit qu'on serait plus assuré de la stabilité de l'émulsion en ajoutant du jaune d'œuf à la gomme adragante.

M. *Constantin Paul* demande si cette émulsion a été examinée au microscope.

M. *Langlebert* a pratiqué cet examen et a constaté une infinité de globules tous semblables, d'un diamètre très voisin de celui des hématies; cette émulsion contient en outre un certain nombre de granulations.

M. *Biasson* rappelle que la vaseline ou pétroléine n'est pas un corps défini, mais un mélange d'huiles lourdes de pétrole appartenant à une série d'hydrocarbures dont le dernier terme est la paraffine.

M. *Créquy* a remarqué que les pommades préparées avec la vaseline semblaient moins propres à favoriser l'absorption médicamenteuse que celles qui sont préparées à l'axonge.

M. *Vigier* a entrepris dans ce sens une série de recherches qui l'ont amené à cette conclusion que l'axonge est le meilleur corps gras au point de vue de l'absorption médicamenteuse; vient ensuite la vaseline, et en dernier lieu la glycérine. Les glycérés seraient donc une mauvaise préparation lorsqu'on a en vue l'absorption cutanée; ils sont au contraire excellents si l'on veut éviter cette absorption. On peut ainsi mettre à profit l'action parasiticide du sublimé sans craindre aucun accident d'intoxication mercurielle.

— M. *Dally* fait hommage à la Société de deux brochures intitulées: *Indications théoriques et pratiques sur l'hydrothérapie froide* et *De l'exercice méthodique de la respiration dans ses rapports avec la conformation thoracique et la santé générale.*

— M. *Dujardin-Beaumetz* dépose sur le bureau le deuxième fascicule du tome second de ses *leçons de clinique thérapeutique;* ce fascicule renferme le traitement des affections pulmonaires. Il insiste sur ce principe que, au point de vue thérapeutique, le poumon est non seulement un organe d'élimination, mais un organe d'absorption; on obtient même, en introduisant les substances médicamenteuses par la trachée, une absorption bien plus rapide et plus complète que par les voies digestives ou le tissu cellulaire hypodermique. En effet, lorsque l'on emploie la voie stomacale, les sucs intestinaux peuvent en partie dénaturer le médicament ingéré qui se trouve en outre souvent arrêté ou détruit à son passage à travers la glande hépatique; s'il échappe à ces deux puissantes causes modificatrices, il lui faut encore franchir un dernier obstacle: c'est le poumon, au niveau duquel s'opère une élimination parfois considérable. Par la méthode hypodermique on évite l'influence de l'intestin et du foie, mais on ne peut supprimer l'élimination pulmonaire; c'est ainsi que s'explique, d'après Cl. Bernard, la disparition presque totale de l'action hyposthénisante du chloroforme en injections sous-cutanées. Par la voie trachéale au contraire, les principes médicamenteux pénètrent d'emblée dans le sang artériel et sont rapidement portés dans les organes sur lesquels ils doivent exercer leur action. Il est à regretter que cette méthode, dont on pourrait tirer dans certains cas de grands avantages, soit aussi universellement abandonnée. Ne pourrait-on y recourir, ainsi que l'a fait Jousset de Bellême, pour administrer la quinine dans les cas de fièvre intermittente pernicieuse? Dans ses leçons M. Dujardin-Beaumetz étudie le traitement par l'aérothérapie; il pense qu'on a trop négligé jusqu'ici en France l'emploi de l'air comprimé ou de l'air raréfié. Il consacre enfin deux leçons au traitement de la phthisie pulmonaire et montre que les questions de climatologie occupent dans la plupart des traités de thérapeutique une trop grande place, au détriment de ce qu'il appelle la question de *cuisine*. En un mot c'est l'alimentation du phthisique qu'il faut surveiller avant tout; un malade qui conserve l'appétit, mange avec plaisir et di-

gère ses aliments, s'il ne guérit pas pour cela, résiste du moins longtemps aux progrès de la tuberculose et lutte jusqu'à une période avancée contre la cachexie. Un des meilleurs moyens de nourrir les malades lorsque surviennent l'anorexie et les vomissements, c'est le *gavage* avec le tube de Faucher; ce ne peut être, ainsi que l'a fait observer M. Moutard-Martin, une méthode générale, mais c'est la *seule* qui réussisse, lorsque la nutrition normale et spontanée ne peut plus s'effectuer. M. Dujardin-Beaumetz rapporte les succès qu'il obtient chez tous les phthisiques qu'il soumet au gavage, ainsi qu'il l'a déjà signalé dans une précédente communication. Il résume en outre l'observation d'une femme qui, épuisée par des métrorrhagies considérables, était parvenue à un état d'anémie extrême, avait perdu complètement l'appétit et vomissait le peu d'aliments qu'on la forçait à ingérer ; elle fut soumise au gavage et dès lors les vomissements cessèrent, la digestion s'opéra facilement et les forces reparurent avec une surprenante rapidité. Il est convaincu que c'est un procédé excellent qui fournira toujours les résultats qu'il en a lui-même obtenus, si le malade et le médecin apportent tous deux dans sa mise en pratique une bonne volonté et une persévérance suffisantes.

— A cinq heures un quart la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de blessure du plexus brachial par coup de feu, par M. O. Israel.

Le malade avait été blessé, le 18 mars 1848, d'un coup de feu de l'épaule gauche qui avait rapidement guéri, laissant à sa suite des désordres nerveux très singuliers.

L'extrémité supérieure du côté gauche ne présente aucune altération de la sensibilité : tandis que dans tout le domaine des nerfs médian et cubital la motilité est entièrement abolie. La main est atrophiée et excavée, le pouce étendu et sans altération, tandis que les doigts restants sont demi-fléchis et tellement atrophiés qu'il reste à peine trace des deux dernières phalanges. Le malade mourut des progrès d'une tumeur cérébrale qui se trouva être un sarcome.

L'autopsie révéla l'explication de cette singulière conservation de la sensibilité des nerfs médian et cubital, à l'exclusion de la motilité. Le coup de feu n'avait pas atteint le radial : le cubital, le médian, et le médian cutané avaient été sectionnés, le bout périphérique du cubital et d'une partie du médian s'était soudé au bout central du médian cutané, de sorte que la perception cérébrale était conservée, et chose plus singulière, malgré le détour par le médian cutané, était exactement rapportée aux points d'origine, dans le domaine du médian, comme dans celui du cubital. Il existait au bout central de ces deux derniers nerfs des névromes qui n'avaient rien de particulier (*Virchow's Archiv*, t. LXXXV).

Les ganglions des voies urinaires de l'homme, par M. R. Maier.

Conclusions d'un travail probablemet unique dans la science :

1° Dans tout le trajet que l'urine parcourt au sortir du rein, elle est en contact avec des parois dont les tuniques muqueuse et musculaire contiennent des ganglions nerveux aux points d'anastomose des nerfs.

2° Dans la muqueuse, ces ganglions occupent toute l'épaisseur ou bien se localisent vers les portions attenantes à la membrane musculeuse..

3° Dans la musculeuse, les branches nerveuses forment de grandes anastomoses dans les intervalles des faisceaux importants, et des anastomoses plus petites entre les faisceaux primitifs. Les deux portent des ganglions, surtout les premiers.

4° Les distributions nerveuses de la muqueuse et de la musculeuse sont d'ailleurs en relations ininterrompues les unes avec les autres.

5° Elles ne constituent pas des réseaux fermés, mais des rapports des parties profondes avec les parties superficielles.

6° Les ganglions : sont ou bien accolés simplement au filet nerveux, le périnèvre ne les enveloppant que d'un côté; de l'autre, l'enveloppe est formée par des filets nerveux; ou bien éloignés du filet au moyen d'un pédicule et entourés de tous côtés par du tissu cellulaire; ou enfin situés au milieu du filet nerveux écartant les fibres nerveuses. Tantôt le ganglion existe à la bifurcation, tantôt sur le trajet même des fibres nerveuses.

7° Lorsque les cellules ganglionnaires sont nombreuses, elles sont enfermées dans un réseau de périnèvre : lorsqu'elles sont isolées, elles peuvent être nues ou entourées de tissu cellulaire ou simplement de névrilemme.

8° Une partie de ces cellules sont apolaires; d'autres uni ou bipolaires. Les prolongements sont vrais ou faux : vrais, quand le protoplasma s'effile en véritable filet nerveux; faux, quand le revêtement cellulaire devient le revêtement de la fibre nerveuse.

9° Les filets nerveux, porteurs de ces ganglions, se composent en grande partie de fibres pâles. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXV.)

Des symptômes des tumeurs du médiastin, par M. Schreiber

Les phénomènes provoqués par la présence des néoplasmes dans le médiastin dépendent uniquement de leur grosseur, de la rapidité de leur croisssance, de leur siége, de la pression exercée par eux sur des organes importants de la cavité thoracique : cœur, poumon, trachée, bronches, œsophage, gros vaisseaux, troncs nerveux (Hertz). Cette proposition est acceptée par Schreiber qui relate quatre observations inédites (deux fibrosarcomes, un sarcome à cellules rondes).

Voici un résumé des principaux symptômes :

La dyspnée est généralement assez intense, pouvant aller jusqu'à la suffocation, accompagnée, d'ordinaire, d'une douleur sourde assez vive de la région sternale, s'irradiant dans la nuque et dans les bras.

Parmi les troubles généraux, on signale l'insomnie (due à la dyspnée), une élévation légère de la température qui contraste avec une déchéance rapide de l'organisme. Un des symptômes les plus communs et les plus gênants pour les malades est une toux sèche, souvent paroxystique (irritation du nerf pneumogastrique). La voix est d'ordinaire normale, mais il peut y avoir aussi une aphonie plus ou moins complète, due à la paralysie de l'une ou l'autre corde vocale.

Skoda a signalé des difficultés dans la déglutition qui se rapportent à un obstacle mécanique.

L'expression de la figure est anxieuse, les joues et le nez cyanosés lorsqu'il existe des embarras de la circulation. Un œdème plus ou moins marqué se montre des deux côtés du cou ou sur l'un des côtés seulement. La stase veineuse consiste simplement en une stase des veines jugulaires, ou bien forme une cyanose généralisée. On observe quelquefois des symptômes analogues à la tête de méduse, ou, comme dans le cas de Huber (même recueil, t. XVII), une veine, de la grosseur d'une plume d'oie, serpentant depuis le côté droit de l'ombilic jusqu'à la veine épigastrique externe.

Au point de vue physique, on ne constate guère que des voussures.

La percussion et l'auscultation ne donnent que des résultats médiocres. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVII, p. 52.)

BIBLIOGRAPHIE

Report on the recent Progress of Levantine Plague and on Quarantine on the Red Sea. — Supplement to the ninth annual Report of the local Government Board (1879-1880), par N. Radcliffe, 1 vol. in-8° de 246 pages. — Londres, 1881.

Nous venons de lire avec le plus grand intérêt ce volume consacré à deux des questions les plus actuelles de la médecine publique internationale : les quarantaines de la mer Rouge et les progrès récents de la peste bubonique. Ces mémoires sont des spécimens de ces *completes and exhaustives memorandas*, comme on en publie quelquefois en Angleterre : en outre, ils contrastent singulièrement, pour le fond et pour la forme, avec les publications agressives et souvent prétentieuses, au moyen desquelles les écrivains britanniques pensent défendre la sacro-sainte liberté du commerce. Dans ces grandes questions de prophylaxie internationale, plusieurs facteurs sont en présence, qui tous méritent des égards. Il y a d'abord la science (encore peu éclairée, nous le reconnaissons), il y a ensuite les intérêts spéciaux du pays qui se charge des mesures de prophylaxie, et les intérêts généraux de l'Europe qui bénéficie de ces mesures, il y a enfin les intérêts du commerce (qui, à la vérité, se confondent presque avec ceux de l'Angleterre), qui souffrent de ces mesures. Chacun de ces intérêts a droit à la libre discussion; tous n'ont qu'à gagner à ce que cette discussion soit sérieuse, approfondie, contradictoire, mais toujours courtoise. C'est ce qu'a compris N. Radcliffe, dont le ton mesuré, les appréciations judicieuses, la méthode sobre et claire, gagneront plus d'adhérents à la thèse soutenue par lui et par son pays, que les polémiques ardentes, injustes ou même blessantes de quelques-uns de ses compatriotes.

Un volumineux mémoire de 156 pages est consacré *aux quarantaines de la mer Rouge* et à *la réglementation sanitaire du pèlerinage de la Mecque*. Voici l'origine de ce travail.

Par une dépêche datée du 3 septembre 1878, le *Foreign Office* requérait le *Local Government Board* « de provoquer une étude complète de toute la question des quarantaines dans la mer Rouge, étude qui résumerait les opinions des médecins sur la nature du choléra, l'extension de cette maladie pendant ces dernières années, l'action du gouvernement indien et d'autres gouvernements vis-à-vis de lui, le poids que l'on peut attribuer aux diverses sources d'information du gouvernement anglais, l'importance des plaintes formulées contre l'administration sanitaire de la mer Rouge, etc. »

Le docteur N. Radcliffe qui a été chargé de ce rapport commence par un historique complet de la question, pendant la période de 1865 à 1878; il continue ensuite par une sorte de revue critique des faits contenus dans l'historique.

Ces faits sont connus et exposés dans tous leurs détails dans les publications du Comité d'hygiène de France. Nous remarquons en passant (p. 113) une allusion à l'incident de la *Corrèze*, transport de l'Etat qui, arrivant de la Cochinchine avec 770 passagers militaires, avait perdu en 4 semaines, 32 cholériques sur 60 cas, et avait en outre débarqué à Tor 130 hommes atteints de maladies ordinaires (1877). Ce fait méritait vraiment plus d'attention qu'on ne lui en a accordé en France, car il contredit absolument la théorie de Pettenkofer qui ne veut pas que le choléra puisse former épidémie sur un bateau (auquel manque le sol, élément indispensable à la genèse et à la propagation de la maladie).

L'historique en question et les commentaires qui l'accompagnent n'intéressent guère que les hommes spéciaux. Malgré le ton impartial de l'auteur, la teinte générale est bien anglaise.

Ainsi, lorsqu'il rend compte (p. 135) de la conférence de Vienne en 1874, il dit : « La conférence reconnut que, si *théoriquement* la quarantaine offrait la plus grande somme de sécurité contre l'extension du choléra, *pratiquement* il était surabondamment démontré que les mesures quarantenaires sont fallacieuses et que les mêmes bénéfices peuvent être obtenus, comme on l'a vu en Angleterre et en Danemark, par des moyens plus simples et plus pratiques. » — Cela n'est vrai que pour un certain nombres de membres de la conférence, qui peut-être ne forment même pas la majorité, à en juger d'après le singulier revirement qui s'est produit à la suite de l'entrée en scène des délégués français. En réalité, la conférence de Vienne n'a été ni si utile, ni si mauvaise, ni surtout aussi explicite, qu'on a voulu le dire : elle a été le théâtre d'une série de concessions mutuelles entre intérêts opposés, et nul doute que ces concessions seraient plus importantes encore à l'heure qu'il est.

L'intention de l'auteur n'est pas de traiter la question des quarantaines à un point de vue général.

« Le gouvernement britannique, dit-il (et cette parole est importante dans la bouche d'un rapporteur officiel), regarde la question des quarantaines comme une de celles qui concernent l'administration intérieure des peuples étrangers, dans laquelle il n'est pas autorisé à intervenir, à moins que les agissements de cette administration ne soient vexatoires et contraires au savoir-vivre international. Il est vrai que le gouvernement a soumis de temps à autre aux différents Etats l'opinion que le but cherché pourrait être obtenu bien plus facilement. »

Du reste, l'auteur reconnaît que, la Turquie d'un côté, et l'Egypte de l'autre y mettent beaucoup de bonne volonté, et que les pratiques quarantenaires tendent plutôt à s'adoucir, peut-être sous l'influence de la conférence de 1874.

Et cependant l'on se plaint, et beaucoup, les Anglais surtout. Et pourquoi se plaint-on?

Constatons d'abord que ces plaintes ne datent que de 1869, époque de l'ouverture du canal de Suez qui devait exercer une véritable révolution dans l'importance et la rapidité des trafics. Constatons ensuite que depuis treize ans il n'y a pas eu, pour ainsi dire, de plaintes de la part du trafic ordinaire.

« La question de la quarantaine sur la mer Rouge semble, en fait, limitée uniquement aux vaisseaux occupés du transport des pèlerins, et aux pèlerins eux-mêmes. Or, le chiffre de ces vaisseaux est une proportion insignifiante du trafic total de la mer Rouge. »

Cette vérité officiellement reconnue, il faut en conclure que les administrations sanitaires d'Egypte et de Turquie ne sont pas aussi défectueuses qu'on a bien voulu le dire.

Radcliffe nous donne la composition de ces conseils et fait remarquer l'énorme différence qui existe entre le second dont les décisions sont endossées par la Porte sous sa responsabilité, et le premier qui est, au contraire, indépendant du gouvernement égyptien. Ce dernier se dit volontiers international et préoccupé avant tout des dangers de l'Europe tout entière et non de ceux de l'Egypte. L'action de l'Egypte se fait sentir non seulement conformément aux vues des membres étrangers qui composent le conseil, mais aussi conformément à l'attitude des puissances à quarantaines (*quarantinig powers*) de la Méditerranée vis-à-vis de l'Egypte.

« Souvent les vues de ces puissances sont des plus frivoles, et la colonie anglaise de Malte semble s'être distinguée tout spécialement par son action extrême à ce point de vue (1). »

Si nous revenons maintenant à la question des pèlerins et des navires s'occupant de ce transport spécial, on comprend facilement que la conférence de Vienne les ait placés dans une catégorie à part vu qu'ils sont plus dangereux, que l'Egypte n'ait pas voulu courir le danger du passage par terre de ces

masses de pèlerins, et finalement que les armateurs aient souffert considérablement dans leurs intérêts.

La troisième partie du mémoire est consacrée à l'examen des faits qui précèdent et aux conclusions qu'il en faut tirer. Ces conclusions se résument en un certain nombre de propositions destinées à améliorer l'administration sanitaire de la mer Rouge, propositions qui ne sont pas entièrement nouvelles, mais qu'il importe de faire ressortir à cause de leur origine semi-officielle.

D'abord, pour ce qui concerne le *conseil sanitaire international* d'Egypte, l'auteur n'admet pas qu'il doive être séparé du gouvernement égyptien, « quoique, dit-il, la position de la Grande-Bretagne, vis-à-vis du conseil et de l'Egypte, soit assez fausse (*peculiar disavantage*). L'Angleterre n'a pas de sympathie pour les tendances internationales de la plupart des membres. Il semble, en vérité, que dans le conseil la conception de ses fonctions internationales, en ce qui concerne l'Europe, soit développée en raison inverse des intérêts matériels impliqués dans les débats. » Cette remarque n'est pas faite pour la France : une note du bas de la page 157 nous apprend « que les représentants de la France ont toujours paru désirer que leur action soit réglée par un accord commun entre les puissances, relativement aux matières entrant dans les fonctions du conseil ».

En somme, il serait désirable « de maintenir le conseil dans sa forme actuelle, de définir clairement ses fonctions, de régler ses devoirs et ses relations vis-à-vis du gouvernement égyptien. Il serait particulièrement urgent (et ce point s'applique au conseil de Constantinople) que ses fonctions internationales, au point de vue de la peste et du choléra, soient basées sur une entente commune entre les puissances ».

Pour ce qui concerne *les quarantaines* elles-mêmes, la question sera réglée naturellement dès que le conseil sera lui-même reformé.

Avant de prescrire les mesures, le conseil devrait être informé plus exactement des progrès des maladies visées.

« Le conseil semble avoir été bien imparfaitement informé des progrès de la peste en Mésopotamie, n'avoir eu aucune connaissance du choléra en Algérie en 1873, et être profondément ignorant des mouvements du choléra aux Indes, malgré les publications du gouvernement et de la presse de l'Inde. Le conseil ne devrait pas avoir d'autres informations que des informations officielles, et son action ne devrait pas se baser sur d'autres raisons. Il est probable qu'alors les impositions de quarantaines seraient numériquement réduites, que les vexations seraient diminuées et ainsi disparaîtrait un des principaux sujets de plainte des armateurs : la quarantaine non justifiée. »

Ceci ne se rapporte qu'au trafic ordinaire.

Le *trafic des pèlerins* et spécialement le pèlerinage de la Mecque est, comme on sait, placé dans une catégorie distincte. Il est difficile, à considérer la chose d'un œil impartial, d'agir différemment et de prétendre assimiler au commerce ordinaire ce transport du matériel humain, le plus infime, le plus dangereux, le plus *susceptible* de tous les matériels. On ne peut donc songer à une réforme radicale, comme quelques Anglais l'ont proposé.

Voici dans quel sens il conviendrait, suivant Radcliffe, de diriger les tentatives : il faudrait d'abord chercher à restreindre le chiffre des pèlerins et à ne permettre le pèlerinage qu'à ceux qui justifieraient d'une somme d'argent nécessaire pour le voyage, comme cela se fait dans les colonies hollandaises. On aurait pu craindre autrefois que les obstacles apportés aux pèlerinages de la Mecque provoqueraient des explosions de révolte parmi les mahométans fanatiques. Mais la France a pu, en 1874, interdire le pèlerinage de la Mecque aux Algériens à cause de la peste, et le khédive a pris une mesure analogue en 1877-78 contre le choléra (1). De même, le schah n'a pas hésité à interdire temporairement le passage des pèlerins et des corps destinés aux villes saintes de Kerbelah et de Nedjef, lorsqu'il était nécessaire.

Il est nécessaire ensuite d'étendre la surveillance à ce même point de vue à la navigation dans la mer Noire, dans la mer Méditerranée, dans l'océan Indien. Une enquête dans ce sens est absolument désirable et doit être demandée aux autorités consulaires anglaises dans les différents ports, ainsi qu'au gouvernement de l'Inde.

Le règlement turc de 1878 sur le trafic des pèlerins est un véritable modèle du genre. Il est utile de mettre d'accord avec lui le règlement indien (*Indian native Passenger Ships act* et *Strait Settlements Passenger Ships act*) qui devient notoirement insuffisant. Le grand fléau de ce trafic spécial est l'encombrement des bateaux à l'époque du retour. L'auteur rappelle les bons résultats obtenus à Djeddah et à Yembo par le séjour de bâtiments de guerre égyptiens et même anglais. « On peut se demander si la police des ports du Hedjaz et de l'Egypte pendant le pèlerinage est possible sans l'assistance des vaisseaux de guerre de l'Egypte et de la Porte. »

Pour ce qui concerne l'*administration sanitaire de l'Hedjaz*, il y a beaucoup à faire. Neroustos-Bey avait fait autrefois un projet qui, dans ses parties essentielles, semblait pratique et répondait aux principaux *desideratas* : ce projet n'a pas abouti.

On ne sait si la création d'une commission de l'Hedjaz, d'après les bases proposées par lui, serait praticable et prudent. Mais ce qui est certainement possible dès aujourd'hui, c'est de faire reconnaître et enregistrer le plus exactement possible et par des gens compétents, les causes de décès à la Mecque et à Médine. L'état-major sanitaire de Djeddah devrait être augmenté, afin de pouvoir soumettre à un examen médical sérieux et les pèlerins et les bâtiments. De l'avis des gens compétents, ce n'est pas là une chose impossible. Il y aurait lieu ensuite de se préoccuper de la création d'un hôpital, qui est une nécessité absolue, mais que l'on ne peut laisser aux soins de l'entreprise privée.

Il faudrait ensuite relier Djeddah au réseau télégraphique européen, ce qui épargnerait bien des erreurs et des fautes inutiles.

L'idée d'adjoindre un médecin musulman anglo-indien à chaque pèlerinage de la Mecque est une excellente idée, l'on prévoit que la réalisation ferait éviter bien des tâtonnements inutiles.

Et, de fait, l'on trouve à la fin des pièces justificatives un extrait du rapport de l'*Assistant-Surgeon* Abdur Razzack, du service médical de l'Inde, chargé d'une mission spéciale à la Mecque pendant le pèlerinage de la Mecque. Cet extrait, qui s'occupe surtout des améliorations à introduire dans la réglementation, mériterait d'être traduit en entier, parce qu'il émane d'un homme compétent qui a pu observer par lui-même et qui connaît le fort et le faible de toute cette organisation.

Il nous reste, enfin, à considérer les *rapports du gouvernement de l'Inde* avec les quarantaines de la mer Rouge.

Nous constatons ici une petite querelle entre la métropole et la colonie : la métropole, désirant (délibération du *Local Government Bard* de 1876) que le règlement indien soit amendé, que l'on y introduise dans l'acte les détails nécessaires sur l'état sanitaire des passagers et qu'il soit appliqué d'une façon plus générale que l'on n'a fait jusqu'ici, « attendu, est-il dit, que l'on a des raisons de croire qu'en 1864-65, l'infection cholérique qui a été répandue en Europe a été d'abord charriée des Indes sur les côtes de Mekran, de l'Arabie du Sud et de l'Arabie orientale par des vaisseaux à voile indigènes qui

(1) Nous citons textuellement (p. 150) : « Often these views are of the most frivolous description, and the british colony of Malta appears to have especially distinguished itself by its extreme action in this regard. »

(1) Tout cela sans inconvénient. Et, à l'heure qu'il est, la même mesure vient d'être prise, sur l'avis des consuils sanitaires d'Alger et d'Alexandrie, en Algérie et en Egypte.

ne tombaient pas sous le coup de l'acte ci-dessus ». Or, le gouvernement des Indes n'a pas tenu compte de ces observations.

Ici se termine le premier mémoire de Radcliffe, que nous avons analysé un peu trop longuement peut-être, mais dont nous avons cru devoir donner une idée aussi complète que possible au lecteur. On voit que nous n'avions pas tort de parler de l'impartialité de l'auteur qui a su être juste envers l'étranger, tout en restant Anglais. Et nous résumerions volontiers notre impression générale en disant que la plupart de ces propositions seraient signées des deux mains par ceux de nos compatriotes qui sont chargés de la surveillance de ces graves intérêts. Mais c'est surtout dans le détail, le très petit détail, que les divergences deviennent apparentes et Radcliffe s'est borné, comme on le lui demandait, à l'examen des points de vue généraux.

Dans la série des pièces justificatives annexées au travail, nous remarquons, outre le rapport cité ci-dessus, les règlements égyptien, ottoman, hollandais, indien, des extraits d'un mémorandum du commandant Powlett sur le trafic des pèlerins en 1878, les incidents d'un pèlerinage de Djeddah à Bombay par Isabelle Burton, et des extraits du rapport sur la perception de la taxe sanitaire dans les ports ottomans par Bartoletti.

Le second mémoire est consacré aux *progrès de la peste du Levant* en général, et plus spécialement à l'épidémie de Wetlianka.

Un résumé sommaire nous fait connaître la liste des épidémies modernes et sur une carte intéressante sont notées les principales localités qui ont été atteintes. Mû par le louable désir d'être très complet, Radcliffe est arrivé à admettre des épidémies de peste des plus hypothétiques. Ainsi la peste de Bakou en 1876-77 (1). A la même époque, la peste des Indes aurait régné dans le district de Kumaun, mais, en l'absence d'indications bibliographiques précises, nous restons dans le doute à ce sujet. La manifestation bubonique d'Astrakhan, en 1877, ne peut pas non plus être rangée sans réserve, dans les épidémies de peste, surtout pour Radcliffe qui veut tenir compte de toutes les opinions. L'épidémie du Kurdistan persan, en 1878, aux environs du lac Ourmiah, est encore très douteuse. Quant à celle d'Asterabad (1876-77), qui figure sur la carte annexée, on se demande où et quand elle a été signalée.

En somme, de 1877 à 1879, nous ne connaissons et encore très imparfaitement, que deux épidémies qui méritent ce nom, celle de Resht en 1877, celle du Volga en 1878-79. Dans l'épidémie de l'Assyr, en 1879, la nature de la maladie n'a pas été mise absolument hors de doute.

Pour écrire l'histoire de la peste d'Astrakhan, Radcliffe s'est servi des rapports des délégués allemands, anglais, roumain et français. Du rapport du délégué ottoman qui n'a pas été publié, il n'a pu utiliser que les extraits communiqués par Dickson à la Société épidémiologique de Londres.

Ce document a les qualités et les défauts de toutes les compilations de ce genre : il est extrêmement complet, vu que sur tous les points de détail il a pu accumuler les particularités extraites des divers rapports, mais d'un autre côté il est un peu diffus, très fatigant à lire, précisément parce qu'une foule de détails ne sont que des hors-d'œuvre.

Ce n'est pas le moment de revenir sur cette histoire. Les délégués des différents pays sont arrivés sur le Volga un mois après les derniers décès, par conséquent, ils n'avaient plus à s'occuper d'observation clinique : tout ce qu'ils pouvaient faire était de reconstituer *grosso modo*, avec l'aide des autorités du pays, l'histoire générale de l'épidémie, reconnaître sa nature, en rechercher l'origine. En réalité, l'objet principal de la mission, celui qui a constamment et vivement surexcité l'attention des médecins, était de savoir d'où provenait cette épidémie de peste égarée au fond de la Russie. Nous avons été mêlé à ces discussions qui roulaient toujours sur le même point : la peste venait-elle de la Mésopotamie ou de la Perse? Nous avons défendu nous-même cette dernière origine qui nous semble la plus logique et la plus rationnelle. Aucune autre origine ne paraissait possible et n'avait été discutée ; Radcliffe lui-même dit : « La théorie de la transmission de la peste au Volga inférieur, si elle est difficile à prouver, est également difficile à rejeter. »

Nous apprenons par ce rapport qu'il existe une seconde théorie, celle de l'origine spontanée dans le pays, et que cette théorie a été soutenue par les délégués anglais, MM. Payne et Colvill. Pour ce dernier, il y a similitude complète entre les rives du Volga et celles de l'Euphrate, au point de vue de la constitution du sol, des variations météoriques, de la misère sociale des habitants. Pour lui, Astrakhan, la grande et riche cité caspienne, n'est qu'un grand village marécageux. J'en conclus que M. Colvill ne s'enthousiasme pas facilement et voit les choses en noir. Je n'en suis pas autrement étonné, mais je constate que ses impressions sont absolument différentes de celles de tous les autres délégués. Son principal argument est que la rive gauche du Volga surtout laisse à désirer au point de vue de l'hygiène. C'est possible, mais c'est la rive droite qui a été le théâtre de l'épidémie. Quant à Astrakhan, la vérité est que c'est une ville asiatique où le luxe et l'opulence coudoient la misère et la malpropreté, mais j'imagine qu'elle ne doit pas différer beaucoup de Constantinople, d'Alexandrie ou même d'Alger, où cependant la peste ne naît pas spontanément. Mais n'insistons pas. Avant peu, il est permis déjà de le supposer, l'origine spontanée d'une maladie infectieuse quelconque, mais surtout de la peste, passera pour une idée paradoxale.

En 1810, on parlait de la gale spontanée; en 1830, on décrivait le charbon spontané : qui s'en souvient encore? On nous a surabondamment démontré ce que valait l'origine spontanée du charbon dans les *champs maudits* de la Bresse ou de la Sologne. On comprendra bientôt que le choléra et la peste ont, eux aussi, leurs champs maudits aux Indes ou dans l'Asie Mineure et la Perse, ce qui naturellement n'exclut pas le transport dans d'autres localités. Ce transport peut être difficile à démontrer : mais pour l'épidémiologiste son existence est aussi certaine que celle du fluide *éther* l'est pour le physicien, qui cependant ne l'a jamais vu ni pesé.

C. ZUBER.

Index bibliographique.

FISTULE PYO-STERCORALE ; LAPAROTOMIE ET SUTURE DE L'INTESTIN ; GUÉRISON PAR PREMIÈRE INTENTION, par le professeur JULLIARD (de Genève).

L'observation publiée par M. Julliard est intéressante à deux points de vue : d'abord parce qu'elle est un des exemples assez rares de fistule stercorale traitée par la suture de l'orifice intestinal, ensuite parce qu'à cette opération a dû se joindre celle de la laparotomie. La fistule (chez une demoiselle de trente-cinq ans) était consécutive à un abcès de la fosse iliaque gauche ouvert par le bistouri; après n'avoir donné, pendant sept ans et demi, que du pus, elle fournissait une matière stercoro-purulente quand M. Julliard pratiqua l'opération. Une première incision de 15 centimètres fut faite au-dessus de l'orifice induré de la fistule, parallèlement à la crête iliaque; une seconde au-dessous. Deux doigts introduits par les deux ouvertures se trouvent être séparés par une masse dure; on réunit alors les deux incisions, on incise sur cette masse adhérente aux parois abdominales, et l'on arrive dans une cavité remplie de fongosités, de pus et de matières fécales.

(1) Voici sur quelle autorité s'appuie l'auteur : « Il résulte, dit Castaldi, des renseignements que M. Schulzewski, chancelier du consulat général de Russie à Tauris, lors de son passage par Téhéran, venant de Bakou, m'a communiqué, dans les premiers jours de janvier, qu'à Bakou il y avait eu quelques cas d'une maladie typhique avec bubons et que dans deux maisons il y avait eu sept malades décédés, tous en trois jours. Parmi ces morts se trouvait aussi la mère de M. Schulzewski. » Ce sont, en effet, les paroles textuelles du rapport de Castaldi (6 juin 1877), mais Radcliffe a eu grand tort de ne pas imiter la réserve du délégué ottoman qui ajoute aussitôt : « Je ne prétends tirer aucune conséquence de ces faits. »

On sépare le paquet intestinal des parois abdominales, on attire ce paquet au dehors, on en déploie les anses, et l'on découvre enfin l'orifice intestinal, qui avait été jusque-là masqué par des fongosités. Il siégeait sur le gros intestin; la suture fut faite avec des catguts fins, et l'intestin replacé dans l'abdomen. On racla le trajet fistuleux, on aviva avec des ciseaux les bords de l'orifice cutané, on réunit la plaie faite au péritoine avec d'autres catguts, en ayant soin d'adosser séreuse contre séreuse. Un drain fut introduit dans la fistule, et la plaie pansée suivant les procédés de la méthode antiseptique. Les suites de cette opération furent des plus simples, et la guérison était complète au bout de vingt jours. (Brochure extraite de la *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 4, 1881.)

Étude clinique sur la paralysie spinale aigue de l'adulte, par M. Paul Sauze. — Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cette thèse résume avec précision, bien que d'une manière succincte, ce que l'on sait de la paralysie spinale aiguë de l'adulte. L'auteur a cru devoir se borner au côté clinique de la maladie. Il n'a point parlé des lésions qui lui donnent naissance. et n'a pu, en conséquence, s'occuper de la physiologie pathologique d'une affection qui mérite cependant un peu plus qu'un simple compte rendu clinique. Ce qui donne de l'intérêt à son travail, c'est le résumé fidèle du mode d'apparition et de l'évolution des accidents observés dans un certain nombre d'observations réunies sous forme de tableau. Tous les faits publiés ne s'y trouvent point reproduits, mais on y trouvera un nombre très suffisant d'indications utiles permettant, en conséquence, de se faire une idée très nette de l'évolution de la maladie.

VARIÉTÉS

Lady Montague et l'inoculation de la petite vérole.

On sait que la pratique de l'inoculation de la variole, très ancienne dans l'extrême Orient, et parvenue à Constantinople à commencer du dix-septième siècle, est restée encore longtemps inconnue ou à peine connue en Europe, notamment en Angleterre et en France. Lady Montague, ayant accompagné en 1716 son mari dans une embuscade à Constantinople, fut frappée de cette pratique et, dès l'année suivante, la fit connaître et la recommanda en Angleterre. Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de remettre sous les yeux de nos lecteurs une lettre (la trente et unième) entièrement consacrée à ce sujet :

Andrinople, 1er avril 1717.

Après avoir parlé de la peste en Turquie, qu'elle attribue à la malpropreté et au manque d'hygiène, lady Montague en arrive à la petite vérole et à l'inoculation telle qu'elle était pratiquée alors chez les peuples d'Orient.

A propos de maladies, je vais vous raconter quelque chose qui vous donnera l'envie d'être ici. La petite vérole, si répandue et si fatale parmi nous, est dans ce pays absolument inoffensive, grâce à une inoculation, pour me servir du terme qu'ils emploient.

Il y a toute une classe de vieilles femmes qui font leur métier de la pratique de cette opération. Chaque automne, vers le mois de septembre, quand la grande chaleur est tombée, on s'entend entre familles pour savoir s'il y en a qui désireut avoir l'inoculation de la petite vérole; on s'associe dans ce but, et quand on est réuni par quinze ou seize, la vieille femme arrive avec une coquille de noix pleine de la matière de la meilleure sorte de petite vérole, et demande quelle veine il vous plaît de faire ouvrir. En un clin d'œil, avec une large aiguille, elle ouvre celle que vous lui présentez, ce qui ne fait pas plus de mal qu'une simple égratignure, et elle introduit dans la veine autant de matière qu'il peut en tenir sur le bout de son aiguille. Après cela, elle recouvre la petite plaie d'un morceau de coquille, la bande soigneusement, et recommence ainsi sur quatre ou cinq veines.

Les Grecs, par superstition, en ouvrent une au milieu du front, une à chaque bras et une à la poitrine, pour faire le signe de la croix; mais cela a un très mauvais effet, toutes ces blessures laissant de petites cicatrices. Ceux qui ne sont pas superstitieux préfèrent les avoir aux jambes ou à une partie du bras cachée par les vêtements.

Les enfants ou ceux qu'on vient d'inoculer récemment restent à jouer ensemble tout le jour, et sont en parfaite santé jusque vers huit heures du soir. A ce moment la fièvre commence, et ils doivent passer au lit deux jours, rarement trois. Ils ont aussi très rarement sur la face plus de vingt ou trente boutons, qui ne laissent jamais de cicatrices, et en huit jours de temps ils sont aussi bien qu'avant leur maladie. A l'endroit où ils ont été piqués il se fait, pendant la durée de l'affection, une suppuration qui, j'en suis sûre, doit être d'un grand soulagement pour le mal. Tous les ans des milliers d'individus subissent l'opération, et l'ambassadeur de France dit plaisamment qu'ici, pour se divertir, on se donne la petite vérole comme en d'autres pays on va aux eaux.

Il n'est pas d'exemple que personne ait succombé à la suite de cette opération, et vous pouvez penser que je dois bien être satisfaite de l'innocuité de la chose, par cette intention que j'ai d'essayer sur mon enfant chéri.

J'ai assez de patriotisme pour tâcher de mettre à la mode, en Angleterre, cette utile invention, et j'en écrirais certainement quelque chose à l'un de nos docteurs, si j'en connaissais d'assez vertueux pour perdre, dans l'intérêt de l'humanité, ce qui est pour eux source de tant de revenus. Mais la petite vérole leur rapporte trop de bénéfices pour ne pas exposer à tous leurs ressentiments l'infortuné mortel qui tenterait d'y mettre fin. Peut-être, si je vis assez pour retourner, j'aurai le courage d'entreprendre la chose, ce qui vous donnera l'occasion d'admirer l'héroïsme de votre

Lady Montague (1717).

Le baron Dominique Larrey. — Nous lisons dans plusieurs journaux une note de laquelle il résulterait qu'on aurait retrouvé à l'hôpital militaire de Lyon un bocal contenant le *cœur* du baron Larrey. Il y a ici une erreur. Le cœur de Larrey, d'abord conservé dans l'église Saint-Germain-l'Auxerrois, a été transporté, le 25 juillet 1854, par décision du ministre de la guerre, au Val-de-Grâce, et déposé dans un caveau de la chapelle. Mais lors de la mort du célèbre chirurgien, qui eut lieu à Lyon en 1842, une partie des entrailles, n'ayant pu être replacée dans la cavité abdominale après l'autopsie, a été conservée dans un bocal qui a été déposé dans la *salle des conférences* de l'hôpital militaire. C'est ce bocal qu'on vient de retrouver. Le contenu, suivant une décision de la Direction de l'hôpital, va être enfermé dans une urne et déposé dans la chapelle. Ces détails nous ont été fournis par M. le baron Hippolyte Larrey, qui a bien voulu mettre sous nos yeux les documents à l'appui.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Conformément à nos prévisions et aux vœux que nous avions exprimés (voy. n° 49, p. 782), la majorité des voix des Facultés de province s'est portée sur M. J. Béclard, déjà désigné, on le sait, par la Faculté de Paris. Le résultat des votes de toutes les Facultés de France est le suivant : électeurs inscrits, 230; votants, 181; majorité absolue, 91. Ont obtenu : MM. Béclard, 98 voix; Chauveau, 13; Lacassagne, 11; bulletins nuls, 59. M. J. Béclard est donc élu membre du Conseil supérieur de l'instruction publique.

M. Béclard vient, par décret du 17 décembre, d'être nommé membre de la commission permanente du Conseil, pour une période qui prendra fin le 11 mai 1884.

Fièvre jaune. — Le gouverneur général télégraphie au ministre des colonies, le 17 décembre : « L'état sanitaire continue à s'améliorer. Dakar et Saint-Louis sont en libre pratique. La situation à Ruffisque est la même, mais Gorée a eu deux décès le 2 décembre, ce qui reporte au 25 décembre la levée de la quarantaine. »

Hôpitaux. Voitures de transport. — L'Assistance publique vient de faire construire de nouvelles voitures pour le transport des blessés et des malades atteints d'affections contagieuses. Ces voitures, qui ont reçu une installation spéciale pour la durée de l'hiver, sont chauffées et munies d'une cheminée d'appel.

LA RUE LITTRÉ. — Une rue de Paris, située dans l'arrondissement où est mort Littré (le VIe), va recevoir le nom de cet illustre savant. C'est la rue qui sera percée en haut de la rue de Rennes, et qui aura 600 mètres de longueur.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours des prix de l'internat.* — Le concours de la médaille d'or vient de se terminer par les nominations suivantes : médaille d'or, M. Chauffard; médaille d'argent, M. Netter; première mention, M, Juhel-Rénoy; deuxième mention, M. E. Gaucher.

FACULTÉ DE LYON. — La chaire de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie est déclarée vacante.

— M. Tripier, professeur de médecine opératoire, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Desgranges, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé professeur honoraire.

FACULTÉ DE BORDEAUX. — M. Viault, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'anatomie générale et d'histologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN.— Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie sera ouvert, le 20 juin 1882, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE DE TERRE. — Ont été promus :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe :* M. Vallin, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe :* M. Kelsch, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille. — M. Jacob, médecin-major de 1re classe à Lyon.

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* (Choix.) M. Sorel — (Ancienneté.) M. Deville. — (Choix.) M. Delmas. — (Ancienneté.) M. Labrevoit. — (Choix) M. Accolas. — (Ancienneté.) M. Perret. — (Choix.) M. Richard (Eugène).

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Michel (Alexis-Emile), médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal (2e tour, choix).

CONSEIL MUNICIPAL. SERVICE DENTAIRE.— Une pétition approuvée par la *chambre syndicale* et par le *cercle* des dentistes de Paris a été adressée au Conseil par M. E. Taillebois; elle tend à la création d'un *service dentaire municipal gratuit*, avec inspections périodiques dans toutes les écoles primaires. Les deux premiers articles du règlement projeté de ce service sont ainsi conçus :

ART. 1er. — Tout enfant, de l'un ou de l'autre sexe, fréquentant les écoles primaires municipales de Paris, *sur la demande de ses parents*, profitera gratuitement du service dentaire spécial organisé dans ces écoles par les mairies.

ART. 2. — Ce service *gratuit* comprendra *deux inspections annuelles*, faites *semestriellement*, et les *extractions* jugées nécessaires par le chirurgien-dentiste.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort du célèbre chirurgien russo Pirogoff, décédé en Podolie le 5 de ce mois, à l'âge de soixante et onze ans.

— Après Pirogoff, deux noms célèbres dans les sciences médicales viennent de s'éteindre : Francisco Selmi (de Bologne), très connu aujourd'hui pour sa découverte des ptomaïnes; Grandesso Silvestri, inventeur de la ligature élastique, qu'il a préconisée en 1862, avant que Dittel et Esmarch en eussent généralisé l'emploi.

MORTALITÉ A PARIS (50e semaine, du vendredi 9 au jeudi 15 décembre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1040, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 9. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 60. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 4. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56.—Bronchite aiguë, 42.— Pneumonie, 74.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 45; au sein et mixte, 28; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 92; de l'appareil circulatoire, 68; de l'appareil respiratoire, 65; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 50e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1150 naissances et 1040 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient de 1036 (46e), 1022 (47e), 948 (48e), 1039 (49e). Le chiffre de 1040 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres des quatre dernières semaines.

Comme distribution locale, les quartiers les plus éprouvés par la diphthérie sont ceux de *Saint-Lambert*, de *la Chapelle*, de *Clignancourt*, qui comptent chacun 3 décès (le quartier *Clignancourt* en avait déjà eu 3 la semaine dernière); les quartiers limitrophes du *Combat* et de *Belleville*, qui en ont chacun 3; enfin celui de *la Gare*, où il en a été déclaré 5, dont 2 concernant des enfants de quelques mois, nourris au sein par la mère.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité clinique et pratique des maladies mentales, par M. le docteur J. Luys, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8 avec 27 figures intercalées dans le texte et 10 planches coloriées et photo-micrographiques. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. Broché, 17 fr., cartonné. 18 fr.

Du décollement rétinien et de son traitement, par M. le docteur Debierre. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

De la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, par M. le docteur Galissard de Marignac. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Étude sur la scarlatine chez les femmes en couches, par M. le docteur Legendre. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Pathogénie des affections de l'oreille éclairée par l'étude expérimentale, par M. le docteur Baraloux. In-8 avec 2 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Des varices pendant la grossesse et l'accouchement, par M. le docteur H. Cazin. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Essai sur la broncho-pneumonie érysipélateuse, par M. le docteur Slackler. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude sur les transpositions viscérales, par M. le docteur Vallienne. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Contribution à l'étude de l'orchite traumatique, par M. le doctour Coulan. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

De la mort rapide par le traumatisme chez les sujets atteints de néoplasmes profonds, par M. le docteur Cerné. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Des lésions syphilitiques du rachis, par M. le docteur Levol. In-8. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

De la cachexie pachydermique (mixœdème des auteurs anglais), par M. le docteur G. Ridel Saillard. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Impressions et aventures d'un diabétique à travers la médecine et les médecins, par M. le docteur Jules Cyr. 2e édition. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Maladies de l'estomac et des intestins, par M. le docteur Blanchet. 1 vol. in-18. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceaux sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau, par M. le docteur Ballet. In-8 avec 10 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Contribution à l'étude de la laxité articulaire et particulièrement de la laxité polyarticulaire liée à une influence générale comme cause prédisposante des arthropathies, par M. le docteur Aubeau. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Etude sur les kystes du larynx, par M. le docteur Moure. 1 vol. in-8 avec figure dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude générale de la localisation dans les centres nerveux, suivie d'une étude critique sur les recherches de la physiologie des localisations en Allemagne, par M. le docteur H. Duret. In-8 avec figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Exophthalmos pulsatile de l'orbite guéri par l'électro-puncture, par M. le docteur G. Martin. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Le lactate de fer.

Un homme de lettres plus spirituel que sérieux écrivait dans un de nos grands journaux, à propos de médecine : Qui nous délivrera du fer? On eût pu lui répondre : Qui nous délivrera d'abord de la chlorose et de la chloro-anémie ? Il vrai, et c'est là son excuse, qu'il avait en vue une préparation spéciale du fer. En effet, il y a fer et fer, et si certaines préparations n'ont d'autres résultats que d'enfanter des réclames commerciales, d'autres sont des médicaments utiles et qu'il faudrait chercher si on ne les avait pas.

Il n'est pas difficile d'obtenir du fer pur; ce qui est moins facile, c'est d'obtenir du fer assimilable, et qu'on ne retrouve pas dans les déjections dans un état peu différent de celui où il a été ingéré. Il est de toute évidence que le fer qui n'est pas assimilé n'apporte à l'organisme qu'une fatigue sans profit, et, par conséquent, qu'on doit retrancher du nombre des médicaments toutes les préparations qui permettent au fer de rester ou passer à l'état de métal dans les intestins. Nous devons dire que ces préparations sont de beaucoup les plus nombreuses.

Il en est, au contraire, dont on ne peut nier l'efficacité; mais là encore nous avons des distinctions à faire. Certaines préparations sont d'une assimilation lente et pénible, elles demandent aux organes un véritable effort de digestion ; ce n'est qu'en empruntant à ces organes les acides physiologiques qu'ils contiennent qu'elles arrivent à se dissoudre et à passer dans la circulation. Il est certain que ces préparations, tout efficaces qu'elles puissent être, apportent à l'organisme un travail et, par suite, une fatigue qu'il est important d'éviter : les chlorotiques et les chloro-anémiques ont besoin, plus que tous autres malades, qu'on ménage leurs forces déjà trop insuffisantes. Il y a donc lieu de retrancher encore du nombre des médicaments les préparations ferrugineuses dont les malades eux-mêmes disent qu'elles sont *lourdes à l'estomac.* Les seules préparations acceptables sont celles qui s'assimilent d'elles-mêmes et sans efforts, qui passent inaperçues dans l'organisme, et ne manifestent leur présence que par le relèvement des forces du malade, l'activité et l'énergie qu'elles donnent à toutes ses fonctions.

Il en est très peu qui remplissent ces conditions : de nombreuses expériences ont été faites par les chimistes les plus autorisés sur les sels de fer, notamment par MM. Boudault et Corvisart, Claude Bernard, Bareswill et Lemaire. Il a été reconnu que certains sels de fer, quoique solubles, n'étaient pas assimilés, que d'autres étaient incontestablement nuisibles, comme paralysant la digestion : sur neuf préparations expérimentées en 1858 par une commission de l'Académie de médecine, six se sont trouvées dans ce cas; le fer réduit et le pyrophosphate n'ont cessé d'être nuisibles qu'employés à si petites doses qu'ils devenaient absolument inefficaces. Le rapporteur de la commission, M. Boudet, constatait ces résultats en ces termes :

« Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le » citrate de fer, et le fer réduit, sont conformes à ceux que » MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expé- » riences antérieures; ils montrent que le pyrophosphate de » fer citro-ammoniacal partage avec des sels de fer dont » l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate » et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser » l'action digestive du suc gastrique et que le lactate de fer » seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

C'est donc le lactate de fer qu'il faut préférer à toute autre préparation martiale, pour obtenir sans danger et sans fatigue pour l'estomac les effets reconstituants qu'a toujours, il faut le reconnaître, le fer quand il est bien employé. MM. Gélis et Conté en ont rendu l'administration très facile en la préparant en dragées et pastilles que tous les estomacs tolèrent sans le moindre effort.

Acceptées par tous les praticiens à la suite des observations nombreuses recueillies dans les principaux services hospitaliers de Paris, ces dragées sont devenues un des plus précieux médicaments de la thérapeutique moderne. Leur emploi ne saurait être trop recommandé dans toute les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang et notamment la chlorose et l'anémie.

(*Union médicale.*)

Du goudron en thérapeutique.

Le goudron n'est pas seulement un des médicaments les plus fréquemment prescrits par les médecins, mais son emploi est, en quelque sorte, devenu populaire. Ce n'est pas, du reste, d'hier que sont connues ses propriétés curatives; elles étaient même vantées jusqu'à l'exagération, au siècle dernier, par l'évêque Berkeley.

Pendant bien longtemps on a fait presque exclusivement usage d'eau de goudron. C'est là cependant une préparation peu efficace, sur laquelle, du moins, il n'est pas permis au médecin de compter, à cause du peu de solubilité du goudron dans l'eau.

Ce fait une fois constaté, de nombreuses tentatives furent faites par les pharmaciens pour remédier à ce grave inconvénient. Les uns l'additionnèrent d'un alcali afin d'augmenter sa solubilité; les autres agirent par macération à chaud ou par concentration. Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour reconnaître que ces procédés sont défectueux. Ici, le produit est en grande partie dénaturé; là, il est privé de la plupart de ses principes actifs. Les preuves en ont été données depuis Soubeiran jusqu'à Gubler, en passant par MM. Després, Bouchut, Adrian, etc. Les capsules et les pilules renfermant le goudron à l'état de pureté présentent, elles aussi, des inconvénients, en ce qu'elles provoquent la purgation et sont d'une digestion difficile (Audhoui).

En présence de ces préparations plus ou moins défectueuses, le médecin se trouve souvent embarrassé quand il a le goudron à prescrire; c'est là ce qui nous a engagé à appeler de nouveau l'attention de nos confrères sur un produit qui mérite, ainsi qu'on verra plus loin, toute leur confiance; je veux parler de l'émulsion de goudron de Le Beuf.

Ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire ici l'année dernière, M. Le Beuf a découvert le moyen, tout en rendant le goudron parfaitement soluble, de lui conserver sans altération tous ses principes et partant toutes ses propriétés. Pour atteindre ce but, il l'émulsionne avec la saponine (1), principe immédiat, neutre comme la gomme et le sucre, du *Quillaya saponaria*. Ainsi émulsionné, il est parfaitement stable, et, divisé en particules d'une ténuité extrême, il se mélange à l'eau en toute proportion.

Terminons maintenant par le résumé très succinct de quelques observations qui nous paraissent démontrer d'une façon irréfutable l'efficacité de cette préparation.

Obs. I. — M[me] la comtesse de V..., âgée de quarante-huit ans, tempérament lymphatico-sanguin. Diathèse catarrhale l'obligeant depuis bien des années déjà à aller passer la mauvaise saison dans le Midi. Forcée l'hiver dernier de rester à Paris, un des membres de sa famille étant gravement malade, nous lui conseillons dès le mois d'octobre, comme moyen préservatif, l'emploi de l'émulsion Le Beuf. Elle n'a été affectée que d'un léger rhume à la fin de janvier, et cependant, malgré le froid, elle n'hésitait pas à sortir en voiture, aussitôt que se montrait un rayon de soleil.

(1) Comme preuve de la bonté de ce mode opératoire, nous pouvons ajouter que la Commission du Codex lui a donné son approbation, et se propose d'inscrire la formule de cette émulsion dans la nouvelle édition du formulaire officiel, à l'étude.
(N D. L. R.)

Obs. II. — M[me] P..., mariée à un officier de l'armée, trente-cinq ans, tempérament nerveux; sujette à des rhumes très fréquents qu'elle contracte quand elle est exposée aux moindres courants d'air, et dont ne triomphent qu'avec peine les médicaments ordinairement employés. Nous conseillons l'émulsion Le Beuf. Son usage a été continué très régulièrement pendant quatre mois. Pas de rhume depuis le mois d'avril dernier. M[me] P... est si satisfaite, que par excès de précaution elle vient de reprendre l'usage de ce médicament.

Obs. III. — M. P. X..., capitaine du génie, tempérament lymphatico-sanguin, trente-deux ans; état général laissant un peu à désirer; prend, aussitôt qu'il a les pieds froids ou humides, un coryza qui se termine par un rhume des plus intenses. Cette susceptibilité a été combattue avec succès et une rapidité remarquable (deux mois) par l'emploi du goudron de Le Beuf.

Obs. IV. — M. C..., employé au ministère de la guerre, tempérament sanguin, bonne constitution, s'enrhumant très facilement; est atteint le 3 février dernier d'une bronchite aiguë des plus sérieuses: applications de thapsia, sirops opiacés et potions kermétisées. Cessation assez prompte de l'état aigu, mais persistance de la toux avec abondante expectoration. Une amélioration sensible se fit sentir quelques jours après avoir fait usage de l'émulsion Le Beuf; bientôt la guérison fut complète.

A ces quatre observations que nous avons choisies, comme *types*, au milieu d'un très grand nombre d'autres, on nous permettra d'ajouter les trois suivantes, que veut bien nous communiquer un de nos confrères:

Obs. A. — M. S..., lieutenant de la garde municipale en retraite, ancien percepteur des contributions, soixante-douze ans. Catarrhe vésical et bronchite chronique datant de 1877. A employé tous les moyens ordinairement prescrits en pareil cas. Commence l'usage du goudron Le Beuf en décembre dernier. Une amélioration notable a été constatée deux mois plus tard.

J'ai revu ce matin (15 novembre) M. S...; son état est aussi satisfaisant que possible, tant au point de vue du catarrhe vésical qu'à celui de la bronchite. Continue du reste à prendre ce médicament.

Obs. B. — M. B..., adjudant sous-officier en retraite, cinquante-neuf ans, bonne constitution. Bronchite chronique avec expectoration abondante tous les matins. Guérison.

Obs. C. — M. M..., officier en retraite. Bronchite avec menace de tuberculisation. Goudron Le Beuf combiné avec les toniques. Amélioration considérable qui doit être, du moins en partie, attribuée à l'usage de ce médicament.

La dose ordinaire a été dans tous ces cas d'une cuillerée à café, prise deux fois par jour, dans un demi-verre d'eau.

Il nous semble résulter de ces observations que l'émulsion de goudron Le Beuf, en modifiant d'une façon très remarquable la vitalité des muqueuses et notamment de la muqueuse pulmonaire, tarit les sécrétions exagérées et aide ainsi à la guérison des maladies, quand elles ne sont pas décidément incurables.

Le vin à l'extrait de foie de morue.

Nous avons été des premiers à étudier cet excellent produit, auquel notre dévoué collaborateur, le docteur P. Vernon, a consacré (l'on s'en souvient) un ou deux articles. Aujourd'hui, nous croyons devoir revenir sur cette étude, car l'expérience a prononcé, et de remarquables travaux ont été faits sur la question; nous leur donnons l'hospitalité de nos colonnes.

L'huile de foie de morue agit surtout par ses principes extractifs, qui sont les éléments constitutifs de la bile élaborés dans le foie de l'animal : la propylamine, le phosphore et les phosphates associés dans un composé oléo-phosphoré très assimilable (Dujardin-Beaumetz), le glycogène (Claude Bernard), sucre hépatique déjà transformé et *digéré*, pour ainsi dire; le brome, l'iode, etc... Cette théorie (admise aujourd'hui par tous), qui efface le rôle thérapeutique de l'huile au profit de l'extrait de foie de morue lui-même, appartient au regretté professeur Gubler, auquel la science de guérir est si redevable. Gubler expliquait ainsi l'action du foie de morue dans la maigreur, la débilité, l'atonie gastro-intestinale, la goutte, les hépatites et surtout le rachitisme, la tuberculose et la scrofule (1).

On sait combien l'huile de foie de morue est mal tolérée de certains organismes; bien plus, lors même qu'elle est bien digérée, elle n'est pas sans offrir, parfois, de sérieux inconvénients, dans la médication infantile, par exemple. C'est ainsi que le conseil d'hygiène soumettait récemment à l'Académie de médecine un rapport sur les inconvénients de l'huile de foie de morue administrée aux enfants en bas âge.

Les matières grasses, dit en substance le rapport dont nous parlons, conviennent peu aux jeunes enfants; les sucs qui doivent les émulsionner manquent chez ces petits êtres; la bile et le suc pancréatique ont, chez eux, une puissance imparfaite; c'est pourquoi l'huile de morue est mauvaise aux jeunes organismes.

« Si l'huile de foie de morue était débarrassée de son extrait, disait récemment le professeur G. Sée, elle ne vaudrait pas mieux que l'huile d'olives. » C'est donc l'extrait qui agit. Mais comment le préparer, comment l'administrer?

Dès 1866, le docteur Vivien, qui, depuis longtemps, étudiait la question, obtenait un brevet pour ses procédés de *concentration par congélation*. En effet, il fallait (à moins de vouloir perdre par volatilisation les utiles principes de l'extrait), *recourir au froid* pour sa concentration. *L'extrait médicinal déliquescent de foie de morue du docteur Vivien* une fois découvert, il fallait trouver la manière de l'administrer *cito, tuto, et jucunde*. Notre confrère prépara d'abord des dragées, composées de 6 centigrammes d'extrait pur, enrobées de sucre par un procédé spécial inaltérable. Depuis plusieurs années, ces dragées sont employées avec un succès évident. Mais Vivien, poursuivant toujours ses recherches, découvrit que certains vins sucrés alcooliques (grenache, malaga, frontignan), masquaient admirablement la saveur et l'odeur de l'extrait. Il prépara le *Vin Vivien*, qui renferme 12 centigrammes d'extrait par cuillerée, et qui convient, par son goût agréable, aux personnes les plus difficiles à médicamenter.

C'est ce vin, dont la renommée, grandissant tous les jours, a fait le tour de la presse médicale du monde entier. C'est sur lui que, guidé par un article de mon confrère le docteur Vernon, j'ai fait de concluantes observations, qu'il est de mon devoir de soumettre au public médical.

J'ai administré le vin Vivien dans trois cas de cachexie pulmonaire tuberculeuse (aux deuxième et troisième degrés) et dans un cas de pleurésie chronique. Il fut très bien toléré, réveilla l'appétit éteint, arrêta la diarrhée dans un cas (au lieu de la provoquer, comme le fait souvent l'huile chez les phthisiques). Jamais il n'y eut de renvois; quoique le vin fût administré à la dose énorme de 80 grammes par jour, jamais d'intolérance gastrique; diminution de l'expectoration, de l'oppression, des sueurs et de la faiblesse; en un mot, amendement notable de tous les symptômes graves. Dans un des cas (chez un tuberculeux au deuxième degré), nous avons eu le bonheur d'assister à une véritable résurrection.

Dr M. Ternès.

(*Revue de thérapeutique.*)

(1) En comparant les analogies de l'extrait et de l'huile, on remarque que l'extrait contient plus de 2 et demi pour 100 de propylamine, alors qu'il n'y en a pas trace dans l'huile.

Cela nous démontre que les principes chimiques médicamenteux des huiles et des eaux de foie de morue, et principalement les principes doués de déliquescence, entre autres la propylamine, ne préexistent pas tont formés dans les foies vivants ou récemment morts; ils y trouvent aisément leurs éléments de formation, et s'élaborent lentement dans des conditions spéciales que leur offre seule une longue macération à froid, d'une durée de quatre à cinq mois, hors du contact de l'air, macération pendant laquelle s'opèrent des réactions multiples et complexes dont *aucune n'a le caractère de la fermentation putride.*

THÉRAPEUTIQUE

L'extrait hydro-alcoolique de digitale.

La digitale est un des plus importants parmi les médicaments incontestés; c'est, en effet, le diurétique le plus sûr que l'on connaisse, et en même temps le régulateur de la circulation.

La plupart de nos chimistes ont étudié la digitale dans sa composition et ses propriétés, nos médecins les plus distingués l'ont employée avec un succès constant. Ses propriétés diurétiques en font un adjuvant précieux dans le traitement de l'hydropisie, et son action sur la circulation en fait un des plus puissants sédatifs connus. En effet, elle ralentit les battements du cœur au point de faire tomber les pulsations de près de moitié, et comme en général le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre de ses pulsations diminue, il devient évident que par une administration rationnelle de la digitale on parvient à régler les battements du cœur, à diminuer leur fréquence et à augmenter leur énergie : on apporte donc à la fois du calme et de la force dans la circulation.

Ces faits ont été si fréquemment constatés qu'il n'est véritablement plus nécessaire de citer des observations qu'on est à même de renouveler tous les jours. La question qui se présente est celle de la forme à préférer pour l'administration de la digitale. Plusieurs pharmacologistes ont prétendu que l'infusion prolongée de la plante devait être préférée pour l'usage médical, et par suite que l'infusion aqueuse devait être adoptée pour la préparation du sirop de digitale officinal. M. Labélonye, avec l'autorité de sérieuses études sur la digitale, a soutenu une opinion contraire et l'a fait triompher : il a prouvé que, sous l'action de l'alcool hydraté à 22 degrés, l'huile volatile, la résine, les principes amers, les sels étaient complètement dissous, et que l'extrait hydro-alcoolique qui en résultait contenait bien tous les principes auxquels la digitale doit ses propriétés. Les rédacteurs du Codex se sont rangés à l'opinion de M. Labélonye, et la solution alcoolique a été substituée à l'infusion aqueuse dans la formule du sirop de digitale officinal. Cette opinion a d'ailleurs été confirmée dans le rapport de M. Buignet, lu à l'Académie de médecine, le 23 janvier 1872.

C'est donc l'extrait hydro-alcoolique de digitale qui doit être la base des préparations les plus favorables à la bonne administration de la digitale, et c'est avec cet extrait, préparé avec des soins tout spéciaux, que M. Labélonye confectionne les granules et le sirop dont l'emploi est devenu général. Le sirop surtout obtient des succès constants qui démontrent qu'il jouit bien de toutes les propriétés de la digitale sans présenter aucun inconvénient dans son mode d'administration : il ne charge jamais l'estomac et est facilement supporté par les personnes les plus délicates. La dose à laquelle il doit être employé est en moyenne de deux cuillerées à bouche par jour, ou de quatre granules s'il s'agit de granules. A cette dose, les effets sont très appréciables; elle peut cependant être augmentée sans inconvénient, et quelquefois presque doublée avec avantage dans les perturbations violentes de la circulation et les battements de cœur intolérables. Dans tous les cas, ce n'est jamais sans un succès immédiat qu'on l'emploiera dans toutes les affections du cœur.

(*Union médicale.*)

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la Gazette hebdomadaire *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* Bulletin de l'Académie de médecine, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Paris, 29 décembre 1881.

La dernière séance de l'Académie, quoique en partie consacrée à l'élection des commissions permanentes, a été fructueuse pour la science. On a entendu successivement d'intéressantes lectures : de M. Lagneau, *sur le recrutement dans le département de Tarn-et-Garonne ;* de M. Lecorché, *sur la congestion veineuse de la cirrhose hépatique dans le diabète ;* enfin de M. Magitot, *sur la valeur diagnostique, dans le diabète, de la périostite alvéolaire des mâchoires.*

— On verra, par une note de la page 844, que le Conseil national de Suisse vient de voter le principe de la *vaccination obligatoire.*

De l'extension continue dans le traitement des fractures de cuisse.

Il n'est pas de problème plus vieux, et depuis Hippocrate, qui cherchait à obtenir l'extension continue par de flexibles branches de coudrier, tous les chirurgiens de toutes les époques et de tous les pays ont imaginé des appareils pour maintenir les fractures de cuisse et les consolider sans raccourcissement. Mais leurs efforts restaient vains et malgré des souffrances souvent intolérables imposées aux malades, en fin de compte un cal vicieux, un énorme raccourcissement venaient prouver aux praticiens la stérilité de leurs tentatives. Cela n'est point une histoire ancienne, et ne lit-on pas dans les *Cliniques chirurgicales de la Charité*, livre récent d'un maître justement estimé : « L'idée de l'extension continue est très rationnelle, mais elle n'a pu prendre jusqu'ici un rang définitif dans la pratique. »

Cependant l'attelle américaine, importée en France en 1858 et perfectionnée par Nélaton, était un grand progrès sur les anciens appareils et on lui doit quelques succès. Nous avons assisté en 1868 et 1869 aux efforts de M. Broca pour l'acclimater, mais on se heurtait toujours aux difficultés de la contre-extension; les liens qui embrassaient le pli de l'aine, la cavité thoracique ou l'aisselle était fort mal tolérés; des ulcérations, des eschares survenaient et le malade préférait le plus souvent courir les chances d'une claudication que supporter les tortures de traction et de compression ininterrompues pendant les deux ou trois longs mois du traitement.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

M. Ferrier poursuivi pour ses vivisections.— Première opération de Porro à Londres. — Accidents mortels de l'éclairage par l'électricité. — Eclairage de l'intérieur du corps par la lumière électrique. — Paraplégie hystérique guérie par la langue française. — Réforme des examens pour le doctorat en Amérique. — Création d'une Université à Presbourg. — Migrations étranges de corps étrangers. — Un prix de deux millions et demi.

La Société protectrice des animaux, ou plutôt la Société antivivisectionniste de Londres, vient, suivant notre humble avis, de se couvrir d'un grand ridicule en traduisant devant les tribunaux, comme un vulgaire charretier, un des hommes qui actuellement portent le plus haut le drapeau de la science anglaise, le professeur Ferrier. Nous n'avons pas à rappeler ici les beaux travaux de M. Ferrier sur les localisations cérébrales, connus de tout le monde savant ; nous dirons seulement que c'est en raison des expériences qu'il fit à ce sujet devant la section de physiologie du congrès médical international, que M. Ferrier fut incriminé. On comprend toute l'agitation soulevée dans la presse anglaise par un pareil procédé. On se rappelle que M. Lister fut obligé de venir sur le continent faire les expériences nécessaires pour éclaircir certains points relatifs à ces merveilleux pansements qui depuis ont sauvé des milliers d'hommes, grâce au sacrifice de quelques chiens. MM. James Paget, Owen et Wilks n'ont pas dédaigné de prendre la plume à cette occasion et d'écrire en faveur des vivisections trois articles remarquables parus récemment dans le *Nineteenth Century*.

M. Ferrier fut acquitté, et la plupart des Sociétés médicales de Londres lui ont voté des adresses de félicitations, exprimant à la fois leur sympathie pour l'homme et leur admiration pour ses travaux. Mais on ne peut s'empêcher de s'étonner de la sollicitude qu'un peuple intelligent apporte

Les répulsions des malades étaient telles que l'appareil américain ne se vulgarisa guère. On en venait à préférer la pratique préconisée alors par M. Gosselin : on endormait le patient jusqu'à la résolution musculaire complète et, lorsque la réduction de la fracture était exacte, on appliquait un solide appareil de Scultet, tout en maintenant le sommeil chloroformique. Les précautions, on le voit, étaient grandes. Cependant la contraction des muscles ramenait bientôt le chevauchement et les raccourcissements de six centimètres n'étaient pas rares.

L'attelle américaine fut donc abandonnée, mais elle avait rendu un grand service. On apprit, grâce à elle, à se servir de bandelettes de diachylon appliquées directement sur la peau pour obtenir une extension efficace. Ces bandelettes, en passant sous la plante du pied, pour aller d'un côté du membre inférieur à l'autre, formaient un étrier où le chirurgien attachera les poids avec lesquels il pratiquera l'extension dans les appareils simplifiés dont on poursuivait toujours la décevante conquête.

L'appareil en sparadrap d'Eugène Bœckel nous semble marquer une étape importante et nous rapproche sensiblement des appareils actuels. On trouvera sa description dans la *Gazette médicale de Strasbourg* de 1876. L'extension se fait au moyen d'un poids gradué ou par un sac de plomb ou de sable, ou par tout autre corps pesant suspendu à une corde que l'on attache à l'étrier plantaire. Cette corde glisse sur une poulie fixée au pied du lit par un crampon à vis. Pour la contre-extension on se sert d'un tube en caoutchouc dont l'anse embrasse le pli de l'aine et dont les deux extrémités, nouées ensemble, sont fixées à la tête du lit.

Un pas encore et nous arriverons aux nouveaux appareils. Supprimons la contre-extension par le tube en caoutchouc qui prend son point d'appui sur le pli de l'aine; sa présence n'est pas indifférente; elle peut provoquer des excoriations, des eschares même, en tout cas de vives douleurs, et tous les accidents de l'ancienne attelle américaine. Or n'a-t-on pas reconnu bientôt que ce mode de contre-extension n'était pas indispensable? Je me rappelle une malade indisciplinée qui, pour échapper aux pressions douloureuses des lacs, remontait dans son lit et laissait l'anse flotter sur le pli de l'aine. La guérison, sans raccourcissement notable, n'en fut pas moins obtenue.

En effet, il est démontré maintenant, comme nous le voyons dans la thèse de M. Milliès-Lacroix, que le poids du corps suffit à la contre-extension. Il équilibre amplement les 3 ou 4 kilogrammes nécessaires pour maintenir la réduction de la fracture, en neutralisant la contraction des muscles de la cuisse. Cela est un fait d'expérience. Évidemment l'attitude devra être tout au moins horizontale; si le lit formait un plan incliné moins élevé aux pieds qu'à la tête, le corps glisserait; mais avec l'horizontalité rien de semblable n'est à craindre. A la rigueur du reste, et lorsqu'on pratique une très énergique extension rien n'empêche de soulever, par une brique ou deux, les pieds antérieurs du lit; le corps tend à glisser en arrière et les poids fixés aux pieds le retiennent.

Les tâtonnements nombreux qui marquent l'histoire de l'extension continue, les malheureux échecs qu'ont enregistrés les auteurs, tiennent tout entiers dans les lignes précédentes. Ils s'expliquent par l'emploi des poids énormes que l'on croyait nécessaires pour pratiquer l'extension: 8, 10, 12 kilogrammes étaient parfois recommandés. Aussi les liens contre-extenseurs, nécessaires, avec des tractions pareilles, provoquaient, au niveau des points d'appui, des douleurs intenses et des eschares profondes. Tout a changé de face lorsqu'on a reconnu que 3 ou 4 kilogrammes sont suffisants d'ordinaire. Les liens du pli de l'aine ont été supprimés du coup, et les appareils nouveaux devenus les plus simples et les seuls efficaces, en ont rappelé de la sévère appréciation de M. Gosselin. Ils ont « pris un rang définitif dans la pratique ».

De ce qui précède, on voit que l'appareil actuel n'a pas d'inventeur. Il est fait, pour ainsi dire, de pièces et de morceaux. Plusieurs chirurgiens y ont apporté leur concours, et des efforts combinés de Nélaton, Broca, Eugène Bœckel, Lefort, Duplay, Milliès-Lacroix et Tillaux, pour n'en citer que quelques-uns, est sorti un appareil qui nous semble parfait. Il est si simple qu'une bande de diachylon y suffit. Et quant à son efficacité nous pouvons dire que seul il procure la guérison sans raccourcissement ou avec un raccourcissement insignifiant.

De ces appareils le meilleur nous paraît être celui de M. Tillaux, qui vient d'inspirer à son élève M. de Seguy, une bonne thèse sur ce sujet. C'est à elle que nous emprunterons les détails qui vont suivre. En effet, nous croyons utile de donner une description rapide de cet appareil; beaucoup de praticiens semblent l'ignorer encore, et nous trouvons même leur condamnation sévère, mais peu éclairée, dans un livre sur le traitement des fractures des membres, livre qui porte le millésime de « 1882 ».

Voici en quoi consiste l'appareil de M. Tillaux: On taille dans un rouleau de diachylon des hôpitaux six bandes de

---

aux grenouilles et aux chiens, chats, etc., alors qu'il assiste chaque jour avec la plus parfaite indifférence au spectacle si douloureux de l'affreuse misère des pauvres de Londres, et avec tant de plaisir aux combats des boxeurs.

— Le succès obtenu par M. Spencer Wells dans son opération de Porro mélangée de Freund (opération césarienne suivie d'hystérectomie complète pour cancer du col de l'utérus) dont nous avons parlé dans notre dernière chronique, a enhardi les accoucheurs de Londres qui jusque-là s'étaient abstenus de la pratiquer. Le 10 décembre, M. le docteur Grigg, accoucheur de la maternité de Queen Charlotte's Hospital, a pratiqué, le premier en Angleterre, la véritable opération de Porro dans un cas de rétrécissement rachitique du bassin. Il avait été précédé cependant dans cette voie, en Écosse, par M. Alex. R. Simpson, d'Edimbourg; mais tous deux ont eu un égal insuccès, car leurs opérées sont mortes. Plus heureux que M. Simpson, M. Grigg eut un enfant vivant.

— L'éclairage par l'électricité a produit récemment en Angleterre des accidents graves au sujet desquels la presse médicale s'est émue à juste titre. Le dernier connu est survenu à Hatfield House, résidence du marquis de Salisbury, où un jardinier fut tué raide en touchant accidentellement un des fils conducteurs allant de la machine électrogène aux foyers lumineux. Pareil accident est arrivé au théâtre de Manchester, et on sait aussi qu'un matelot du yacht impérial *Livadia* fut foudroyé de la même manière.

Ces accidents soulèvent plusieurs questions pratiques. Ils attirent d'abord l'attention sur la nécessité de poser les fils conducteurs de façon à ce que des personnes non prévenues de leur présence, ne puissent être exposées à les toucher par mégarde, et en outre de les recouvrir d'une couche isolante capable d'empêcher le fluide de s'échapper au contact d'un corps bon conducteur, comme par exemple une partie quelconque du corps humain.

Il serait aussi à désirer qu'à l'avenir des personnes com-

1m,20 de longueur et de 0m,06 de largeur. On imbriquera ces six bandes de façon à ce qu'elles se superposent à leur partie moyenne et divergent à leurs deux extrémités. Elles ressemblent alors à deux éventails très allongés qui se rencontreraient à leurs sommets. « La réduction de la fracture sera faite avec soin ; un aide maintiendra le pied bien perpendiculaire à la jambe, tandis qu'un autre aide maintiendra les fragments ; on saisira alors une des extrémités des bandelettes, la face agglutinative regardant le membre, et on l'appliquera soit en dedans, soit en dehors, sur la région latérale de la cuisse fracturée, à partir du niveau de la solution de continuité, puis sur le condyle du fémur, sur la face latérale de la jambe, la malléole, le bord correspondant du pied. Au-dessous du pied il fera une anse et remontera sur l'autre face latérale, suivant, de bas en haut, le chemin qu'il avait suivi de haut en bas et recouvrant les parties symétriques. »

Trois bandes circulaires de 6 centimètres de largeur environ et assez longues pour faire plusieurs fois le tour de la circonférence du membre au point où on les applique seront successivement enroulées l'une au-dessus des condyles, l'autre au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, et la dernière au niveau des malléoles pour maintenir les bandelettes sous-jacentes et empêcher leur glissement. Une ficelle se réfléchit sur une planchette — ou sur une poulie — et ses deux chefs réunis supportent les poids. La ficelle doit être dans le prolongement de l'axe du membre et la traction a lieu suivant cet axe.

Pas de contre-extension; le plan horizontal sur lequel repose le malade doit être suffisamment résistant ; s'il n'en était pas ainsi, on interposerait au matelas une rallonge de table, une longue planche à dessin ou tout autre objet analogue. On se contente d'enlever les oreillers ou le traversin ; encore M. Tillaux n'insiste-il pas trop sur l'enlèvement de ce dernier, s'il est de petit volume. Dans ces conditions, le poids du corps fait la contre-extension sans qu'il soit nécessaire d'employer aucun moyen artificiel.

Le professeur Duplay, qui a beaucoup fait pour la vulgarisation et la simplification de ces appareils extenseurs, nous indique un excellent moyen de contention du pied. L'extrémité inférieure du membre fracturé repose sur une planche assez large et d'où s'élève une sorte de boîte dont les côtés correspondent aux bords du pied et le fond à la plante. Le pied, ainsi encastré, ne pourra ni s'étendre ni se dévier à droite ou à gauche ; il restera perpendiculaire à l'axe de la jambe, c'est-à-dire, dans la position nécessaire. Inutile d'ajouter que le fond de cette loge sera percé d'un trou pour le passage de la corde qui soutient les poids extenseurs. Pour une description plus exacte nous renvoyons d'ailleurs à un travail qui va paraître prochainement et que publiera M. de Larabrie, élève de M. Duplay.

Ces appareils si simples ont révolutionné le traitement des fractures de cuisse, et nous sommes loin maintenant des paroles découragées du professeur Gosselin. D'abord, il n'y a plus de douleur; la thèse de M. de Seguy est absolument démonstrative à cet égard. Nous-même nous pouvons en témoigner, et dans les cas que nous avons observés, jamais les malades n'ont accusé la moindre souffrance. Le soulagement au contraire est immédiat et les douleurs consécutives à la fracture cessent dès que l'extension commence.

Le raccourcissement, fatal d'après les auteurs, et tel que certains chirurgiens n'ont pas craint de proposer, pour remédier à la claudication, la fracture de l'autre cuisse, le raccourcissement est nul ou presque nul. Dans une observation de M. Tillaux, il s'est élevé à 3 centimètres. C'est le cas le moins heureux, et qu'il y a loin de là aux raccourcissements que l'on notait d'autrefois !

Enfin la durée du traitement est notablement moindre. La netteté de la réduction sans doute, la bonne juxtaposition des fragments, peut-être aussi l'absence d'enveloppement et de constriction du membre inférieur, sa mise, pour ainsi dire, à l'air libre, nous expliquent pourquoi au lieu de soixante ou quatre-vingts jours réglementaires, cinquante, quarante, trente-cinq et même trente jours ont suffi pour assurer la guérison de fracture du corps du fémur !

Il en est assez, ce nous semble : l'absence de douleur, le raccourcissement nul ou presque nul, la moindre durée de traitement sont des arguments sans réplique, et il n'est plus besoin de plaider une cause qui aujourd'hui est bien gagnée.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

De l'utilité des injections sous-cutanées d'éther dans la pneumonie adynamique, par le docteur H. Barth, médaille d'or des hôpitaux.

(Suite. — Voyez le numéro 50 et 51.)

Obs. VI. *Pneumonie droite dans l'état puerpéral, avec fluxion pulmonaire généralisée; menace d'asphyxie; injections d'éther;*

---

pétentes fissent avec le plus grand soin l'autopsie des victimes, afin que les signes de la mort due à cette cause soient autant que possible reconnus et décrits. Jusqu'à présent on n'a fait qu'assez rarement l'autopsie des personnes tuées par l'électricité ; or ses signes extérieurs manquent, et un agent qui produit la mort sans laisser aucune trace est susceptible d'être employé un jour ou l'autre par des meurtriers ; bien que cet agent ne soit ni facile à se procurer ni très maniable, il est certain que lorsque de gros intérêts seront en jeu, on n'hésitera pas à vaincre les difficultés techniques et à dépenser l'argent nécessaire pour *faire le coup*. Espérons que bientôt nous lirons dans les livres de médecine légale un nouveau chapitre sur « la mort par électricité ».

Une autre application de l'électricité, moins pratique peut-être (mais aussi moins dangereuse), et qui jusqu'alors avait passé pour un mythe, ou tout au moins pour n'avoir que peu de chances de réussir, vient d'être faite avec un certain succès : nous voulons parler de l'éclairage de l'intérieur du corps.

Le professeur Mikulicz, de Vienne, a en effet appliqué récemment la lumière électrique à l'examen de l'estomac et de l'œsophage. L'instrument qu'il a imaginé consiste en un tube de 65 centimètres de long et de 14 millimètres de large, rigide et plié à un angle de 150 degrés à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen. Lorsque l'instrument est introduit, sa courbure correspond à celle des vertèbres dorsales, mais il faut qu'elle soit faite avec beaucoup de soin, sans cela le tube ne peut franchir le cardia. Ce tube contient des conducteurs isolés, réunis à leur extrémité inférieure par une anse de fil de platine protégée par une plaque de cristal. Il y a dans l'instrument deux canaux dans lesquels circule de l'eau froide destinée à neutraliser la chaleur produite par les fils incandescents ; il existe en outre un canal étroit par lequel, après avoir lavé l'estomac, on introduit de l'air pour distendre sa cavité, à l'aide d'une poire en caoutchouc, et un

vomique tardive; guérison. — G... (Louise), âgée de dix-huit ans, baleinière, entre le 14 février 1881 à l'hôpital de la Pitié (service de M. Brouardel). Cette fille est d'une santé robuste; elle ne se rappelle pas avoir jamais été malade. Devenue enceinte au mois de mai 1880, elle a eu une grossesse régulière jusqu'au huitième mois. Il y a dix jours environ, étant grosse de huit mois, elle est prise dans la nuit d'un frisson léger, avec céphalalgie, toux fréquente et expectoration visqueuse un peu jaunâtre. Le lendemain matin, elle se rend pourtant à son travail, en dépit d'un grand malaise et d'assez vives douleurs de ventre. Un léger accident (doigt pris dans un engrenage) est le signal du redoublement des douleurs, et la malade se rend chez une sage-femme qui la retient comme prête à accoucher. En effet, au bout de quarante-huit heures, elle accouche sans incident d'un enfant vivant, non à terme. Les jours suivants, toux persistante; quelques étouffements.

Dans la nuit du 11 au 12 février, elle est prise d'un nouveau frisson, avec fièvre et point de côté à droite; dyspnée rapidement croissante; anorexie et diarrhée.

A son entrée, le 14 février au matin, elle présente un facies cyanosé; dyspnée extrême allant jusqu'à l'orthopnée; toux quinteuse, fréquente; crachats jaunâtres, visqueux, manifestement pneumoniques. Matité prononcée à la base droite, sans souffle; dans toute la hauteur des deux côtés, tympanisme sourd avec suppression du murmure vésiculaire, râles ronflants et sibilants et quelques bulles de râle sous-crépitant avorté. Pouls, 120, très petit et dépressible; battements et bruits du cœur normaux; extrémités froides et violacées; temp. axillaire, 38 degrés. Intelligence entière. — On diagnostique une pneumonie avec congestion pulmonaire généralisée, et, devant l'imminence des accidents, on pratique immédiatement une saignée de 300 grammes, suivie de l'application de vingt ventouses sèches et six ventouses scarifiées. — Vers midi l'angoisse a diminué, mais la congestion pulmonaire est encore menaçante. Un vomitif donné à ce moment provoque seulement plusieurs selles diarrhéiques copieuses. — Injection d'éther, 1 gramme.

Le 14 soir. — Dans la journée, nouvelle suffocation; râles toujours très abondants dans toute la poitrine; cyanose et orthopnée; expectoration presque nulle. — Injection d'éther, 2 grammes; application de pointes de feu en grand nombre sur les parois thoraciques. Temp., 39 degrés.

Le 15 matin. — Depuis hier soir, soulagement assez marqué: respiration plus facile; facies moins injecté. Matité très prononcée dans le tiers inférieur droit, avec abolition du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques; respiration un peu soufflante à la hauteur de l'angle inférieur de l'omoplate. Du côté gauche, sonorité et respiration normale, mais encore quelques râles disséminés. Temp., 39°,4. — Vésicatoire à droite. — Le soir, dyspnée un peu plus forte; facies de nouveau très injecté; pouls petit et inégal à 140. Temp., 39 degrés. — Injection d'éther, 2 grammes.

Le 16 matin. — Moins de suffocation; toux rare, expectoration purement muqueuse. Resp., 46; pouls, 128; temp., 38°,4. — Injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, facies toujours très coloré; pouls, 136; resp., 42; sueurs abondantes. Résistance marquée à la percussion dans toute la hauteur du côté droit; respiration affaiblie, mais perceptible dans la moitié supérieure; plus bas, silence complet. Peu de râles. Temp., 38°,6. — Injection d'éther, 1 gramme.

Le 17 matin. — Etat général bon; pas de fièvre. Temp., 37°,6. Toux et dyspnée toujours fortes; matité dans toute la hauteur du côté droit et retentissement broncho-égophonique à la partie moyenne, près de la colonne vertébrale. — Injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, nouvelle poussée fébrile intense: temp., 39°,6. Injection d'éther, 1 gramme; sulfate de quinine, 75 centigrammes.

Le 18 matin. — Temp., 38°,6. — Le soir, 39°,4. Même traitement.

Le 19 matin. — Temp., 38 degrés. Etat général satisfaisant; langue bonne; appétit; pas de diarrhée; les forces commencent à revenir. — Le soir, temp., 39 degrés, encore un peu de dyspnée. La matité du côté droit remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate, avec abolition presque complète des vibrations thoraciques et de la respiration; en un point très limité de la fosse sous-épineuse, léger souffle avec broncho-égophonie. — Même traitement.

Le 20 matin, temp., 37°,8. — Le soir, temp., 39 degrés.

Le 21 matin, temp., 37°,2. — Le soir, temp., 39 degrés. L'état général continue à s'améliorer.

Le 22 matin, temp., 37°,2. — Le soir, temp., 37°,4. Les forces reviennent rapidement; mais l'état local se modifie peu: matité persistante du côté droit, avec voussure appréciable à la partie inférieure et externe, et léger empâtement des téguments, souffle doux sans râles; expectoration peu abondante et sans caractère particulier. — On cesse les injections d'éther; potion Todd; quinquina.

Le 24. — Peu de changement. Application de pointes de feu.

Le 3 mars. — Etat général bon; la malade se lève et mange de bon appétit. La matité du côté droit diminue peu à peu. — Huile de foie de morue.

Le 15. — Quelques sueurs la nuit, et de temps en temps quelques exacerbations fébriles vespérales. Cependant le facies est bon, et l'embonpoint tend à revenir. La matité thoracique a presque entièrement disparu, sauf en un point situé à la partie moyenne et en dehors, où la voix et la toux présentent un retentissement particulier, presque métallique; pas de souffle appréciable.

Le 9 avril. — Depuis quelques jours, la température est remontée à 39 degrés, l'appétit a diminué; l'état de la poitrine est satisfaisant, et l'auscultation ne fait découvrir rien d'anormal, sauf une faiblesse marquée du murmure vésiculaire en un point près de l'aisselle. La malade accuse une sensation de gêne en ce point.

Le 10. — Hier soir, dans une forte quinte de toux, la malade a rendu deux crachoirs de crachats jaunâtres, épais, se séparant par le repos en une couche supérieure mousseuse et une couche inférieure puriforme. Un grand soulagement a suivi cette espèce de vomique. La sensation de tension dans le côté droit a disparu. L'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin, ne révèle rien de particulier.

Pendant trois ou quatre jours, la fièvre revient chaque soir, et la malade continue à rendre des crachats puriformes, mais en petite quantité et sans vomique nouvelle.

Le 25. — Fièvre nulle depuis plus de huit jours; la guérison paraît complète, mais la malade est encore maigre et faible. Elle quitte l'hôpital pour retourner dans son pays.

La congestion pulmonaire initiale a été combattue efficacement dans ce cas par une saignée, mais sans que la pneumonie pût être enrayée dans sa marche; l'état puerpéral, les mauvaises conditions hygiéniques, les préoccupations morales

---

autre tube plus large pour les examens *de visu*. Pour introduire l'instrument, le patient doit être couché sur le côté, et la tête placée de manière que la salive puisse s'écouler de la bouche. On administre une injection sous-cutanée de morphine pour diminuer l'action réflexe, qui est provoquée par la présence du tube. Jusqu'alors ces instruments n'ont été employés que sur des individus sains, et on n'a vu que la muqueuse normale. A la séance de la Société médicale de Vienne où ils ont été présentés, Mikulicz fit voir avec eux l'estomac et l'œsophage d'une femme. Les difficultés pratiques de ce mode d'exploration ont été exposées récemment ici même dans un article de notre collaborateur M. Zuber. Le bruit qui s'est fait, à ce sujet, dans les journaux d'outre-Rhin nous a engagé à mentionner encore.

— Nous croyons devoir signaler un cas publié par le *British medical Journal* du 22 octobre et relatif à une paraplégie hystérique guérie par l'audition de la langue française.

Le 26 juillet, une femme de quarante-huit ans environ était couchée à Saint-Mary's Hospital, dans le service du docteur Broadbent, pour une paraplégie durant depuis cinq mois, et accompagnée de douleurs violentes. Les membres inférieurs étaient très rigides, dans l'extension, mais les pieds étaient en équino-varus, comme il arrive quelquefois dans la paraplégie hystérique. On ne pouvait interroger le réflexe tendineux du genou, à cause de l'extrême rigidité des membres, mais lorsque le genou était fléchi, et qu'on frappait le tendon, la réaction était exagérée. La sensation et les fonctions de la vessie et du rectum étaient normales. Il n'y avait pas d'antécédents hystériques bien nets, et il n'existait pas d'autres phénomènes d'hystérie. Les règles n'étaient pas revenues depuis la naissance de son dernier enfant, deux ans et demi auparavant. On soupçonna que c'était un cas d'hystérie, mais le diagnostic n'était confirmé par rien autre. L'état de la malade resta le même jusqu'au moment du congrès.

d'une fille séduite et venue à Paris pour y accoucher clandestinement, tout cela rend compte de la gravité exceptionnelle de cette pneumonie et de sa durée; néanmoins, dès le douzième jour tout danger avait disparu, et la vomique tardive qui est survenue au bout de deux mois n'a été qu'un incident sans importance.

Obs. VII. *Pneumonie du sommet (survenue dans le cours d'une atrophie musculaire progressive); adynamie excessive; injections d'éther; guérison.* — Marchand (Mathieu), trente-huit ans, couvreur, d'une constitution robuste, ne présente pas d'antécédents héréditaires dignes d'être notés. Il a eu en 1869 une maladie fébrile avec point de côté (probablement une pneumonie), dont il s'est bien remis. Depuis trois ans environ, il a commencé à sentir que ses mains s'affaiblissaient; les mouvements de préhension devenaient pénibles et maladroits, il éprouvait souvent des frémissements fibrillaires. Depuis un an environ, il a dû quitter son travail : il était incapable de tenir un outil. Entré au mois de septembre 1880 (service de M. Dumontpallier), il a été reconnu atteint d'une atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne) avec destruction presque complète de l'adducteur du pouce et des autres interosseux des deux côtés. Santé générale bonne.

Passé au commencement de janvier dans le service de M. le professeur Brouardel, il y est resté, en traitement par l'électrisation, jusqu'au début de la maladie actuelle.

Le 25 février 1881, il se sent mal à l'aise et un peu étourdi; céphalalgie et lassitude. Le 26, frisson, suivi d'une fièvre excessive avec délire et agitation. Temp., le soir, 41 degrés. Point de côté assez violent à droite. L'auscultation ne révèle encore rien d'anormal. — Ipéca, 1gr,50.

Le 27. — Etat grave; langue très sèche. Matité et souffle tubaire avec peu de râles dans la fosse sous-épineuse droite et dans l'aisselle; toux fréquente et quinteuse; un peu d'expectoration sanguinolente. Temp., le matin, 39°,8; le soir, 38°,8. — Potion de Todd; vésicatoire.

Le 28. — Un peu de mieux; langue moins sèche; retour du murmure vésiculaire normal presque partout; l'expectoration a cessé. Temp., le matin, 39°,6. — Le soir, 41°,2.

Le 1er mars. — Depuis hier soir, reprise intense des accidents; crachats hémoptoïques; dyspnée de nouveau extrême et souffle tubaire intense dans l'aisselle droite, avec pluie de gros râles sous-crépitants. Langue sèche et rugueuse; adynamie. Temp., le matin, 40°,6; le soir, 39°,6. — Sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 2. — Nuit bonne. Crachats visqueux, mais moins colorés qu'hier; toux fréquente et grasse ; la sonorité est bien revenue même dans l'aisselle; encore beaucoup de râles crépitants surtout en dehors, mais pas de souffle; en avant, respiration soufflante sous la clavicule. La langue est blanche, humide. Pouls très faible à 88. Temp., le matin, 38°,4; le soir, 38°,5; teint jaune, hémaphéique de la peau. — Contin. potion Todd; sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 3. — Fièvre de nouveau plus intense. Langue sèche. Toux fréquente; gros râles humides disséminés dans toute la hauteur du côté droit; respiration soufflante surtout en avant. Pouls, 104, très dicrote; temp., le matin, 40 degrés; le soir, 39°,4.

Le 4. — Anéantissement extrême; yeux caves; souffle tubaire diffus et râles nombreux dans la moitié supérieure du côté droit. Pouls 108, faible et dépressible. Temp., le matin, 40°,4; le soir, 39°,2. — Injection d'éther, 1 gramme matin et soir.

Le 5. — Un peu moins de faiblesse; pouls, 104; signes physiques peu modifiés. Temp., le matin, 40°,5; le soir, 39°,8. — Même traitement.

Le 6. — Beaucoup moins de fièvre; pouls 84, régulier. Langue encore sèche, mais facies moins exténué. Toujours de la matité et du souffle tubaire au sommet droit, avec râles nombreux. Temp., le matin, 38°,6; le soir, 39°,4.

Le 7. — La défervescence continue; pouls, 80. Toux moins fréquente; crachats purement muqueux; matité moindre, respiration soufflante seulement à l'expiration, gros râles ronflants jusqu'à la base. Langue humide. Temp., le matin, 38 degrés; le soir, 38°,6. — On continue les injections d'éther, deux par jour.

Le 10. — L'état général continue à s'améliorer lentement; pouls, 96; langue humide; un peu d'appétit; pas de diarrhée. Encore de la fièvre le soir.

Le 12. — Depuis deux jours, fatigue générale plus marquée; somnolence continuelle; langue de nouveau un peu sèche; souffle tubaire localisé à la partie la plus élevée du poumon; pouls régulier à 96; temp., le soir, 38°,6.

Le 15. — Mieux notable. Peau fraîche; facies reposé; langue humide. Dyspnée presque nulle. Pouls bon et régulier à 84. La résolution de la pneumonie continue lentement.

Le 20. — Le malade exige sa sortie. Il reste encore un peu d'induration localisée au sommet droit.

Nous ne savons quelle a pu être dans ce cas l'influence de la maladie des centres nerveux sur le développement et la marche de la pneumonie; mais il est certain que celle-ci a affecté dès le début un caractère tout particulier de gravité; elle a eu, de plus, une allure manifestement récurrente. C'est seulement après la première rechute que les injections d'éther ont été essayées, à un moment où le malade, réduit au dernier degré de l'adynamie, paraissait devoir succomber dans les vingt-quatre heures. Il s'est produit un mieux rapide, et après quelques alternatives, le malade a pu quitter l'hôpital à peu près guéri. Nous n'avons pu malheureusement le suivre après sa sortie.

Obs. VIII. *Pneumonie gauche, puis droite, chez un alcoolique; myocardite concomitante; injections d'éther; guérison.* — Ettighœffer (Aloys), vingt-six ans, boulanger, entre le 14 avril 1881 à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le professeur Brouardel. Cet homme est manifestement entaché d'alcoolisme; il prétend s'être toujours bien porté. Le 18 avril dernier, il a été pris de céphalalgie, de malaise général; pendant la nuit suivante, frissons, fièvre, vomissements. Le 13 au matin, impossibilité de se lever. Toux fréquente, dyspnée, expectoration sanguinolente; point de côté à gauche qui a augmenté d'intensité dans la soirée. Il s'est appliqué un vésicatoire au-dessous du sein gauche.

Le 14 au soir, à son entrée, il a la langue blanche, chargée; la peau est chaude : temp., 39°,6; dyspnée modérée. Sensibilité à la pression à la partie inférieure gauche de la poitrine; dans la même

---

Pendant sa durée, M. Broadbent visita ses salles deux ou trois fois en compagnie de médecins étrangers. Parmi d'autres, MM. Pierret et Tripier (de Lyon) et Hallopeau (de Paris), virent la malade et l'examinèrent attentivement, et une longue discussion eut lieu à son sujet près de son lit. Deux jours après la dernière de ces visites, M. Broadbent fut informé que la malade s'était levée tout à coup et commençait à marcher. D'abord les mouvements furent assez raides, mais bientôt elle recouvra le libre usage de ses membres. Elle fut alors prise d'une rétention d'urine qui fut traitée par un sinapisme et non par la sonde, et qui ne la gêna pas longtemps.

On ne peut douter que dans ce cas, dit le journal anglais, le principal élément de la guérison n'ait été la discussion en français qui eut lieu près du lit de la malade, et qui, frappant son esprit, produisit sur elle l'effet d'une incantation. Nous nous proposons d'essayer, quelque jour, l'effet de la langue anglaise sur les hystériques de France.

— Il a déjà été fortement question, à maintes reprises, de réformer sérieusement les examens médicaux aux États-Unis. On sait, en effet, combien sont multipliés les jurys d'examen en Amérique, et avec quelle facilité on obtient, moyennant finances, des *qualifications* médicales. C'est justement contre cette vénalité des diplômes médicaux qu'on s'est le plus élevé, et à juste titre, car elle leur enlève toute valeur.

Le docteur Platt, de Baltimore, membre du collège des chirurgiens de Londres, propose, pour remédier au mal, de demander au Congrès de voter 50 000 dollars par an pour instituer des *examens d'États-Unis* dans chaque État, par des jurys dont les membres, indépendants du corps enseignant de chaque école, seraient dix chirurgiens des hôpitaux de la marine ou de l'armée. Il faudrait que les candidats présentassent d'abord des certificats d'examens préliminaires sur l'anglais, le latin et l'allemand, et de quatre années d'études médicales continues. Les examens seraient, autant que possible, pratiques et comprendraient des épreuves orales et écrites. Ceux

zone, matité complète remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate; souffle tubaire intense très aigu, mêlé de peu de râles et s'affaiblissant peu à peu de haut en bas; à la base, silence presque complet. Battements du cœur vigoureux, avec quelques intermittences. Expectoration très aérée, jaunâtre, légèrement visqueuse. Urines riches en acide urique, non albumineuses.

Le 15 matin. — Temp., 38°,4; peau moite, tiède. Depuis hier, éruption abondante d'herpès sur la face.— Un verre d'eau Sedlitz; julep diacode. — Le soir, temp., 39°,9.

Le 16 matin. — Temp., 40 degrés. Etat général grave; dyspnée extrême; pouls 120, inégal et intermittent; resp., 64. A gauche et en arrière, matité absolue depuis la base jusqu'à l'épine de l'omoplate; dans la même étendue, souffle tubaire intense, très rude, avec peu de râles; vibrations thoraciques très affaiblies, presque abolies même à la base; retentissement bronchophonique de la voix près de l'angle inférieur de l'omoplate, s'affaiblissant rapidement plus bas. Toux sèche, quinteuse; expectoration muco-purulente peu aérée, sans viscosité.—Potion stibiée, 10 centigrammes; potion Todd, 80 grammes; vésicatoire; injection d'éther, deux par jour. — Le soir, temp., 40°,6.

Le 17 matin.—Mieux notable; temp., 39°,7; moins de dyspnée; pouls 96, encore très irrégulier; bruits du cœur normaux. Langue humide; expectoration visqueuse plus aérée qu'hier. — Même traitement; continuation des injections d'éther matin et soir.—Le soir, temp., 39°,2. La pneumonie reste stationnaire du côté gauche, mais depuis ce matin douleur vive dans l'hypochondre droit; dans la même région, matité étendue avec souffle tubaire très rude et râles crépitants secs; toux quinteuse et suffocations violentes. — Vésicatoire à droite; nouvelle injection d'éther.

Lo 18 matin. — Temp., 38°,3; sueurs abondantes. Pouls 90, irrégulier; resp., 40; matité et souffle tubaire des deux côtés. — Même traitement. — Le soir, temp., 39 degrés.

Le 19. —Temp., 38°,2; encore beaucoup de sueurs; peau refroidie; pouls, 84, assez régulier; les signes physiques se modifient peu. Faiblesse toujours extrême; le moindre mouvement fait reparaître les palpitations avec irrégularités des battements cardiaques et intermittences. — On supprime la potion stibiée; on continue les injections d'éther, deux par jour; potion de Todd. — Le soir, temp., 38°,8.

Le 20. — Temp., 38 degrés. Etat général plus satisfaisant; à gauche, matité peut-être moins complète; souffle tubaire toujours aigu et intense, accompagné de nombreux râles sous-crépitants de retour; à droite, submatité dans les deux tiers inférieurs, souffle plus doux et plus grave, râles crépitants de moyenne grosseur. Langue humide; pas d'appétit. — Même traitement. — Le soir, temp., 38°,6.

Le 21. — Temp., 38 degrés; pouls, 96, toujours intermittent et irrégulier; l'état de la poitrine reste stationnaire. — Continuation des injections d'éther, deux par jour. — Le soir, temp., 38°,4.

Le 22. —Temp , 39°,2; fièvre de nouveau plus intense; pouls, 96. — Le soir, temp., 39°,4.

Le 23. — Temp., 38°,7; dyspnée ass z forte; pouls, 100, irrégulier; matité plus prononcée dans la fosse sous-épineuse droite avec souffle plus aigu et plus rude; râles crépitants; bronchophonie intense au même point; à gauche, pas de changement. —Nouveau vésicatoire à droite; on cont. les injections.—Le soir, temp., 39°,6.

Le 24. — Encore beaucoup de dyspnée; temp., 38°,2; le malade est très faible et très abattu. — Après chaque injection d'éther, le pouls se relève, la respiration devient plus profonde et plus régulière. — Le soir, temp., 39°,7.

Le 25. — Etat général meilleur; temp., 37°,6; pouls moins irrégulier. — Le soir, temp., 38°,4.

Le 26. — Mieux notable; la fièvre tombe rapidement; temp., 37°,6; l'appétit commence à revenir; toujours quelques irrégularités au pouls. — Le soir, temp., 38°,2.

Le 27 matin. — Temp., 37°,2. Les forces commencent à revenir; état général bon. La sonorité commence à revenir du côté gauche. — On cesse les injections d'éther.

Le 2 mai. — Etat général de plus en plus satisfaisant; appétit revenu, digestions régulières; pas de diarrhée. La résolution de la pneumonie se fait lentement; souffle tubaire encore très intense au niveau de l'angle de l'omoplate des deux côtés; vibrations vocales encore affaiblies aux bases.

Le 10 mai.—La convalescence continue régulièrement; presque plus de matité; le souffle tubaire a entièrement disparu; le pouls est encore un peu irrégulier.

Le 20. — La résolution est achevée; mais le malade conserve une tendance marquée aux palpitations, avec inégalités et intermittences des battements du cœur, sans souffle : ces phénomènes, qui n'existaient pas avant la maladie, paraissent devoir être attribués à une myocardite concomitante.

Ici, l'alcoolisme a eu la part principale dans la genèse des accidents; la constitution athlétique du malade lui a permis de résister, mais non sans qu'il conservât longtemps un reliquat de pneumonie, plus une myocardite qui l'a rendu impropre aux travaux de force.

OBS. IX. *Pneumonie double; fièvre excessive; injections d'éther; pas d'amélioration; mort.* — Maunoury (Alfred), vingt-neuf ans, employé au gaz, entre le 10 mars 1881 à l'hôpital de la Pitié (service de M. Brouardel). Il est habituellement bien portant; pas d'alcoolisme; pas de maladies antérieures. Le 5 mars au soir, en rentrant chez lui, il a été trempé par une averse. Le 6, malaise vague qui ne l'a pas empêché d'aller à son travail; il s'est couché comme d'habitude. Le 7 au matin, en se levant, point de côté à droite, toux, léger crachement de sang; sensation de frisson et de brisement général; puis fièvre, nausées et vomissements; les jours suivants, fièvre, dyspnée et insomnie.

Le 10 mars au soir, à son entrée, il a le facies coloré; la peau chaude et moite; pouls, 112, large et régulier; temp., 40 degrés. Langue un peu rouge; pas de douleurs de ventre; un peu de diarrhée. Toux peu fréquente, mais quinteuse et ramenant des crachats visqueux safranés, franchement pneumoniques. Douleur assez vive dans l'hypochondre droit; du même côté, sonorité un peu exagérée en avant; en arrière, matité incomplète dans les deux tiers inférieurs avec souffle tubaire intense, surtout à la base, et râles crépitants humides, nombreux; vibrations thoraciques plutôt diminuées. — Huit ventouses scarifiées; 1 pilule extrait thébaïque, 5 centigrammes.

Le 11 matin. — Moins de douleur thoracique, mais fièvre intense : temp., 40°,4. — Le soir, temp., 41 degrés.

---

qui les auraient passés avec succès auraient le droit de mettre après leur qualification ordinaire et locale : U. S.

Il est certain que cette institution des examens d'Etat serait excellente, surtout si on la compare à celle qui existe maintenant; elle aurait surtout l'avantage de mettre fin au scandale des cinquante ou soixante jurys locaux qui se disputent actuellement la faveur de créer des docteurs en médecine. Mais le rédacteur du *Boston medical and Surgical Journal* se demande si les chirurgiens de l'armée et de la marine auront les connaissances suffisantes pour faire des examinateurs compétents. On peut en douter; toutefois l'idée est bonne, et si le corps législatif américain l'adopte, de meilleurs moyens d'exécution sortiront peut-être de la discussion qu'elle soulèvera.

— La Hongrie, qui possède déjà deux universités, Buda-Pest et Klausenbourg, est sur le point de s'enrichir d'une troisième. D'après un récent rapport ministériel, qui a été présenté à l'approbation royale, Buda-Pest renferme actuellement 3000 à 3500 étudiants, mais il y en a beaucoup moins à Klausenbourg.

D'après le rapport ministériel, Presbourg présente de grands avantages, et il y a beaucoup de raisons pour qu'on y installe une université. Elle a, en effet, des *écoles supérieures*, une académie de droit, d'importantes bibliothèques, et, ce qui est particulièrement précieux pour la Faculté de médecine, on y trouve 7 hôpitaux avec 800 lits. Presbourg a eu déjà une fois une université, qui fut fondée en 1467 par Mathias Corvin, mais elle ne dura guère que vingt-trois ans et disparut au milieu des guerres entre les Hongrois et les Turcs.

— Les pérégrinations des corps étrangers, même volumineux, dans nos tissus, sont maintenant bien connues et leur innocuité bien admise par tous. Néanmoins, le trajet qu'ils suivent est presque toujours, sauf pour les aiguilles, dans

Le 12 matin. — Temp., 40°,2. Sommeil agité cette nuit; dyspnée. Matité absolue remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate, avec bronchophonie, souffle tubaire aigre, quelques bouffées de râles au moment de la toux. Urines troubles, rares, légèrement albumineuses. — Potion Todd; julep kermès, 20 centigrammes. — Le soir, temp., 40°,6.

Le 13 matin. — Temp., 40 degrés; remarquablement peu d'adynamie; les signes physiques se modifient peu; l'induration persiste dans les deux tiers inférieurs du poumon droit; respiration rude, supplémentaire à gauche. — Le soir, temp., 40°,4.

Le 14 matin. — Pas d'amélioration : temp., 40°,2; peau sèche et brûlante. Cette nuit, délire et agitation; crachats plus liquides. Persistance de la matité et du souffle dans le côté droit; râles crépitants nombreux à la base gauche. — Potion Todd; vésicatoire; une injection d'éther. — Le soir, temp., 40 degrés. On répète l'injection.

Le 15 matin. — Temp., 40°,1; beaucoup de délire cette nuit. Depuis hier soir, douleurs vives dans les deux côtés du dos; à la partie moyenne du côté gauche, matité et souffle tubaire superficiel; du côté droit, état stationnaire. Dyspnée extrême et angoisse; sueurs profuses. Pouls, 108; bruits du cœur réguliers sans souffle. Adynamie très marquée. — Même traitement. — Le soir, temp., 40 degrés; fièvre et dyspnée aussi intense que jamais; pouls 120, trémulant; matité et souffle très étendu et très superficiel dans les deux côtés de la poitrine; en avant, gros râles trachéaux. — Vésicatoire à gauche; injection d'éther, 2 grammes.

Le 16 matin. — Temp., 39°,6. Etat général de plus en plus grave : face pâle; rhonchus trachéal incessant; la matité occupe toute la hauteur des deux côtés. — Injection d'éther, 2 grammes. — Le soir, temp., 40 degrés. Dyspnée excessive; pouls, 132. Le malade succombe dans la nuit.

A l'autopsie, on constate une pneumonie double au deuxième et au troisième degré, occupant les lobes inférieurs des deux poumons et la partie adjacente des lobes supérieurs; pas d'épanchement dans les plèvres.

Voilà un cas qui a débuté bien franchement, chez un sujet jeune, non alcoolique, mais avec une intensité de fièvre qui aurait dû nous mettre sur nos gardes. Nous avons été trompé par l'état général, qui se maintenait bon malgré la fièvre, jusqu'au moment où l'envahissement rapide du second poumon est venu nous montrer que notre sécurité était mal fondée. Aurions-nous obtenu un meilleur résultat si les injections d'éther pratiquées seulement à partir du huitième jour avaient été commencées le quatrième? Nous n'en savons rien, mais dans un cas de ce genre, où vingt-quatre heures suffisent pour changer entièrement toutes les prévisions, on ne saurait trop se prémunir, et il y aurait avantage à commencer le plus tôt possible un traitement qui n'offre en définitive aucun inconvénient sérieux.

Obs. X. *Pneumonie du sommet droit; irrégularités de l'action du cœur; injections d'éther; pas d'amélioration; mort. — Autopsie; endocardite fibrineuse et méningite concomitante, de nature probablement infectieuse.* — Lefèvre (Auguste), cinquante-trois ans, charretier, entre le 3 mars 1881 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Brouardel. Assez bien portant habituellement, il est pourtant sujet aux bronchites et affecté d'un certain degré d'emphysème. Il ne présente aucun signe net d'alcoolisme.

Le 25 février dernier (il y a six jours par conséquent), L..., bien portant la veille, s'est réveillé en proie à une grande lassitude avec céphalalgie légère et sensation de froid, sans frisson véritable : peu de temps après, vomissements bilieux abondants, puis douleur sourde au niveau du sein droit, toux; dyspnée et expectoration de crachats épais, visqueux et jaunâtres; insomnie et fièvre; les vomissements se sont répétés les deux jours suivants. Le 27, il a pris de l'huile de ricin qui l'a purgé abondamment, mais sans le soulager. La dyspnée est devenue de plus en plus forte.

A son entrée, le 3 mars, il a les pommettes rouges, le facies fatigué, la langue un peu sèche. La peau est chaude; le pouls à 120, très inégal, présente des intermittences; les battements du cœur sont forts et tumultueux sans souffle. Au côté gauche du thorax, la sonorité est exagérée et on entend quelques râles sibilants; à droite, dans la moitié supérieure, matité, souffle tubaire intense, très aigu, avec râles sous-crépitants nombreux. Gêne respiratoire excessive; douleurs au niveau des attaches du diaphragme à droite; toux quinteuse et expectoration abondante, facile, de crachats visqueux, safranés, franchement pneumoniques. Temp., 38°,8. — Injection d'éther, 1 gramme.

Le 4 mars. — Nuit assez bonne; matité persistante dans la moitié supérieure du poumon droit, tant en avant qu'en arrière; souffle tubaire aigu et gros râles crépitants; pouls toujours irrégulier. Temp., 38°,6. — Le soir, le souffle tubaire a presque entièrement disparu en arrière et en avant; en dehors dans l'aisselle, encore un peu de retentissement soufflant; temp., 39°,4. Beaucoup de râles ronflants dans toute la hauteur. — Injection d'éther, 1 gramme.

Le 5 mars. — Etat général satisfaisant, langue humide; défervescence paraissant complète. Temp., 36°,6. Matité encore très marquée dans la fosse sous-claviculaire; souffle tubaire large et intense avec des bouffées de râles pendant la toux. Faiblesse et dépression. — Injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, peau fraîche. Temp., 37 degrés; langue bonne. Pouls, 96, toujours très irrégulier; toux moins fréquente; crachats toujours très visqueux. Les signes physiques persistent comme ce matin. — Injection d'éther, 1 gramme.

Le 6 mars. — Beaucoup moins de matité; le souffle tubaire a presque disparu; crachats encore jaunâtres, mais moins visqueux. Temp., 37°,2. Même traitement. — Le soir, temp., 38 degrés.

Le 7 mars. — Cette nuit, léger retour de fièvre. Ce matin, le souffle tubaire a reparu dans la fosse sous-épineuse droite; bouffées de râles au moment de la toux. Crachats visqueux abondants. Temp., 37°,5. — Injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, langue un peu sèche; pouls, 104, encore très irrégulier; temp., 38 degrés. Crachats plus muqueux que ce matin.

Le 8 mars. — Temp., 37 degrés. Pouls beaucoup plus régulier, à 96. Crachats toujours très visqueux; matité et souffle diffus dans la moitié supérieure en arrière. — Injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, temp., 37°,4.

Le 9 mars. — Même état; pouls, 92; temp., 37°,2. — On suspend les injections. — Le soir, temp., 38°,2.

---

la direction de haut en bas. Il est donc assez intéressant de signaler un fait dans lequel la migration d'un fragment de vaisselle s'est faite dans un sens tout différent. Voici comment le docteur Canning le rapporte : Un garçon de huit ans, en jouant avec des camarades, tombe sur un morceau de vaisselle poli, mais tranchant d'un côté; il en résulte au-dessus du poignet droit une large plaie en fer à cheval, par laquelle le fragment pénètre sous la plaie; la plaie est pansée par un camarade et se réunit. Le corps étranger gagna peu à peu la face externe du bras, atteignit l'épaule, dont il gêna les mouvements au point que l'enfant ne pouvait écrire, passa transversalement de droite à gauche, le long de la base du cou, jusqu'à l'apophyse coronoïde, descendit le long de la face interne du bras pour gagner, six ans après l'accident, la face postérieure du bras gauche au niveau du tiers inférieur. C'est là que M. Canning le trouva, et l'enleva par une boutonnière faite à la peau. Toute la partie du corps étranger composée de silicates avait disparu; il ne restait qu'une masse ayant l'aspect de la chaux, et très adhérente aux tissus voisins. (*Brit. med. Journal*, 3 décembre 1881, p. 977.)

Mais si cette histoire est extraordinaire, le *Courrier de Louisville* en rapporte une bien plus extraordinaire encore :

Il y a environ neuf ans, une aiguille entra et resta dans le pied d'une jeune miss de Louisville, qui commit l'imprudence, bien excusable pourtant, de marcher nu-pieds sur un tapis. Cinq ans plus tard, elle se maria, devint mistress Isaacs, et eut trois enfants. Un peu avant la naissance du troisième, mistress Isaacs cessa définitivement de sentir les symptômes de la présence de l'aiguille dans ses tissus. Mais un jour, son dernier-né, le jeune Arthur, âgé alors d'un an, et qui avait toujours été jusque-là d'un caractère doux et tranquille, devint tout à coup agité et pleurard. Toute la nuit, il donnait des coups de pied et mordait sa mère. Le lendemain celle-ci, en baignant son enfant, vit un point noir sur sa jambe, et en le touchant sentit un corps dur qu'elle réussit à extraire. On

Le 10 mars. — Etat général toujours assez bon; temp., 37°,8.— Le soir, nouvelle et sérieuse aggravation de tous les symptômes. Fièvre très forte : temp., 39°,6. Pouls toujours irrégulier. Les battements cardiaques sont forts, tumultueux, mais ne présentent pas de souffle. La respiration tubaire, toujours localisée à la partie supérieure du poumon droit, est très intense et superficielle.

Le 11 mars.—Temp., 38°,8. Langue pâteuse. Etat général grave. — Injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, temp., 40°,6. Un peu d'affaissement intellectuel sans délire. — Injection d'éther, 1 gramme.

Le 12 matin. — La fièvre est tombée entièrement ce matin : temp., 37°,2. Le pouls à 120 est toujours très irrégulier; la matité et le souffle persistent dans toute l'étendue du lobe supérieur droit. — Injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, état de nouveau très grave; le malade est en proie à une torpeur singulière, à une sorte de coma vigil : il a les yeux ouverts, mais sans expression; il pousse des plaintes inarticulées, incessantes et machinales; il ne répond pas aux questions qu'il semble ne pas entendre. Pouls beaucoup plus régulier que ce matin; pas de souffle au cœur. La sensibilité générale est intacte; les mouvements sont paresseux, mais peuvent s'exécuter. Temp., 40 degrés. Dyspnée modérée. — Cautérisation ponctuée; potion avec teinture de digitale, 1 gramme; injection d'éther, 1 gramme.

Le malade succombe dans la nuit.

Autopsie trente heures après la mort. — Le lobe supérieur du poumon droit est hépatisé en masse; sa surface, lisse et ferme, est recouverte d'une mince couche de fibrine concrète; à la coupe, on constate les caractères habituels de l'hépatisation grise, sans désintégration purulente. Le lobe inférieur est fortement congestionné.

Le poumon gauche, dans toute son étendue, est le siège d'une hyperhémie intense, sans aucun noyau d'hépatisation. Plèvre gauche saine.

Le cœur est volumineux et uniformément dilaté; les cavités droites sont remplies de caillots fibrineux, blanchâtres et ramollis à leur centre. Le ventricule gauche est remarquablement élargi; la valvule mitrale est saine, bien qu'un peu épaissie, mais les valvules sigmoïdes aortiques sont le siège d'une endocardite récente : au point de jonction de deux d'entre elles se voit un groupe de végétations fibrineuses épaisses, unissant l'une à l'autre les deux valves et se prolongeant sous la forme d'un amas polypoïde : la surface de ces végétations ne présente pas d'inégalités, et il ne semble pas qu'il s'en soit détaché aucun fragment embolique; cependant, leur consistance est molle et friable, et la pression des doigts les réduit facilement en une sorte de détritus grisâtre.

L'encéphale est le siège de lésions intéressantes : la calotte crânienne enlevée et la dure-mère ouverte, on découvre la surface de la pie-mère qui présente une suffusion d'un jaune verdâtre opaque et uniforme, répandue sur toute la surface des hémisphères. Cet aspect est dû à une infiltration purulente qui occupe la trame de la pie-mère et les espaces sous-arachnoïdiens. Très concret, de consistance gélatineuse, l'exsudat inflammatoire est surtout abondant au niveau de la convexité du cerveau : il enveloppe complètement les vaisseaux méningés, qui sont dilatés en certains points, comprimés et comme étouffés en d'autres. Un peu moins épaisse à la base de l'encéphale, l'infiltration cesse complètement au niveau du bulbe, et la pie-mère spinale n'en présente aucune trace. La décortication des hémisphères s'opère avec la plus grande facilité; la pie-mère se détache sans résistance, entraînant avec elle la totalité de l'exsudat purulent, dont l'épaisseur est en certains points considérable. La substance cérébrale sous-jacente n'offre aucune altération.

Ici il est bien évident que toute thérapeutique devait échouer : l'existence simultanée d'une pneumonie du sommet à caractère récurrent, d'une endocardite fibrineuse et d'une méningite, montre bien qu'il ne s'agissait pas d'une maladie purement locale, et bien que nous n'ayons pas constaté de micro-organismes dans les tissus, nous ne doutons pas qu'il n'ait existé, dans ce cas, une pneumonie infectieuse. Ce fait ne saurait donc rien prouver contre l'efficacité de notre procédé, et si nous l'avons rapporté ici, c'est uniquement pour ne pas mériter le reproche d'avoir éliminé un cas défavorable.

Les faits qu'il nous reste à passer en revue diffèrent un peu des précédents, en ce sens qu'il ne s'agit plus de pneumonies franches, mais de broncho-pneumonies primitives ou secondaires. On sait combien, dans cette affection, la dépression des forces est à craindre, chez les vieillards surtout; c'est elle qui, en empêchant l'expulsion des mucosités bronchiques, favorise l'engouement progressif de l'arbre respiratoire et l'asphyxie graduelle qui en est la conséquence. On sait aussi que le traitement tonique le plus énergique est souvent insuffisant dans ces cas : aussi y a-t-il une véritable utilité à faire connaître un moyen qui n'exige pas le concours du malade, et qui le stimule, qui relève ses forces, pour ainsi dire malgré lui.

Parmi les quatre observations qu'on va lire, trois sont relatives à des broncho-pneumonies; la quatrième, à une pneumonie bâtarde survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde : on verra combien, dans ce dernier cas surtout, l'influence des injections d'éther a été nette et rapide.

OBS. XI. *Broncho-pneumonie double; adynamie excessive; injections d'éther; guérison.* — G... (Louis), âgé de seize ans, garçon épicier, d'une bonne santé habituelle, a été pris le 20 octobre 1880 d'une légère bronchite. Le 25, frisson, fièvre, douleurs au niveau des attaches du diaphragme; toux et expectoration sanguinolente; vomissements; pas de diarrhée. Le 26, persistance et aggravation des mêmes symptômes; éruption d'herpès labial.

Entré le 27 octobre à l'hôpital de la Pitié (service de M. Peter), il présente l'état suivant : peau chaude; temp., 38°,6; céphalalgie sans hébétude; toux quinteuse; crachats muqueux; signes de bronchite généralisée; râles sibilants et ronflants nombreux dans toute la hauteur, avec crépitation fine aux deux bases.

Le 28 matin. — Temp., 39°,8, moins de râles dans la poitrine, mais état saburral marqué. — Eméto-cathartique. — Le soir, agitation, dyspnée extrême; pouls, 120; temp., 39°,2; crachats sanguinolents; matité, souffle tubaire et râles crépitants à la base gauche. — Potion cordiale.

Le 29. — Temp., 40 degrés; l'hépatisation paraît s'étendre;

---

peut juger de sa surprise en reconnaissant l'aiguille qui était entrée dans son propre pied neuf ans auparavant, et qui était venue dans la jambe de son fils.

Le journal ne dit pas, il est vrai, comment fit mistress Isaacs pour s'assurer que c'était bien la même aiguille?

— Si l'on en croit l'*Echo du Commerce*, la législature de l'Etat de Vera-Cruz offre un prix de 100000 livres sterling à celui qui trouvera un remède *sûr* contre toute espèce de vomissement, y compris bien entendu le *vomito negro*. Avis aux amateurs de voyages à la découverte dans le pays d'Utopie, où se trouvent également, dit-on, la quadrature du cercle et le mouvement perpétuel.

L. H. PETIT.

LA VACCINATION OBLIGATOIRE EN SUISSE. — Dans sa séance du 21 décembre, le Conseil national a discuté la loi sur les épidémies. Après avoir entendu MM. Bruggisset et Tschudi, le Conseil a adopté par 90 voix contre 23 le principe de la vaccination obligatoire. Les articles 13 et 14 de la loi sur les épidémies, tels qu'ils ont été votés, sont ainsi conçus :

ART. 13. — Tout enfant né en Suisse doit, dans la règle, être vacciné dans la première année de sa vie ou au plus tard dans la seconde. Un ajournement plus long n'est admissible que pour des raisons de santé constatées par un médecin. Les enfants nés à l'étranger et non vaccinés, amenés en Suisse, sont soumis aux mêmes prescriptions. Le fait de la vaccination sera constaté par un certificat signé d'un médecin patenté.

ART. 14. — Aucun enfant ne peut, sans ce certificat, être admis définitivement à fréquenter une école publique ou privée.

matité avec souffle tubaire rude et sec dans la moitié inférieure gauche; crachats rouillés, visqueux, franchement pneumoniques. — 6 ventouses scarifiées; julep kermès, 15 centigrammes; potion cordiale. — Le soir, temp., 39°,8; même état; dyspnée et abattement; râles crépitants à la base droite.

Le 30.— La pneumonie tend à gagner le côté droit; temp., 38°,6; crachats abondants, moins colorés. — Le soir, matité dans les deux tiers inférieurs gauches et à la base droite; souffle tubaire dans les mêmes points; temp., 39 degrés; agitation et dyspnée.

Le 31 matin. — Temp., 40 degrés; matité absolue avec souffle tubaire très creux et intense dans les deux tiers inférieurs du côté gauche, en arrière et dans la moitié inférieure droite; en avant, respiration rude; adynamie extrême; dyspnée excessive; langue pâteuse; crachats peu abondants. On pratique une injection sous-cutanée de 1 gramme d'éther au niveau de l'avant-bras; l'éther injecté se vaporise immédiatement sous la peau et produit un emphysème limité qui persiste pendant plusieurs minutes. — Le soir, même état, un peu moins d'adynamie; signes physiques non modifiés; temp., 40°,2 (injection d'éther, 1 gramme). Après l'injection le malade se réveille de sa torpeur, le pouls prend plus de force et de régularité.

Le 1er novembre.— Mieux notable; temp., 38°,4; souffle tubaire encore très intense dans la fosse sous-épineuse droite; respiration rude, sans souffle, à la base gauche.—Injection d'éther, 1 gramme. —Le soir, bon état, langue humide, faiblesse moins grande; les deux bases sont presque entièrement dégagées; le souffle tubaire et les râles se localisent dans les deux fosses sous-épineuses; temp.; 38 degrés. — Injection d'éther, 1 gramme.

Le 2.—Temp., 38°,6; toujours du souffle tubaire dans les deux fosses sous-épineuses, mais avec moins de rudesse; état général satisfaisant.— On continue les injections d'éther (1 gramme) matin et soir. — Le soir, temp., 38°,8; les injections produisent toujours un peu d'emphysème sous-cutané, qui paraît dû au relâchement extrême et à l'atonie des tissus; mais cet emphysème disparaît rapidement sans laisser de trace, et il ne se produit ni inflammation ni eschares.

Le 3. — Temp., 38°,2; le mieux continue; adynamie moindre; pas de dyspnée; le souffle tubaire est localisé dans la fosse sous-épineuse gauche. — On cesse les injections et on alimente le malade.

Le 5.— Temp., 37 degrés; respiration partout normale; langue belle; appétit.

Le 10, le malade quitte l'hôpital entièrement guéri.

Le sujet de cette observation était à un âge où la broncho-pneumonie est rarement mortelle; cependant la dépression des forces avait atteint un tel degré que, vers le sixième jour, il y avait lieu de craindre une issue fatale. L'amélioration a été très nette dès la deuxième injection, et s'est prononcée rapidement les jours suivants.

Obs. XII. *Broncho-pneumonie double; adynamie; injections d'éther; guérison.* — Charlier (Ambroise), journalier, âgé de soixante-huit ans, est apporté le 12 octobre au soir à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Peter. Il se dit malade depuis douze jours; il aurait été pris de fièvre avec point de côté à droite; il aurait eu plusieurs fois du délire la nuit.

A son entrée, il est pâle, maigre, très affaibli; la langue est sèche. Toux fréquente, quinteuse, grasse; expectoration muco-purulente épaisse et verdâtre; sonorité thoracique bonne aux sommets, un peu diminuée aux deux bases; dans la moitié inférieure des deux côtés, râles sous-crépitants nombreux, et souffle tubaire diffus, mal dessiné, perceptible surtout à droite; temp., 38 degrés; peau sèche.

Le 13 octobre. — Même état; adynamie extrême; langue sèche. — Injection d'éther, 1 gramme.—Le soir, temp., 38°,2; râles sous-crépitants dans toute la hauteur des deux côtés.—Injection d'éther, 1 gramme.

Le 14. — Un peu de mieux : langue moins sèche, faiblesse moins grande. — On continue les injections d'éther matin et soir.

Le 15. — Les signes physiques se modifient peu; toujours du souffle diffus et des râles sous-crépitants des deux côtés; mais l'état général est décidément meilleur; le malade est moins absorbé, répond aux questions et s'assied dans son lit presque sans aide. Temp., 38 degrés le matin; 38°,4 le soir.

Le 16. — Le mieux continue, l'appétit commence à revenir.

Le 17. — Par suite d'un malentendu, les injections d'éther n'ont pas été faites hier : langue de nouveau plus sèche; toux fréquente et dyspnée; temp. le soir, 38°,6. — Même traitement.

Le 19. — Amélioration notable; respiration plus facile; toux moins fréquente et moins quinteuse; crachats peu abondants. La sonorité est presque entièrement revenue à la base gauche; à droite, encore un peu de matité, souffle tubaire profond, râles humides. — Continuation des injections d'éther, deux par jour.

Le 20. — Les forces se réparent rapidement; le malade demande à manger; langue bonne; connaissance entière. Temp. le matin, 37°,4; le soir, 37°,8. — Même traitement.

Le 23. — Le souffle tubaire a entièrement disparu des deux côtés; encore quelques râles à la base droite au moment de la toux et des fortes inspirations; expectoration nulle.

Le 27. — La fièvre a complètement cessé; presque plus de toux; le malade se déclare guéri et demande à se lever; sonorité thoracique et respiration partout normales.

Le 30. — Le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri. Les injections d'éther ayant été répétées plusieurs fois dans les mêmes points, au niveau des hypochondres, il s'est formé plusieurs petites eschares qui s'éliminent lentement.

Ici nous avions affaire à un vieillard très faible, très épuisé par la misère et les privations; la broncho-pneumonie avait pris chez lui le caractère diffus, la marche insidieuse et torpide qu'elle affecte souvent chez les individus de cet âge. Avec un état fébrile peu prononcé l'adynamie était extrême, et la sécheresse de la langue, l'état flasque de la peau, le refroidissement des extrémités, tout indiquait un danger prochain. Sans être aussi rapide et aussi décisive que chez le malade précédent, l'amélioration produite par les injections d'éther a été cependant très évidente, et elle a été suivie au bout de dix ou douze jours par une entière guérison.

Obs. XIII. *Broncho-pneumonie double compliquant une affection cardiaque ancienne; injections d'éther: amélioration momentanée; mort.*— Holard (Victorine), âgée de soixante-quatre ans, marchande des quatre saisons, est apportée, le 13 janvier 1881, à l'hôpital de la Pitié (service de M. Brouardel). Cette malade, très affaiblie physiquement et intellectuellement, ne peut fournir que des renseignements incomplets. Elle ne signale aucune maladie antérieure. Elle paraît fortement entachée d'alcoolisme. Il y a six semaines ou deux mois, elle a eu un frisson suivi de fièvre et de dyspnée; toux habituelle, anorexie, diarrhée. Elle s'est longtemps soignée dans son galetas, où elle manquait de tout.

Le 13 janvier soir.— État à l'entrée : adynamie extrême; langue sèche; ballonnement du ventre; diarrhée. Au cœur on constate un souffle très aigu, un véritable piaulement, au premier temps et à la base; dyspnée très marquée; cyanose de la face et des extrémités; râles sibilants et sous-crépitants nombreux à la base des deux poumons; pouls, 90, peu tendu; artères non athéromateuses; pas d'albumine dans l'urine. — Régime lacté; potion de Todd.

Le 18. — La malade s'affaiblit progressivement; fièvre assez marquée le soir; temp., 38°,8; on constate tous les signes d'une broncho-pneumonie double, à manifestations variables; langue toujours sèche; diarrhée très abondante.

Le 22. — L'état fébrile persiste, avec exacerbations vespérales irrégulières; la langue est sèche, l'appétit nul; la diarrhée persiste très abondante. — Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

Le 23. — Le matin, temp., 39°,8; peau très chaude; langue toujours sèche; râles crépitants nombreux aux deux bases. — Potion extrait de quinquina; vin de quinquina; bagnols; alimentation.

Le 24 matin. — Même état; adynamie de plus en plus grande; toux fréquente sans expectoration; diminution marquée de la sonorité aux deux bases; respiration indistincte mêlée de râles; temp., 38 degrés. — Injection d'éther, 1 gramme. — Le soir, temp., 38°,9; un peu de mieux : œil plus vif, dyspnée moindre, mais faiblesse toujours extrême; la diarrhée a continué; nausées fréquentes. — Injection d'éther, 2 grammes.

Le 25 matin. — Langue toujours très sèche; diarrhée persistante. — Injection d'éther, 2 grammes matin et soir.

Le 26. — Etat général un peu meilleur : la diarrhée a diminué; la langue est moins sèche. — Le soir, même état; pouls, 92. — Même traitement.

Le 27.—Facies plus calme, plus reposé; temp., 37°,6; pouls, 90, régulier. — Injection d'éther, 2 grammes le matin, 2 grammes le soir. — Le soir, temp., 38°,6. — Même traitement.

Le 28. — Etat général de nouveau moins bon; temp., 38°,6;

matité, souffle diffus et râles sous-crépitants dans les deux côtés. — Même traitement.

La malade succombe dans la nuit.

L'autopsie a révélé une insuffisance mitrale ancienne, suite d'endocardite latente; noyaux nombreux de broncho-pneumonie aux deux bases. Les autres organes ne présentent pas de lésions dignes d'être notées.

La terminaison mortelle, chez cette malade, n'a rien qui doive surprendre, si l'on songe qu'il s'agissait d'une femme âgée, atteinte depuis longtemps d'une affection cardiaque grave, et réduite par de longues privations au dernier degré du marasme. Sous l'influence de la stimulation produite par l'éther, elle a repris un peu de force pendant quelques jours; mais l'organisme était trop usé pour retrouver l'intégrité de ses fonctions, et cette amélioration n'a été que passagère.

OBS. XIV. *Pneumonie droite secondaire développée dans le cours d'une fièvre typhoïde; adynamie; état général grave; injections d'éther; guérison.* — Privat (Marie), âgée de trente-neuf ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital de la Pitié le 3 novembre 1881, dans le service de M. le professeur Brouardel. C'est une femme d'une stature robuste, mère de plusieurs enfants bien portants, mais évidemment épuisée par l'excès de travail et une maladie prolongée. Son état d'extrême faiblesse l'empêche de donner des renseignements nets : prise par la fièvre il y a vingt jours environ, elle a lutté tant qu'elle a pu, et ne s'est alitée qu'à bout de forces; depuis près de quinze jours elle a eu fréquemment du délire; céphalalgie; toux; diarrhée continuelle.

Le 3 novembre.—A son entrée, on constate tous les symptômes d'une fièvre typhoïde à forme adynamique, arrivée au troisième septénaire au moins. Langue sèche; ventre ballonné; diarrhée fétide; toux fréquente et congestion pulmonaire aux deux bases; temp. le matin, 39 degrés; le soir, 40 degrés.—Limonade vineuse; potion Todd et extrait de quinquina; lavements émollients.

Le 8. — Même état; toujours beaucoup d'adynamie; engouement de plus en plus marqué à la base des deux poumons. — Vingt ventouses sèches.

Le 10. — Etat général très grave : facies grippé, sueurs, extrémités refroidies; le thermomètre marque 37°,2 dans l'aisselle. Langue sèche, fuligineuse; ballonnement excessif du ventre; adynamie complète. Dans la moitié inférieure du poumon droit, en arrière, matité très marquée, souffle tubaire et râles crépitants fins. — Vésicatoire; injections d'éther, 2 grammes par jour.

Le 11 matin. — Moins de faiblesse; temp., 39°,4; la cyanose a diminué; la pneumonie ne paraît pas s'étendre.— Même traitement. — Le soir, temp., 37 degrés; encore des sueurs froides. — Injection d'éther.

Le 12 matin. — Temp., 38°,8; adynamie moindre; langue humide; la diarrhée a cessé; la matité et le souffle tubaire ont presque entièrement disparu à la base droite; râles sous-crépitants disséminés. — Continuer injections d'éther, 2 grammes par jour.

Le 15. — Le mieux continue; les forces se relèvent rapidement. Langue bonne; pas de diarrhée; l'appétit commence à revenir. Toux presque nulle; la sonorité est entièrement revenue; à peine quelques râles à la base droite. — Même traitement; aliments légers.

Le 17. — Accès de fièvre hier, provoqué par une émotion morale; aujourd'hui très bon état; à peine quelques râles ronflants et sibilants aux bases. — Cesser les injections.

Le 28. — Convalescence achevée.

Ce fait est certainement un des plus concluants de toute la série : pour tous ceux qui en ont été témoins, le retour à la santé de cette malade a été une sorte de prodige, et après huit jours d'adynamie croissante cette amélioration, disons mieux, cette renaissance s'est effectuée avec la rapidité d'un changement à vue.

Nous n'insisterons pas davantage; les faits parlent d'eux-mêmes, et les détails circonstanciés dans lesquels nous sommes entré à propos de chaque observation nous dispensent de plus amples commentaires.

Un mot seulement avant de finir, sur le manuel opératoire, sur les précautions à prendre et les inconvénients à éviter.

Les injections d'éther doivent être pratiquées avec une seringue de Pravaz ordinaire, dont on aura soin d'huiler de temps en temps le piston, car l'action de l'éther sur les corps gras se fait promptement sentir et l'obturation cesse alors d'être hermétique. On aura soin de faire pénétrer l'aiguille très obliquement et à une certaine profondeur, de façon qu'elle n'embroche pas la peau et qu'elle n'atteigne pas les muscles; après s'être assuré par de petits mouvements de latéralité que l'extrémité de l'aiguille est libre et mobile dans le tissu conjonctif sous-cutané, on poussera l'injection assez vite, et retirant la seringue d'un coup sec, on appliquera l'extrémité du doigt sur la piqûre afin d'éviter que l'éther, très fluide comme on sait, ne vienne à s'échapper par l'orifice. Souvent, surtout quand le sujet est en proie à une fièvre vive et qu'il est très adynamié, on voit se former rapidement une bulle d'emphysème sous-cutané qui gagne plus ou moins les parties voisines et peut, dans certaines régions, atteindre 8 ou 10 centimètres de large; la surface en est régulière et le doigt imprimé à ce niveau perçoit la crépitation fine et sèche caractéristique de l'emphysème. Ce phénomè est dû à la vaporisation de l'éther, et celui-ci entrant en ébullition à la température de 34°,5, il semble que l'emphysème local devrait se produire dans tous les cas. Il n'en est rien : chez les gens sains, ou médiocrement affaiblis, lorsque la température n'atteint pas 39 degrés, l'emphysème ne se produit point, sans doute en raison de la tension des tissus qui fait obstacle à la vaporisation de l'éther; au contraire, chez les individus très adynamiés, la bulle se produit rapidement, même à la température ordinaire; elle est d'ailleurs sans inconvénient et disparaît d'elle-même au bout de quelques minutes.

Au moment où le liquide pénètre dans le tissu cellulaire, il se produit une sensation de brûlure, ordinairement très supportable, mais quelquefois assez vive pour faire jeter des cris au malade. Cette douleur, dont la durée est très courte, peut être fort atténuée si on a soin de faire l'injection dans des points peu sensibles; elle a d'ailleurs l'avantage de réveiller le malade de sa torpeur. Peu d'instants après, les effets stimulants et réconfortants de l'injection commencent à se faire sentir, la respiration devient plus facile, le pouls prend plus de force et d'ampleur, la langue s'humecte et le visage se colore. Au bout de deux ou trois minutes l'odeur de l'éther exhalée par la bouche du malade montre que le liquide volatil est arrivé dans les vaisseaux pulmonaires. Pour obtenir ces effets remarquables, une forte dose n'est pas nécessaire : une seule seringue de Pravaz, c'est-à-dire environ 1 gramme, est ordinairement suffisante; il est bon de répéter l'injection au moins deux fois par jour, et dans les cas très graves on peut sans inconvénient aller jusqu'à quatre : nous n'avons jamais dépassé cette dose.

Les inconvénients des injections d'éther sont nuls quand elles sont convenablement pratiquées : la première précaution, comme on l'a vu, est de bien introduire l'aiguille de façon à faire pénétrer le liquide dans le tissu cellulaire, non dans le derme ou les parties profondes; en second lieu on évitera soigneusement de répéter deux fois l'injection à la même place : à cette double condition, l'opération est parfaitement inoffensive; tout au plus se produit-il une petite nodosité, une sorte d'induration limitée du tissu conjonctif, qui met quelques jours à disparaître. Au contraire, si l'injection est poussée dans l'épaisseur du derme, ou si elle est faite dans un tissu cellulaire déjà induré, il peut se produire une eschare qui affecte ordinairement la forme triangulaire et comprend toute l'épaisseur du derme et du tissu cellulo-graisseux sous-jacent. Cette eschare débute par une infiltration hémorrhagique de la peau, qui se flétrit et pâlit progressivement, puis tombe au bout d'un certain temps en laissant une cicatrice un peu déprimée.

Dans des cas plus rares, et lorsque l'injection faite par une main inexpérimentée a atteint un rameau nerveux de quelque importance, on peut voir se produire une anesthésie localisée, ou une paralysie motrice limitée à un ou deux muscles : cet accident ne survient guère qu'à la suite d'une

injection pratiquée à l'avant-bras; M. Peter en a signalé un exemple (*France médicale*, février 1879), et nous en avons nous-même observé deux autres, dont le plus évident a été rapporté dans l'observation III. Il suffit, pour l'éviter, de faire constamment les injections dans des points où les nerfs sont rares, tels que la face externe des cuisses, le dos et les flancs.

Nous ne pousserons pas plus loin ces considérations, qui nous paraissent suffisantes pour éclairer le lecteur sur la question. Nous n'avons pas prétendu découvrir un spécifique de la pneumonie; nous ne donnons même pas à notre procédé le nom un peu ambitieux de *médication ;* nous nous sommes borné à indiquer une application nouvelle, et selon nous très utile, d'un puissant moyen stimulant déjà éprouvé en d'autres occasions. A ceux qui nous liront de répéter nos expériences; nous sommes persuadé qu'elles aboutiront, mieux que nos affirmations, à les convaincre de l'utilité des injections d'éther dans les pneumonies adynamiques.

CORRESPONDANCE

Réunion par première intention des plaies faites par le thermocautère.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

Mon cher Reclus,

Vous avez appelé, et la lettre de M. Cerné prouve que vous avez attiré l'attention sur un point de pratique peu connu. Comme les faits sont encore rares, je crois qu'il ne sera pas inutile d'ajouter aux vôtres un fait qui m'est personnel et que je n'ai que mentionné, incidemment, dans une de nos discussions devant la Société de chirurgie, à propos des pansements.

En 1877, après avoir, pendant cinq mois, soumis tous mes blessés et opérés au pansement de Lister, afin de me faire une opinion sur sa valeur, j'étais revenu au mois d'octobre à mes pansements ordinaires ou plutôt à ma conduite ordinaire qui, basée sur la conviction absolue de la contagiosité de l'infection purulente et de l'érysipèle (idées développées en 1866 dans mon livre *Des maternités*), me faisait poursuivre, par de minutieuses précautions, le germe-contage, bien avant que Lister ne songeât à poursuivre le germe-ferment et qui m'a valu, depuis que je suis à la tête d'un service de chirurgie, la statistique intégrale que j'ai citée devant l'Académie, statistique hospitalière au moins égale, sinon supérieure, à celle de n'importe quel listérien.

Toutefois, j'avais été frappé des excellents effets que donnait, au point de vue de la réunion par première intention, le lavage de la plaie avec une solution forte d'acide phénique, et je m'étais mis à étudier, à ce point de vue, l'effet des solutions fortement astringentes : sulfate de zinc, tannin, sulfate d'alumine neutre, etc. Je venais d'opérer avec le thermocautère l'extirpation de tumeurs sarcomateuses occupant tout le creux sus-claviculaire droit chez une femme encore jeune, et l'opération terminée j'avais, comme je le faisais alors, lavé la plaie avec de l'alcool camphré pur, additionné au centième environ d'une solution concentrée de sulfate de zinc. Sous l'influence de mes préoccupations d'alors sur les effets de ce lavage, j'oubliai que l'incision de 15 centimètres au moins faite à la peau avait été pratiquée avec le thermocautère, j'appliquai, comme d'ordinaire, des points de suture métallique, et, comme d'ordinaire aussi, j'exerçai au-dessus du pansement une assez forte compression, afin d'obtenir la réunion profonde. Le souvenir de la manière dont l'incision avait été faite me revint le lendemain en revoyant la malade. Aussi, lorsqu'au sixième jour je levai le pansement, quel ne fut pas mon étonnement de voir la plaie dans presque toute son étendue et dans presque toute sa profondeur réunie par première intention, absolument comme si elle avait été faite avec l'instrument tranchant.

Pouvons-nous hasarder une explication? Celle que vous donnez me paraît très acceptable ; mais pourquoi cette minceur exceptionnelle de l'eschare? A la peau, elle n'est aussi mince que parce que la section a été faite par une action rapide du thermocautère, et cette rapidité d'action suppose ou que la peau était très mince, ou que l'instrument chauffé au rouge blanc a été manié de façon à n'agir qu'à petits coups et à ne rester en contact avec la peau que juste le temps nécessaire pour la sectionner. N'y a-t-il pas à craindre alors que l'instrument ainsi chauffé ne soit que peu ou pas hémostatique?

Quant à l'action du thermocautère sur les parties profondes, qu'il s'agisse de disséquer la peau qui recouvre une tumeur, ou de séparer une tumeur bien limitée du tissu cellulaire qui l'entoure, elle est telle que la réunion par première intention se comprend facilement. La graisse infiltrée fond, les lamelles de tissu cellulaire résistent si peu qu'on coupe parfois plus vite qu'avec un excellent bistouri, et, comme vous le dites, je crois très justement, l'eschare est alors d'une telle minceur qu'on comprend qu'elle n'oppose pas un obstacle sérieux à la formation et à l'inosculation des vaisseaux qui doivent assurer la réunion primitive.

Pour me résumer, je pense, malgré l'exemple que je viens ajouter aux vôtres, que dans les régions où la peau est épaisse, il vaut mieux, si on désire une réunion par première intention, préférer le bistouri au thermocautère; mais que l'emploi du thermocautère, même modérément chauffé, dans la dissection des parties profondes ne contre-indique pas la recherche de la réunion par première intention.

Recevez, mon cher collègue, mes plus affectueux compliments.

Léon Le Fort.

Nous remercions M. le professeur Le Fort de son intéressante communication et nous nous associons, sans réserves, aux conclusions de sa lettre. Nous ne disons pas, en effet : pour obtenir la réunion primitive, employez le thermocautère; nous avons montré seulement que, lorsque, pour une raison ou pour une autre, on a dû recourir au platine rougi, son emploi, — et ce sont les termes dont nous nous sommes servi, — « n'est pas, comme on semblait le croire jusqu'à présent, une contre-indication formelle à la recherche de la réunion immédiate ». Nous sommes heureux de nous rencontrer, sur une question où sa compétence est si grande, avec l'éminent professeur de médecine opératoire.

Paul Reclus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Traitement de la diphthérie. — M. *Galasso* adresse une note relative à un remède contre la diphthérie. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Prononciation chez les sourds-muets. — M. *F. Hément*, en réponse aux observations de M. *Gr. Bell*, déclare s'en tenir à son opinion première, concernant l'influence de l'hérédité sur les caractères que lui a paru présenter la prononciation chez les sourds-muets.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. le docteur *Picot* (de Bordeaux) adresse ses *Leçons cliniques sur le traitement de la pneumonie franche* et se porte candidat au titre de correspondant national. (*Commission spéciale.*)

M. *Barillé*, pharmacien-major, envoie un mémoire manuscrit intitulé : *Analyse et examen des eaux servant à alimenter les garnisons de Rennes, Saint-Brieuc, Dinan et Domfront.* (*Commission des épidémies.*)

M. *Legouest* présente, au nom de M. le docteur *Ad. Schmit* (de Saumur), un manuscrit intitulé : *Des calculs salivaires*, pour le concours du prix Barbier de 1882. (Inscrit sous le n° 2.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° un ouvrage, sans nom d'auteur, ayant pour titre : *Les médecins de la marine ;* 2° de la part de M. le docteur *Lalagade* (d'Albi), une brochure intitulée : *Études sur la vaccine.* (*Commission de vaccine.*)

M. *Bergeron* fait hommage, au nom de M. le docteur *Cadet de Gassicourt*, du second volume de son *Traité clinique des maladies de l'enfance.*

M. *Brouardel* présente une *Consultation médico-légale sur un cas de mort par submersion.* (*Affaire Fornaraki à Alexandrie.*)

M. *Dechambre* offre de la part de M. le docteur *Türner*, une *Étude sur Jean Guinter d'Andernach* et, en son nom, les articles *Décubitus, Fulguration, Songe* et *Skopzy*, qu'il a publiés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Léon Lefort* présente, de la part de M. le docteur *Surmay* (de Ham), un *Discours sur les médecins et les Sociétés de secours mutuels*, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national. (*Commission spéciale.*)

Élections. — L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un correspondant national dans la première division (médecine), suivant la liste suivante de présentation : en première ligne, M. Lambron (de Luchon); en deuxième ligne (*ex æquo*), MM. Mandon (de Limoges) et Manouvriez (de Valenciennes); en troisième ligne (*ex æquo*), MM. Barrallier (de Toulon), Berchon (de Pauillac) et Mignot (de Chantelle). — Votants : 61; majorité : 31. Ont obtenu : MM. Lambron, 37 voix; Mandon, 9; Barrallier, 8; Mignot, 4; Berchon, 1, et Manouvriez, 1.— En conséquence, M. *Lambron* est proclamé correspondant national de l'Académie.

L'Académie nomme membres des Commissions permanentes pour 1882 : Commission des épidémies, MM. Davaine, Jaccoud et Leblanc; Commission des eaux minérales, MM. Bourdon et Gautier; Commission des remèdes secrets, MM. Dujardin-Beaumetz et Mialhe; Commission de vaccine, MM. Blot et Tarnier; Commission de l'hygiène de l'enfance, MM. Barthez et Parrot.

Recrutement en Tarn-et-Garonne.— M. *Lagneau*, ayant été chargé d'examiner un mémoire de M. le docteur Moullié sur les maladies, infirmités et autres causes d'exemption du service militaire dans le département de Tarn-et-Garonne en 1876, 1877 et 1878, donne lecture de l'étude qu'il a faite de ce document, ainsi que d'un travail de M. le docteur Dardignac, concernant des recherches médicales et statistiques sur ce même département. La loi militaire de 1872, en obligeant tous les jeunes gens à passer devant le Conseil de revision, permet, en effet, d'obtenir des renseignements beaucoup plus précis qu'autrefois sur la géographie médicale de notre pays. M. Lagneau fait ressortir les indications fournies à cet égard par les mémoires qu'il a analysés. Il rappelle que de 1872 à 1876, période de paix, la France a vu sa population s'accroître de 37 pour 10 000; mais dans 17 départements les décès ont excédé les naissances, et ces départements appartiennent cependant aux plus riches régions de notre pays. On peut les diviser pour la plupart en deux groupes : l'un, au nord, composé de l'Orne, l'Eure, le Calvados, la Manche et la Somme ; l'autre, au midi, comprenant le Lot, le Cantal, le Lot-et-Garonne, le Gers, le Tarn-et-Garonne, la Haute-Garonne et l'Ariège. Le Tarn-et-Garonne, l'un des plus riches de cette dernière région à population décroissante, compte une diminution de 30 sur 10 000 depuis la guerre; il a 1 naissance pour 50 habitants et 1 décès sur 45.

Congestion veineuse et cirrhose hépatique dans le diabète. — Les lésions profondes du foie sont incompatibles avec cette maladie, déclare M. *Lecorché*, dans une note très brève dont il donne lecture à l'Académie; elles ne sont que la cause et non l'effet du diabète, et à la longue elles doivent amener la disparition de la glycosurie. Il faut avoir le foie anatomiquement sain pour être diabétique, tout doit se borner à l'état congestif de cet organe ou à l'hypertrophie des cellules hépatiques. Poursuivant cette étude au point de vue pathogénique et nosographique, il en conclut que la congestion du foie se rencontre fréquemment, pour ne pas dire toujours, dans le cours du diabète, et qu'elle tient à la suractivité fonctionnelle de cet organe, cause de cette affection. Quant à la cirrhose hépatique du foie, elle s'observe trop souvent chez les diabétiques pour n'exister chez eux qu'à l'état de coïncidence; mais elle ne serait toutefois qu'indirectement liée à la congestion de cet organe; elle paraît due surtout à l'ingestion exagérée des liquides, faits par les malades. — Le mémoire de M. Lecorché est renvoyé à la section de pathologie médicale, pour laquelle il est candidat.

Périostite alvéolaire des machoires comme signe diagnostique dans le diabète. — Suivant M. *Magitot*, l'examen de la bouche fournit au diagnostic du diabète sucré un signe constant, qui consiste en une lésion du bord alvéolaire désignée sous le nom d'ostéopériostite alvéolaire. Cette manifestation appartient au début de la maladie et persiste pendant toute sa durée, acquérant dans certaines circonstances l'importance d'un signe révélateur. Comme signe initial du diabète, l'affection alvéolaire se caractérise par sa première période ou période, de simple déviation des dents; par sa seconde période d'ébranlement des dents et de catarrhe alvéolaire, elle répond à la phase d'état de la maladie générale, et par sa troisième période ou chute des dents elle correspond à la phase la plus avancée de la maladie. Au delà de ce dernier terme, si le diabète continue son évolution, les bords alvéolaires peuvent devenir le signe d'une résorption osseuse, consécutive ou non à la gangrène de la gencive; ce dernier signe est critique et précède ordinairement de peu la terminaison fatale du diabète. — Le mémoire de M Magitot est renvoyé à la commission d'élection dans la section des associés libres, à laquelle il est candidat.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Hémoglobinurie a frigore : M. Mesnet. — Inconvénients de l'alimentation artificielle des phthisiques : M. Desnos. — Tuberculose miliaire aiguë : M. Millard. — Eruptions causées par les préparations iodées : M. Hallopeau. — Du tympanisme sous-claviculaire : M. Grancher. — Elections. — Mutations.

M. *Mesnet* fait remarquer l'identité absolue des symptômes présentés par le malade hémoglobinurique de M. Du Cazal et par celui qui a fait le sujet de sa communication à l'Académie; c'est d'ailleurs un fait remarquable que la similitude complète de toutes les observations d'hémoglobinurie *a frigore* : on pourrait croire que c'est le même malade qui a été observé par les différents auteurs. M. Du Cazal, cependant, signale une différence qui est plus apparente que réelle; il a constaté, en effet, la gamme descendante de coloration de l'urine après les accès provoqués, mais il n'a pas observé la gamme ascendante du début : la première urine rendue était la plus colorée. Cela tient à ce que son malade ne pouvait fournir de l'urine que deux heures environ après le début des accidents. Si M. Du Cazal avait pu recueillir de l'urine toutes les demi-heures, ainsi que l'a fait M. Mesnet, il aurait certainement été à même de constater la gamme ascendante dont la plus forte tonalité correspond à peu près, en effet, à la deuxième heure qui suit le frisson initial. Une thèse sur ce sujet vient d'être soutenue au commencement

de décembre par M. le docteur Toriot: le malade dont il rapporte l'observation a également présenté des phénomènes identiques à ceux qu'on a déjà décrits. L'hémoglobinurie *a frigore* est donc bien une entité morbide.

— M. *Desnos* lit une note sur les *inconvénients de l'alimentation artificielle des phthisiques*. Il croit que cette méthode doit être considérée comme un véritable progrès dans le traitement de la phthisie pulmonaire, mais il pense qu'il est bon d'en signaler les inconvénients et les dangers, de façon à prémunir contre eux les praticiens qui voudront l'employer et à détruire ainsi d'avance un puissant argument dont s'empareraient les adversaires de ce procédé. Il rapporte l'observation d'un malade de son service atteint de phthisie pulmonaire au troisième degré et qui présentait une anorexie complète. Pendant deux jours on lui fit le cathétérisme de l'estomac sans pratiquer ensuite d'injections alimentaires, afin de tâter la susceptibilité de son pharynx. L'opération ayant réussi facilement, on injecta le troisième jour du lait par le tube. A peine un quart de litre avait-il été introduit que le malade fut pris d'un effort de vomissement avec rejet du liquide autour du tube, par la bouche et par les narines; en même temps se produisait un accès de suffocation véritablement effrayant qui fut suivi d'une dyspnée très intense pendant plus de deux heures: le malade, durant tout ce temps, expectora du lait mélangé de quelques crachats et l'auscultation révélait des gargouillements dans toute l'étendue des deux poumons. Le lendemain, l'expectoration contenait encore quelques grumeaux de lait caillé, puis le troisième jour elle prenait les caractères des crachats pneumoniques; l'état général s'aggrava et la mort survint trente-six heures plus tard. A l'autopsie on trouvait, outre les lésions tuberculeuses, une pneumonie au premier degré comprenant tout le lobe inférieur du poumon droit. Il n'est pas douteux, dans ce cas, que le lait ait pénétré dans les voies aériennes au moment du vomissement; on ne peut admettre qu'il ait été directement injecté dans la trachée, car la sonde au moment de son introduction aurait déterminé la suffocation et la toux qui ne se sont montrées que lors du reflux du liquide. L'opération d'ailleurs avait été habilement pratiquée par un élève qui possède une grande habitude du lavage de l'estomac avec le tube de Faucher. Peut-être l'injection avait-elle été trop rapide, ce qui peut parfois déterminer un spasme et une violente réaction musculaire, lorsqu'il y a intolérance de l'estomac. Il ne faut pas d'ailleurs introduire trop de liquide en une seule fois, car on provoquerait le vomissement chez certains sujets dont l'estomac, par suite d'une longue anorexie, a subi un certain degré de rétraction. Chez d'autres malades, l'injection ne sera pas supportée si on la pratique pendant un accès fébrile; dans d'autres cas le lait déterminera une diarrhée incoercible, qui cédera si l'on remplace cet aliment par le bouillon et les œufs. En résumé: 1° il peut y avoir chez certains sujets du spasme et de l'intolérance de l'estomac; 2° cette intolérance peut être parfois absolue; 3° on peut quelquefois en triompher en injectant les aliments lentement et en petite quantité à chaque séance; 4° il sera bon de choisir les moments d'apyrexie; 5° le lait provoque quelquefois la diarrhée et nécessite une autre alimentation.

— M. *Cadet de Gassicourt* offre à la Société le tome second de son *Traité des maladies de l'enfance;* ce volume renferme les maladies du cœur, le rhumatisme, la chorée; puis la coqueluche, la rougeole, la scarlatine et la fièvre typhoïde.

— M. *E. Besnier* lit son rapport annuel sur les travaux de la Société pour 1881. Il émet le vœu, en présence du grand nombre de présentations et de communications qui chargent l'ordre du jour de chaque séance, que les réunions de la Société des hôpitaux soient à l'avenir hebdomadaires.

— M. *Millard* montre les pièces anatomiques provenant de l'autopsie du malade qu'il avait présenté dans la séance du 11 novembre (voy. le n° du 25 novembre). Les lésions pulmonaires ont évolué avec une rapidité extrême; la douleur de l'arrière-gorge était devenue si vive au moment de la déglutition, que le malade refusait énergiquement d'ingérer la moindre nourriture; enfin la diarrhée se montra pendant les derniers jours et la mort survint le 12 décembre. A l'autopsie on trouve, outre les lésions déjà signalées dans le voile, les amygdales et le pharynx, une entérite tuberculeuse très manifeste: l'intestin est criblé de granulations dont la plupart sont ulcérées. L'examen histologique a démontré la nature tuberculeuse de l'affection; le diagnostic de tuberculose miliaire aiguë généralisée, ayant débuté par le pharynx, se trouve donc pleinement confirmé.

— M. *Hallopeau* avait observé, il y a quelque temps, une éruption pemphigoïde chez une petite fille de quatre ans à laquelle on administrait du sirop de raifort iodé; il avait été frappé des caractères de cette éruption, constituée par des bulles, dont quelques-unes énormes, renfermant un contenu assez peu fluide, consistant, grisâtre; elle avait évolué sans phénomènes généraux et avait disparu sans laisser de traces. M. Hallopeau ne savait comment classer ce fait, lorsqu'il vit en Angleterre un dessin d'Hutchinson, absolument semblable, représentant une éruption causée par l'administration de l'iodure de potassium. Il observa depuis un cas analogue chez un homme et a recueilli 18 observations du même genre dans les ouvrages anglais et américains. Il rappelle que M. Rendu a publié un fait semblable dans la *Revue des sciences médicales*.

M. *Rendu* a en effet observé, lorsqu'il était interne de M. E. Besnier, une femme syphilitique qui, à trois reprises différentes, présenta une éruption de pempbigus sous l'influence du traitement par l'iodure.

M. *Rathery* a souvent ingéré du salicylate de soude à forte dose, et il a vu constamment se développer alors sur ses mains des bulles de pemphigus; jamais cette éruption ne s'est montrée lorsqu'il s'abstenait de salicylate. M. G. Sée et M. Vulpian lui ont dit avoir observé deux fois le même fait.

M. *E. Besnier :* L'éruption de pemphigus n'est pas en rapport avec tel médicament, ce sont les individus qui absorbent ces médicaments qui présentent de l'intolérance à l'égard de telle substance et offrent des accidents variables d'intoxication. Les faits signalés par M. Hallopeau sont fréquemment observés à l'hôpital Saint-Louis.

— M. *Grancher* a entrepris des recherches sur le *tympanisme sous-claviculaire*. Il rappelle l'importance qu'a acquis ce signe de percussion, signalé par Skoda, dans le diagnostic de la pleurésie avec épanchement, mais insiste sur le peu de valeur qu'il présente au point de vue du diagnostic de la forme de l'affection pleuro-pulmonaire et du pronostic qu'elle comporte. Le tympanisme à tonalité claire et élevée n'est pas le seul que l'on puisse constater, il existe également un tympanisme, étudié surtout en Allemagne, qui se caractérise par une sonorité basse et d'ampleur exagérée. Traube pensait que cette dernière variété indiquait un épanchement peu abondant, tandis que la première était le signe d'un épanchement plus considérable remontant au moins jusqu'au mamelon. Woillez a décrit cinq espèces de tympanisme; mais cette distinction est peut-être un peu subtile et d'une faible utilité en clinique. Le tympanisme ne résulte pas toujours, ainsi qu'on l'admet généralement en France, d'une augmentation dans la quantité d'air contenue dans les vésicules pulmonaires, mais souvent aussi d'un tassement du parenchyme de l'organe; Skoda a démontré ce fait d'une façon évidente, par la percussion du poumon extrait du thorax et par conséquent parvenu à son maximum de condensation spontanée. Le tympanisme résulterait, dans les conditions semblables, de la suppression des interférences produites dans les vibrations de l'air pulmonaire par les vibrations simultanées du paren-

chyme et des parois thoraciques. Quoi qu'il en soit, M. Grancher a distingué trois variétés de tympanisme, dont chacune peut fournir d'utiles renseignements sur l'état du poumon au cours de la pleurésie : dans la première, le tympanisme s'accompagne d'une augmentation des vibrations vocales et de la respiration ; dans la seconde, d'une augmentation des vibrations et d'une diminution de la respiration ; dans la troisième enfin, d'une diminution des vibrations et de la respiration. Il fera connaître ultérieurement l'importance clinique qui s'attache à ces trois modes de tympanisme.

Élections. — Sont nommés à l'unanimité : — Président, M. Dujardin-Beaumetz ; — vice-président, M. Millard ; — secrétaire général, M. Desnos ; — secrétaires, MM. Duguet et Troisier ; — trésorier, M. R. Moutard-Martin ; — membres du Conseil de famille, MM. H. Gueneau de Mussy, Siredey, Martineau et Landrieux ; — membres du Conseil d'administration, MM. Hervieux, Descroisilles, Rendu, Sevestre et Rathery ; — membres du Comité de publication, MM. Landouzy, Zuber, Desnos, Duguet et Troisier.

— A cinq heures la séance est levée.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Hydrocèle à contenu graisseux. — Traitement antiseptique des phlébites. — Corps étranger de l'urèthre. — Étude sur les chloroformes. — Colotomie lombaire. — Présentation d'un malade.

M. *Le Dentu* a présenté, dans la dernière séance, un liquide graisseux retiré de la tunique vaginale d'un malade de son service. Cet homme avait passé trois ans à l'île de la Réunion et à Nossi-Bé ; c'est alors qu'une hydrocèle double se développa. Le malade entra à l'hôpital Saint-Louis ; M. Le Dentu constata une légère transparence ; la ponction donna le liquide qu'on a pu examiner.

M. Debove à la Société médicale des hôpitaux, et Mme Peret dans sa thèse de doctorat, ont étudié le liquide chyliforme des cavités séreuses. Nous connaissons l'observation de Vidal (de Cassis), publiée sous le nom de *galactocèle* du testicule ; son malade avait habité les Antilles. Demarquay avait retiré de l'épididyme un liquide lactescent ; son opéré venait des Antilles espagnoles. Il existe une opération de Vulpian publiée par M. Després. Fergusson cite un cas, et A. Cooper a observé l'hydrocèle lactescente chez des individus ayant vécu aux Indes.

Parmi toutes les observations d'ascite ou de pleurésie à liquide chyliforme, on trouve une femme ayant habité Surinam ; les autres malades sont Européens. Pour les hydrocèles, on observe le contraire. Un précédent malade, observé et opéré par M. Le Dentu, avait aussi une hydrocèle à contenu laiteux ; mais le liquide n'a pu être recueilli.

M. *Verneuil.* Ces collections chyliformes, dit M. Le Dentu, ont surtout été observées chez des individus venant des pays chauds. On peut observer également, chez les individus des pays chauds, l'éléphantiasis des bourses ; si l'on pique les lymphatiques dilatés, il sort un liquide analogue à celui présenté ici. On a découvert dans ce liquide des filaires et des embryons de filaires ; de même, dans les urines chyleuses, on trouve des filaires. Ces filaires existent dans le sang de certains sujets, et on ne peut y constater leur présence qu'à une certaine heure de la journée. Il est donc utile d'examiner les liquides chyliformes au microscope pour rechercher les parasites.

M. *Després.* Chez un malade atteint d'hydrocèle, Velpeau fit la ponction, et il sortit un liquide lactescent ; M. Robin déclara que ce liquide renfermait les éléments gras du pus.

M. Després a vu un anévrysme diffus lymphatique, consécutif à une incision pour une adénite suppurée de l'aisselle ; cet anévrysme incisé donna un verre d'un liquide ressemblant à de la chartreuse diluée dans l'eau, mais ne ressemblant pas à un liquide lactescent.

M. *Le Dentu.* Il est possible que le système lymphatique soit la cause de l'épanchement laiteux intra-vaginal, mais cela n'est pas démontré. Quant aux parasites, on ne les retrouverait probablement pas chez les sujets qui n'ont pas quitté l'Europe. Le malade de l'hôpital Saint-Louis n'avait aucune dilatation lymphatique, aucune altération de la peau du scrotum.

M. *Nicaise* attire l'attention sur les différents liquides qu'on rencontre dans la tunique vaginale : un liquide contenant beaucoup de cholestérine, à l'aspect laiteux ; selon Virchow, la cholestérine est ici le résultat de la dégénérescence de l'épithélium de la tunique vaginale.

M. *Guyon* a observé un fait qui tendrait à démontrer que les liquides de cette apparence ont pour origine des lésions lymphatiques. Un individu reçoit un coup sur le scrotum ; il se développe une hydrocèle ; la ponction donne un liquide lactescent ; il a pu se produire une déchirure des vaisseaux lymphatiques.

M. Guyon a ponctionné une femme atteinte d'ascite, suite de maladie de cœur ; la ponction amena un liquide chyleux. La malade n'avait jamais quitté la France.

M. *Trélat* a vu un écoulement de lymphe chez un malade ayant un ulcère à la jambe ; il a vu le même écoulement sur des varices lymphatiques du prépuce, sur des varices scrotales. Cette lymphe était un liquide à peine louche.

M. *Le Fort* a observé à Beaujon un malade ayant une plaie de jambe avec écoulement d'une lymphe transparente et spontanément coagulable.

M. *Le Dentu* n'a pas trouvé de cholestérine dans le liquide, mais de la graisse finement émulsionnée.

— M. *Terrier* lit un rapport sur le travail lu par M. Demons (de Bordeaux) : *Traitement antiseptique des phlébites suppurées, etc.* La conduite de M. Demons est rationnelle, on ne peut que l'approuver.

M. *Després* dit que les complications sont le résultat de la ligature des veines pratiquée par l'interne de garde ; le malade aurait guéri par la position du bras dans la flexion. Y a-t-il eu infection purulente ? le frisson ne suffit pas pour le démontrer.

M. *Terrier* a souvent lié des veines, et il n'a pas déterminé de phlegmon ; le malade de M. Demons avait une phlébite ; y a-t-il eu pyohémie ou septicémie ? On doit rester dans le doute, quoique la pneumonie plaiderait en faveur de la pyohémie.

La phlébite suppurée n'est pas très rare après la saignée de la jugulaire chez les chevaux ; étant élève à Alfort, M. Terrier a vu ouvrir la veine enflammée et lier la veine en dehors du point malade.

M. *Després.* M. Demons a eu affaire à quatre phlébites externes, suite des quatre ligatures ; pour empêcher l'écoulement du sang, deux ligatures suffisaient.

M. *Le Fort* blâme aussi la ligature des veines faites par l'élève de M. Demons.

M. *Terrier.* M. Demons s'est trouvé en présence de foyers suppurés ; il les a ouverts et lavés ; c'était donc de l'endophlébite et non de la phlébite externe. La pneumonie est survenue pendant la convalescence, en dehors de la fièvre et des frissons attribués à l'infection purulente. S'il n'y a pas eu infection purulente, il y a eu des accidents généraux graves, septicémiques, qui ont été améliorés par l'intervention chirurgicale.

— M. *Théophile Anger* fait un rapport sur une observation dressée à la Société de chirurgie par M. Turgis (de Falaise) : xtraction d'un fragment de sonde brisée et arrêtée dans la ortion membraneuse de l'urèthre. Un homme de soixante-eize ans, ayant une vessie paresseuse, se sondait lui-même t parfois laissait la sonde à demeure pendant plusieurs jours. I. Turgis fut appelé un jour près de ce malade; il trouva la essie distendue, et chercha à introduire une sonde. Mais il e put y parvenir; il trouva en avant de l'anus le canal comme urci; le malade finit par avouer qu'il avait laissé une sonde demeure pendant vingt jours, et que cette sonde s'était ompue dans le canal.

M. Turgis commença par fixer la sonde et le canal en les raversant avec un ténaculum; puis il fit une incision qui mit découvert le corps étranger, qui fut facilement enlevé. Application d'une sonde à demeure; guérison. M. Turgis, obligé d'opérer sans aides, avait eu recours au ténaculum pour fixer la sonde brisée.

— M. *Lucas-Championnière* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Etudes sur les chloroformes*. Sédillot, qui recherchait avec soin le chloroforme pur, n'a jamais eu d'accidents pendant la chloroformisation. M. Perrin, en 1878, appela l'attention de l'Académie sur les altérations du chloroforme.

Voulant enlever des hémorrhoïdes avec l'écraseur, M. Lucas-Championnière endormit son malade; tout alla bien; mais une heure après survint un violent frisson ; le soir, le malade était en bon état. Quatre jours après, ablation d'un lipome sous-cutané près de l'omoplate; chloroformisation; le malade eut le frisson comme l'autre opéré. Tous les malades opérés et chloroformés en ce moment eurent du frisson. Quand on changea de chloroforme, le frisson ne se produisit plus.

Chez les femmes en couches, avec certains chloroformes, la demi-anesthésie est impossible à produire. Quelles sont donc les substances qui altèrent le chloroforme?

Le 5 juillet dernier, M. Lucas-Championnière faisait l'opération de la cure radicale d'une énorme hernie inguinale droite chez une femme. On administre le chloroforme; la respiration s'arrête. Inversion du sujet et respiration artificielle; la respiration revient au bout de quatre minutes. Le pharmacien de l'hôpital déclara que le chloroforme était pur.

Plus tard, dans le même hôpital, un garçon de dix-huit ans ne peut être endormi; la respiration s'arrêtait et nécessitait l'inversion. Trois jours après, avec un autre chloroforme, le même sujet ne put être endormi; cette fois, il se refroidissait. Le lendemain il fut endormi avec un autre chloroforme.

Le premier chloroforme fut examiné par un pharmacien distingué de la ville; le point d'ébullition était modifié; ce chloroforme était donc impur, quoique les réactifs ordinaires déclarassent qu'il était pur. Le permanganate de potasse passe du rouge au vert si le chloroforme contient des substances organiques; avec ce réactif, M. Lucas-Championnière a trouvé qu'il n'existait pas en ville du chloroforme pur; quelques chloroformes sont à peu près purs.

— M. *Trélat* fait une communication sur la colotomie lombaire; manuel opératoire.

— M. *Berger* présente un malade et donne lecture de l'observation. Anévrysme artérioso-veineux de l'orbite (communication de l'artère carotide interne avec le sinus caverneux).

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Nouveaux phénomènes de l'hypnotisme : M. Dumontpallier. — Observations de M. Charcot. — Mode de division des cellules embryonnaires : M. Henneguy. — Faits de grossesse gémellaire à l'appui de la superfétation : M. Budin.

M. *Dumontpallier*, à l'occasion du procès-verbal, fournit de nouveaux détails sur les faits qui établissent l'hyperesthésie des hystériques hypnotisables. Il expose ensuite les résultats surprenants d'une expérience faite sur l'une de ses malades et qui consiste à produire l'aphasie en agissant à distance, par le souffle par exemple, sur la région du crâne correspondant à la troisième circonvolution frontale gauche.

M. *Charcot*, au sujet de tous ces phénomènes extraordinaires, dit qu'il croirait prudent de s'abstenir de livrer à la publicité des faits aussi complètement en dehors de toutes les lois physiologiques connues, tant qu'on n'en aura pas reproduit l'observation un grand nombre de fois, sur des malades multiples et dans des conditions variées. Il a, quant à lui, exclusivement formulé les résultats d'observations longtemps poursuivies et répétées sur plusieurs malades. Il craint que l'énoncé de faits aussi étranges et observés sur un trop petit nombre de sujets, ne jette un certain discrédit sur l'ensemble des études relatives aux phénomènes de métalloscopie, d'hypnotisme, etc.

Des observations sont échangées sur ce sujet entre MM. Dumontpallier, Charcot, Pouchet, Regnard, et la parole est donnée à M. Henneguy.

— M. *Henneguy* a étudié, dans le germe des poissons osseux, chez la truite, les phénomènes intimes de la *division des cellules embryonnaires*. Il résulte de ces observations que le processus de la division commence dans le protoplasma et se manifeste par l'apparition d'un *aster* autour du noyau. Cet *aster* se dédouble avant qu'aucune modification se produise dans le noyau. La membrane du noyau disparaît d'abord aux deux extrémités de son grand axe. Les filaments pâles qui constituent le fuseau de l'*amphiaster* sont de nature protoplasmique et viennent des rayons des asters. Les éléments de la plaque équatoriale ne sont pas des renflements des filaments du fuseau, mais sont formés par la chromatine de Flemming. Cette chromatine constitue exclusivement les deux nouveaux noyaux; le suc nucléaire pénètre petit à petit dans leur intérieur. Les observations de M. Henneguy confirment en grande partie celles de Fol chez les invertébrés, et surtout celles de Strasburger qui attribue au protoplasma le principal rôle dans la division de la cellule.

— M. *Budin* expose des faits relatifs à la *superfétation*. Il a eu à examiner les membranes et les placentas dans deux cas particuliers de grossesse gémellaire. Dans ces deux cas il a constaté à première vue que les deux placentas unis entre eux par une sorte de pont membraneux semblaient faire partie d'un même œuf. Mais en cherchant à dissocier les membranes, il est arrivé à obtenir deux enveloppes indépendantes ayant chacune un chorion et un amnios distincts. L'un des deux œufs était donc comme invaginé dans les membranes de l'autre qui paraissait s'être replié sur lui en l'enveloppant jusqu'au niveau du contour placentaire. Mais cette première interprétation du refoulement des membranes de l'œuf engainant par l'œuf engainé, conduirait à admettre que, des deux fœtus, le plus ancien était celui que contenaient les membranes engainantes. Or, en comparant les poids des deux enfants, on a constaté que celui qui se serait développé le premier, dans l'hypothèse précédente, était précisément celui dont le poids était le moins élevé: il pesait 5 à 600 grammes de moins que le fœtus de l'œuf engainé. Cette

seule considération aurait pu suffire à faire rejeter l'hypothèse du refoulement des membranes d'un premier œuf par le développement d'un fœtus survenu plus tardivement. D'autres raisons encore ont fait supposer à M. Budin que tout au contraire l'œuf engainant a été le dernier produit. Il pense que pendant que les membranes du premier œuf laissaient encore entre elles et la paroi utérine un intervalle notable, une seconde fécondation a eu lieu et que le nouveau produit s'est développé en s'insinuant, entouré de ses membranes, entre l'œuf préexistant et la paroi utérine. Ces faits paraissent favorables à la théorie si discutée de la superfécondation.

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

AGENDA MÉDICAL POUR 1882. — Paris. Asselin et Cie, libraires de la Faculté de médecine.

Contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par le professeur Trousseau et le docteur Constantin Paul; 2° *Mémorial obstétrical* de M. le professeur Pajot; 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech, pharmacien de première classe; 4° *Code médical et professionnel*, par le docteur Legrand du Saulle; 5° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*; par le docteur de Valcourt ; et comme principaux renseignements: la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins des eaux minérales; les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine navale, avec le nom de MM. les professeurs; les Académies et Sociétés de médecine, de chirurgie, d'hygiène publique et de salubrité; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., etc.

VARIÉTÉS

LE LABORATOIRE DE M. VULPIAN. — Dès le mardi de la semaine dernière nous étions en mesure, par suite de renseignements pris à bonne source, de démentir le bruit qui avait été répandu de la suppression d'une partie des allocations antérieurement attribuées au laboratoire de M. le professeur Vulpian. Il nous avait paru inutile de relever cette erreur d'un de nos honorables collègues de la presse médicale. Mais, une discussion s'étant engagée à ce sujet aussi bien dans les journaux politiques que dans les journaux de médecine, nous devons déclarer que l'erreur reposait sur l'interprétation inexacte d'une lettre administrative; que jamais on n'a eu au ministère la moindre intention de réduire le budget du laboratoire de pathologie expérimentale; que, bien au contraire, le bugdet de 1882 est *en augmentation* sur celui de 1881 ; enfin que M. J. Béclard n'a pas eu à intervenir auprès du ministre pour *rétablir*, ni même pour *établir* la fixation du dernier budget, qui a été réglé en vertu de la loi de finances du mois de juillet 1881. C'est, du reste, ce que déclare lui-même M. le doyen dans sa lettre adressée au journal *le Temps*.

HÔPITAUX DE PARIS. — Le Conseil municipal vient de voter par 48 voix contre 5, la laïcisation complète de tous les hôpitaux et hospices de Paris et de supprimer les crédits demandés par l'administration pour les traitements des aumôniers attachés à ces établissements.

LONDRES. HÔPITAL POUR LES FEMMES. — On nous écrit que le 15 de ce mois a été inauguré à l'*hôpital pour les femmes*, de Londres (Joho Square) le buste en marbre de son fondateur, le docteur Protheroo Smith, buste offert par ses amis et par les malades. Le voile qui couvrait la figure, exécutée avec talent par M. Belt, a été enlevé par le professeur Rutherford Alcock.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — Par suite de la démissi de M. Frémy, médecin de l'Hôtel-Dieu, les mutations suivant viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux et hospices civils de Paris

M. Vulpian passe de la Charité à l'Hôtel-Dieu ; M. Féréol pass de Beaujon à la Charité ; M. Fernet passe de Lariboisière Beaujon; M. Duguet passe de Saint-Antoine à Lariboisière ; M. Go raud passe de Saint-Périne à Saint-Antoine ; M. Raymond pass du Bureau central à Ivry; M. Landrieux passe du Bureau centr à Sainte-Périne.

PRIX. — Nous donnerons dans le prochain numéro la liste com plète des prix distribués mardi dernier à MM. les élèves intern et externes.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours de l'externat des hô pitaux de Paris s'est terminé vendredi matin par les nominatio suivantes, classées par ordre de mérite :

1. MM. Moussous, Combarieu, Guilliet, Rousseau, Gaume, Du breueilh, Bernard, Gay, Léon, Largeau, Denucé, Jaranville, Nola Rieffel, Archambault, Monlonguet, Gioux, Cazals, Secrétan, Vig nalon, Hillemand, Louis, Wilbian, Blanche, Botfin, Lacaille, Clad Mauxion, Fournier, Mouls.

31. Levasseur, Blanchard, Lévy, Pozzi, Couzette, Guinion, Bru non, Wins, Léonardon-Lapervanche, Récamier, Chopard, Heul Couclet, Jonesco, Leplécbey, Tardif, Bonnet (Stéphane), Be zançon, Dubief, Pommé, Castri, Martin, Rebité, Québéry, Turquet Barbet, Boucher, Dhautel, Potherat, Sadoc.

61. Jouliard, Schachmann, Souplet, Louques, Bouquet (Charles) Lefebvre, Rolland, Leroy, Vilpelle, Ballue, Petrescon, Leclerc Roulland, Renard, Basset, Rivet, Dubourg, Lyot, Mavel, Legendr (Paul-Ernest), Broussolle, Peugnief, Villemain, Cahen, Holler feltz, Grouslé, Fourrier, Mortringhem, Dezille, Delainne.

91. Cohen, Armirail, Matienzo, Schrœder, Weill, Barèr Régnier, Laroussinie, Gagnon, François, Pouillaude, Fauve Barthe, Chevalier, Pigelet, Bonnet (Jean-Baptiste), Hervé d Lavaur, Sciaky, Cuillard, Vilcoq, Lapasset, de Malherbe, Gommie Baron, Guerrier, Lecorney, Dupaquier, Massingue, Pardo d Tavera, Beluze.

121. Sombret, Châtelet, Wertheimer, Colin, Sabatier, Riond Hautecœur, Bonfils, Loudet, Boudet, Joudeau, Coursier, Con science, Valette, Galtier-Boissière, Aubert, Bourgougnon, Gonzalv Luquet, Da Costa Leida, Maréchal, Boyer, Dubarry, Vrain, Gaussade Brochaud, Filhioud-Laverhne, Fernandez de Amontera, Des paigne, Müller.

151. Doit, Helme, Franck, Marty, Rovillier, Chavanne, Baudoin Wateau, Baradot, Magnier, Andrieu, Schoofs, Caravias, Jollet Sainte-Marie, Durup, Péraire, Debaris, Saint-Martin, Lavaur Pissot, Bouquet (Henri), Espaignet, Barzélay, Geoffroy, Conil Arragon, Branthomme, Deschamps.

181. Vrodot, Thévenot, Maritoux, Larroque, Baratier, Arizouny Macry, Julien, Durand, Gallois, Gaudry, Colantry, Perchaux Vignerot, Saric, Khorkloff, Mouzon, Joffrion et Bouillant.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS. — Bureau pour 1882 président, M. Fillot; vice-présidents, MM. Constantin Paul et Cau let; secrétaire général, M. Leudet; secrétaires des séances MM. Cazaux et Paul Bénard; trésorier, M. Byasson; archiviste M. Japhet. — Comité de publication : MM. Dujardin-Beaumetz e Danjoy.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LA SEINE. — La Société vient de pro céder au renouvellement du bureau, qui se trouve composé ains qu'il suit pour 1882 : président, M. Duroziez; vice-président M. Reliquet; secrétaire général, M. de Beauvais; secrétaires an nuels, MM. Delefosse et Henri Bergerou; archiviste, M. Rougon trésorier, M. Perrin. — Conseil d'administration : MM. Charrier e Gillebert Dhercourt père. — Comité de publication : MM. Abadie Christian, Thévenot, Thorens et le secrétaire général.

ERRATA. — Dans le dernier numéro, au *Feuilleton*, page 813 note 1, au lieu de : 800 *livres*, lisez : 8000 *livres*. — Aux *Variétés*, page 831, au lieu de : *à commencer*, lisez : *au commencement* et au lieu de : *embuscade*, lisez : *ambassade*.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME XVIII, 2e SÉRIE

C

E

F

G

H

I

J

K

L

N

O

P

Q

R

S

W

Y

Z

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES

FIN DES TABLES DU TOME XVIII, 2[e] SÉRIE

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2